

Julia Cortés
Maríavictoria Benavente

Manual de PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOTERAPIA INFANTIL



Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia infantil

RIL editores
bibliodiversidad

Julia Cortés
Maríavictoria Benavente

Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia infantil



RiL editores

618.92 Cortés, Julia y Benavente, Mariavictoria
C Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia
infantil / Julia Cortés y Mariavictoria Benaven-
te. -- Santiago : RIL editores, 2007.

198 p. ; 21 cm.

ISBN: 978-956-284-570-0

1 PSICOTERAPIA INFANTIL. 2 TERAPIA CONDUNCTUAL
PARA NIÑOS. 3 PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL.



Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia infantil
Primera edición: octubre de 2007

© Julia Cortés y Mariavictoria Benavente
Registro de Propiedad Intelectual
Nº 163.058

© RIL® editores
Alfárez Real 1464
750-0960, Providencia
Santiago de Chile
Tel. (56-2) 2238100 - Fax 2254269
ril@rileditores.com • www.rileditores.com

Composición e impresión: RIL® editores
Diseño de portada: Meta-Group
Diagramación: RIL® editores

Impreso en Chile • *Printed in Chile*

ISBN 978-956-284-570-0

Derechos reservados.

*A todos. A mi familia, a mis
alumnos y amigas, por su aprecio y cariño de siempre*

Julia

*A Lucía, Rodrigo, Vicente y Colomba.
A los niños, que nos instan a ser cada día mejores terapeutas.*

Maríavictoria

Indice

Presentación	15
--------------------	----

Capítulo I

Revisión de algunos conceptos psicoanalíticos	23
---	----

Capítulo II

Psicodiagnóstico infantil	37
1. Conceptualización del psicodiagnóstico infantil	37
2. Entrevista inicial	39
3. Entrevista de Anamnesis	46
4. Consideraciones generales sobre la aplicación de pruebas ...	51
5. Criterios para seleccionar las pruebas	52
6. Breve revisión de las pruebas, según el área que se busca evaluar	55
6.1. Área cognitiva	55

6.1.1. Pruebas de Wechsler	56
6.1.2. Test de figura humana según Koppitz	59
6.1.3. Test de figura humana de Goodenough-Harris ..	59
6.1.4. Test de matrices progresivas, escala especial (Raven)	60
6.2. Pruebas de Psicomotricidad	60
6.2.1. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP).	61
6.2.2. Test de desarrollo psicomotor T.E.P.S.I.	61
6.2.3. Test gestáltico visomotor para niños (Bender- Koppitz)	62
6.3. Pruebas de nivel escolar	63
6.3.1. Prueba de funciones básicas (P.F.B.)	63
6.3.2. Test ABC de Filho	63
6.3.3. Prueba de precálculo	64
6.3.4. Test de vocabulario en imágenes	64
6.3.5. Escala de autoconcepto académico de Piers-Harris	65
6.4. Pruebas de personalidad, aspectos emocionales y de adaptación social	65
6.4.1. Test proyectivos: gráficos, verbales y lúdicos	65
6.4.2. Algunas consideraciones sobre dibujo infantil	66
6.4.3. Etapas del desarrollo del dibujo según Luquet ...	67
6.4.4. Características de los test gráficos	68
6.4.5. Test de dibujo libre	68
6.4.6. Dibujo de la figura humana según Machover	69
6.4.7. Test dibujo de la familia	70
6.4.8. Test de la casa, el árbol y la persona	70
6.4.9. Test de la persona bajo la lluvia	71
6.4.10. Test de Rorschach	72

6.4.11. Cuestionario Desiderativo	72
6.4.12. Test de Apercepción Temática para niños, con figura de animales, humanas y suplementario	74
6.4.13. Cuestionario de Roberto y Rosita	75
6.4.14. Hora de juego diagnóstica	75
7. Etapas del ciclo vital y evaluación del niño	80
7.1. Edad pre-escolar (3 a 6 años)	81
7.1.1. Desarrollo físico	81
7.1.2. Desarrollo intelectual	82
7.1.3. Desarrollo del lenguaje	83
7.1.4. Desarrollo Emocional y de la personalidad	83
7.1.5. Desarrollo social	84
7.2. Edad escolar (6 a los 12 años)	85
7.2.1. Desarrollo físico:	85
7.2.2. Desarrollo intelectual	85
7.2.3. Desarrollo del lenguaje	86
7.2.4. Desarrollo social, emocional y de la personalidad	86
8. Psicopatología Infantil y evaluación del niño	87
8.1. Sistemas clasificatorios de la conducta psicopatológica en la niñez	89
9. Integración de los resultados de la evaluación	91
10. Entrevista de devolución	92
11. Elaboración de Informes	96

Capítulo III

Psicoterapia de niños	99
1. Introducción a la psicoterapia de niños	99
2. Formación del psicoterapeuta	101
3. Antecedentes de la psicoterapia de niños	104
4. Proceso de psicoterapia	115
4.1. Primera entrevista o entrevista de recepción	115
4.2. Fase de tratamiento	119
4.2.1. ¿Por qué hacer psicoterapia a niños?	119
4.2.2. Consulta, material de juego	121
4.3. Desarrollo del tratamiento.	125
4.3.1. ¿Cómo se hace la psicoterapia?	125
4.3.2. Primera Fase: Formación del vínculo	131
4.3.3. Segunda Fase: De insight o reparatoria	131
4.3.4. Tercera Fase: Término del tratamiento	132

Capítulo IV

Palabras finales	137
Bibliografía	141

Anexos

Anexo I

Pauta para la realización de la entrevista de anamnesis 147

Anexo II

Indicadores, sistema de puntuación e interpretación de pruebas de
evaluación cognitiva 167

Anexo III

Indicadores, sistema de puntuación e interpretación de pruebas de
evaluación emocional 169

Anexo IV

Protocolo, cuestionario Roberto y Rosita 177

Anexo V

Pauta para la realización de un informe psicológico 179

Anexo VI

Presentación de casos clínicos 181

Presentación

Este libro surge como respuesta a la necesidad de contar con un manual de apoyo al inicio de la actividad profesional del psicodiagnóstico y psicoterapia infantil, dado que actualmente hay mayor reconocimiento de la importancia de la atención psicológica a niños, niñas y adolescentes, y que ha aumentado considerablemente la demanda de atención a este grupo etario.

También ha incidido en nuestra iniciativa el aumento de numerosas carreras de Psicología en el país, y el hecho de que la formación en psicología clínica infantil, aunque se inicia en pregrado, debe continuar en forma autodidacta, y también en cursos de post-título acreditados, en las diversas líneas teóricas.

Este manual se propone entregar una sistematización del psicodiagnóstico infantil e indicaciones prácticas en la psicoterapia de niños, que sirvan de ayuda a alumnos de los últimos cursos de Psicología y a los profesionales jóvenes que ya estén atendiendo en consultorios, jardines infantiles, centros de diagnósticos, u otras instituciones.

Nuestro equipo de trabajo reúne la experiencia de una psicóloga al término de su carrera y el entusiasmo de una psicóloga en sus inicios; son dos visiones que se complementan en el deseo de aportar algo útil en la formación de los psicoterapeutas en el comienzo de la delicada tarea de atender niños y niñas.

Es posible que lo que comuniquemos aquí no sea nada nuevo, sino que responde al deseo de entregar este material, fruto de la experiencia de varios años de ejercicio profesional en diagnóstico y

psicoterapia de niños y también de muchos años de docencia en el área de la Psicología Clínica Infantil.

Al comienzo de cada año lectivo, el desafío era hacer algo distinto, no caer en la rutina, enseñar en forma amena, interesante, y atractiva para los alumnos. En ese momento usamos como una fuente de material algunas películas, cuentos, novelas, noticias, que muestran aspectos de la vida de los niños, no siendo necesariamente «casos clínicos», sino mostrando otros matices que impacten positivamente al alumno-principiante, le interese y despierte en él su amor por el trabajo psicoterapéutico y también por el área de la prevención en salud mental infantil.

Consideramos que la prevención es igual o más importante que la curación; si logramos detectar a tiempo las potencialidades del niño y las posibles dificultades, podremos favorecer su desarrollo en las mejores condiciones posibles. Es relevante destacar que la prevención parte ya desde el momento en el cual se desea tener hijos y estar dispuestos a amarlos y cuidarlos.

Para esto debe valorarse el rol de la familia, principalmente sus padres y hermanos, y en lo posible su familia extensa como el medio natural del niño. Al funcionar en forma armónica, dentro de lo esperable, con todos los sucesos que no pueden evitarse, tales como las experiencias dolorosas, la familia contribuye como factor relevante al desarrollo del niño.

Por lo tanto, un campo de trabajo muy importante para psicólogos y psiquiatras es realizar talleres con los padres y madres, con adolescentes que pronto llegarán a serlo y también talleres conjuntos sobre diferentes temas entre padres e hijos.

La orientación de este manual es la línea psicoanalítica, que sirve de guía, pero con aportes de otras teorías: desde la Psicología Evolutiva, la línea Humanista y en alguna medida desde la teoría Sistémica, además la propia experiencia de vida como mujeres, hijas y madres en los distintos momentos de nuestro crecimiento.

En la práctica psicoanalítica en niños se ha ocupado en forma clásica desde los años 60 el libro *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*, de Arminda Aberastury y las obras de Melanie Klein: *Psicoanálisis de niños* y *El relato de un psicoanálisis de un niño. (El caso de Ricardito)*.

Desde la línea humanista se encuentran los aportes de Virginia Axline con sus obras *Terapia de juego* (1964) y *Dibs, en busca del yo* (1977). También está Violet Oaklander (1988) con su libro *Ventana a nuestros niños*, y la obra de Loretta Cornejo, *Manual de psicoterapia gestáltica infantil* (1981).

Mientras enseñamos en las distintas universidades tratamos de no abanderizarnos con una teoría; somos de la idea de que es posible integrar distintas visiones, pues el ser humano es el mismo, visto desde diferentes ángulos, por lo tanto estos enfoques pueden ser complementarios.

En primer lugar queremos exponer nuestra visión del niño que atendemos: es un ser humano, es una persona con un sustrato biológico, psicológico, social y espiritual. El ser humano trae un potencial de desarrollo, y al encontrar las condiciones ambientales adecuadas logrará su mayor expresión y si se ve interferido por situaciones externas, podrá recuperar en parte su capacidad de sobrevivencia con la ayuda de sí mismo y de otras personas; primero en su familia, luego en la escuela o con ayuda especializada.

El proceso de psicodiagnóstico y de psicoterapia son las herramientas oportunas para rehacer y reparar las experiencias emocionales que provocaron detención o regresión en ese desarrollo.

En el texto no usaremos la palabra paciente, que denota pasividad, queremos usar siempre la palabra persona o niño, para reconocerlo como tal y también porque queremos potenciar los recursos propios y confiar en su deseo de mejorar, de estar bien.

Tampoco usaremos la distinción él o ella, porque en el psicodiagnóstico y en la psicoterapia trabajamos con la esencia del ser humano, los aspectos inconscientes, sin desconocer las diferencias del desarrollo de los varones y de las niñas y los roles de cada uno cuando corresponda, haciendo las distinciones necesarias.

Estimamos imprescindible que los psicólogos que atiendan a niños manejen muy bien las técnicas del psicodiagnóstico y que los resultados de éste permitan guiar el trabajo del profesional, indicando psicoterapia cuando corresponda o derivando la atención del niño a otro profesional pertinente.

El psicodiagnóstico lo entendemos como el proceso a través

del cual llegaremos a conocer cuáles son los recursos personales del niño y cuáles las dificultades que entorpecen su desarrollo natural.

Son variadas las situaciones en las que se nos solicita una evaluación de las funciones intelectuales, emocionales e interpersonales con diferente finalidad; por ejemplo, en el área escolar, para la ubicación del niño en el nivel adecuado a su madurez; desde el área judicial, para determinar la capacidad de discernimiento; en el ámbito clínico, para conocer el daño emocional tras la separación de sus padres o en situaciones de abuso sexual, de maltrato físico y para evaluar el impacto psicológico que esa experiencia ha provocado recomendando el tratamiento adecuado.

De ahí la importancia de realizarlo en forma eficiente, de tal manera que permita ayudar tanto al niño, como a la familia y a las instituciones involucradas. En todo caso, no basta por sí sola la evaluación diagnóstica, sino que debe acompañarse de un proceso terapéutico con el o los profesionales pertinentes, recurriendo al trabajo en equipo interdisciplinario o al trabajo en redes con otros equipos similares.

En el modelo de psicoterapia que exponemos, el énfasis está puesto en cómo el niño ha percibido «su realidad», sin perder de vista la adecuación del medio y la responsabilidad de los padres de proporcionar las mejores condiciones para su desarrollo. Si esto no es factible, confiamos en los recursos innatos y su capacidad de resiliencia y la calidad del apego temprano, para lograr una percepción distinta, demostrando los recursos que permitan modificar las condiciones ambientales cuando éstas son adversas, buscando soluciones promovidas por el propio niño.

La psicoterapia como proceso tiene una metodología, por lo tanto puede ser enseñada y aprendida como un método que debe ejercitarse para adquirir experticia.

El psicoterapeuta es también un ser humano, una persona que ha tenido experiencias similares y que en la relación con el niño y los padres que consultan revive situaciones personales que le provocan ansiedades, penas, alegrías, por lo tanto deberá conocerse a sí mismo y estar dispuesto a seguir avanzando en este conocimiento a través de las sucesivas experiencias de psicoterapia que realizará en su ejercicio profesional.

El uso de técnicas psicoterapéuticas puede ser variado, pero en un marco de respeto a la persona y buscando el desarrollo de sus recursos y habilidades, en el contexto de una línea teórica que sirva de guía, pero no de limitación.

Aquí usamos el enfoque psicoanalítico, como marco teórico, con una visión amplia, humanista, valorando algunos aportes de la teoría sistémica para la comprensión del niño como un sistema en sí mismo y su inserción en la familia, en la escuela y en la sociedad.

En el texto se presenta la psicoterapia breve de orientación analítica, que *no es psicoanálisis*, aunque las bases sean las mismas. La diferencia la marca el trabajar con un foco, formular objetivos, el uso de las técnicas, el tiempo de duración; es decir, está presente la directividad del proceso, lo cual no es propio del psicoanálisis.

La acción del terapeuta no es pedagógica ni moralista, su labor es comprender las expresiones de la mente del niño y ayudarlo a que conozca lo que él siente, piensa y por qué lo actúa.

Pensamos que el uso de los conocimientos y técnicas no pueden ser privativos de una u otra corriente de pensamiento, y se puede lograr una buena integración de conocimientos para una mejor atención de los niños en su entorno.

Aquí importa la persona, saber escucharla, conocer su contexto actual, su historia, curar el cuerpo y el alma, reconocer el uso de técnicas como ayudas importantes para la psicoterapia; pero no es sólo eso lo que sana, lo importante es la relación terapéutica, la dedicación y el contener amoroso, comprometido con el bienestar del niño: atender y cuidar es lo mismo.

Otro aspecto relevante es el trabajo personal que realice el alumno o psicólogo consigo mismo en este proceso de aprendizaje de llegar a ser psicoterapeuta: descubrir y aceptar aspectos de sí, hasta el momento desconocidos u olvidados, aprender diversas teorías que le cuestionan internamente y conocer la historia de algunos «pacientes», le permiten recordar situaciones o emociones que experimentó en la infancia y que siguen muy presentes en él, removiendo alegrías, penas, agrados y desagradados.

Por lo tanto, en toda formación del psicoterapeuta es imprescindible trabajar con la propia persona a través de ejercicios indivi-

duales o grupales y también solicitando psicoterapia personal, aunque se piense que no es necesaria, porque «no se tiene problemas». Si fuera así, tanto mejor y se toma la psicoterapia como un aprendizaje en terreno al conocer cómo es ser «paciente», desde dentro del proceso de psicoterapia.

Deseamos que nuestro aporte a través de este manual sea de ayuda a quienes lo lean y estudien y vaya en beneficio de muchos niños, niñas y sus familias.

Capítulo I

Revisión de algunos conceptos psicoanalíticos

Se presenta una revisión breve de los conceptos psicoanalíticos usados tanto en el diagnóstico como en la psicoterapia de niños, adolescentes y adultos, que se modifican sólo en la adecuación a la comprensión del nivel etario correspondiente.

Los conocimientos acerca del psicoanálisis no son posibles de transmitir exhaustivamente ni puede darse por finalizado su aprendizaje con una sola lectura. Su comprensión requiere tiempo, maduración, una actitud crítica y capacidad de juicio para su aplicación en la psicoterapia.

No todo lo que se aprende en esta teoría es fácil de aceptar, es necesaria su comprobación en la práctica diaria. Es un proceso en el que la teoría se pone a prueba con cada lectura y en cada acercamiento a una persona. Sin embargo, a pesar de todas las críticas, todavía son válidos algunos aportes de la teoría psicoanalítica tanto en el ámbito clínico como en la prevención de la salud mental, en educación y aún en la comprensión de varios fenómenos sociales.

El psicoanálisis se define como *un modelo teórico*, que pretende explicar el funcionamiento psíquico de las personas y un *conjunto de técnicas psicoterapéuticas* creados por Freud y seguido por muchos profesionales de la psiquiatría y de la psicología, con nuevos y diversos aportes, pero manteniendo la premisa básica: el reconocer el funcionamiento psíquico motivado por *impulsos inconscientes* que son accesibles a la conciencia mediante los sueños, los

síntomas, los actos fallidos, los lapsus linguae, en las expresiones creativas en pintura, literatura, mímica, etc.

Esta *noción de inconsciente* se manifestaría en niveles: desde lo más desconocido, el *inconsciente reprimido*, el cual es necesario descifrar a través de representaciones simbólicas: sueños, síntomas, juegos, dibujos, historias, lenguaje verbal y no verbal; el nivel *preconsciente* que puede ser accesible sin mayor esfuerzo al conocimiento del individuo y el funcionamiento *consciente*, presente en el momento inmediato.

Las características del inconsciente son: no existe el principio de contradicción, es alógico, atemporal, usa el lenguaje simbólico, otorga igualdad de valor a la realidad interna y externa o incluso da supremacía a la realidad interna y sigue el principio del placer, esto es la búsqueda de la satisfacción inmediata, la que no espera.

En cambio, el nivel consciente usa la lógica formal, es causal y temporal. El nivel pre-consciente sigue los mismos principios que el nivel consciente: se rige por el proceso secundario, siguiendo una sucesión cronológica, busca una relación lógica y tiende a llenar las lagunas entre ideas aisladas buscando la relación causal.

Freud elaboró el concepto de topografía del aparato psíquico como un *modelo virtual* para explicar el funcionamiento de la personalidad, creando la idea de instancias psíquicas: *Ello*, *Yo*, *Super-yo*.

Cada una de estas instancias funcionaría en los tres niveles de conciencia, siendo el Ello la instancia que funciona principalmente a nivel inconsciente como manifestación de impulsos inmediatos, se rige por el principio del placer, funciona como un proceso primario.

El Yo sería la instancia de mayor organización consciente y cumpliría las funciones de percibir, sentir, organizar y responder a los estímulos tanto internos como externos, actuando sobre ellos y elaborando una respuesta adecuada que permita la sobrevivencia en las mejores condiciones, se rige por el principio de realidad, es capaz de esperar, la satisfacción es mediata y funciona como proceso secundario.

El Super-yo se define como la interiorización de las normas dictadas por los padres y que en forma inconsciente se asimilan como

mandatos ineludibles. Cumpliría esta función moralista, pero también una función protectora, de cuidado de la integridad de la persona y mantiene contacto con la realidad a través de la función mediadora del Yo.

Otra noción relevante de la teoría es la presencia de los *instintos de vida y de muerte*, coexistiendo en forma permanente en cada acción del ser humano: se construye y se destruye al mismo tiempo, para lograr la sobrevivencia. Estos impulsos tienen una fuerte base biológica, con la representación psíquica correspondiente. Estos instintos se mantienen en constante *conflicto*, es una lucha de fuerzas generalmente de igual valor, lo cual genera la aparición de la ambivalencia, que da origen a los síntomas como expresión transaccional de estos impulsos en pugna. El síntoma más común es la manifestación de ansiedad, como un sentimiento difuso que algo va a suceder y no se sabe qué. Cuando se hace más fuerte se acompaña con manifestaciones orgánicas como dolores de cabeza, de estómago, sensaciones de mareos, desmayos, llegando a expresarse como angustia y en extremo como «crisis de pánico».

Otro de los principales aportes de Freud fue poner al descubierto la importancia de la sexualidad en todas las etapas de la vida y el reconocimiento de la existencia de la *sexualidad en la infancia*. Hablar del tema en ese tiempo, a comienzos de 1900, era casi imposible, por lo tanto la comunidad científica rechazó esta contribución y pasó mucho tiempo antes de ser acogido como aporte al conocimiento de la psicología infantil.

Él planteó la idea de la *libido* como la intensidad de la energía sexual que motiva la conducta humana en la búsqueda del placer, de la satisfacción de las necesidades más básicas. El concepto de libido no se restringe sólo a la genitalidad, es sinónimo de descarga de tensión, en busca de la satisfacción de las necesidades biológicas para mantener la vida.

Jung define la libido en un sentido más amplio, como la energía vital, que es percibida subjetivamente por la persona como afán y deseo.

En relación a la sexualidad infantil, Freud postuló su presencia desde muy temprano, señalando diversas *etapas del desarrollo* de

esta energía sexual, *etapa pregenital*: narcisística, oral, anal, uretral, fálica y *etapa genital*.

Algunas características de las fases pre-genitales son: las relaciones que el niño establece con el objeto amado son parciales, esta percepción parcial está determinada por la reversibilidad de los procesos de fijación y de regresión.

La fase oral es la primera forma de relación humana, la boca es innervada para que el niño satisfaga sus necesidades de alimentación. Asegura la conservación de la vida y además tiene la capacidad de producir satisfacciones al llenar las necesidades de protección y de seguridad. La fase oral tiene dos movimientos: uno de incorporación del alimento y otro de destrucción al incorporarlo, haciéndolo propio. A nivel fisiológico es la incorporación del alimento, a nivel mental es la incorporación de la relación con la madre o de quien la sustituye, introyendo su imagen que la percibirá buena si lo amamanta y lo protege y la percibirá como imagen mala si esto no ocurre, cuando él lo necesita.

En la etapa anal la energía psicosexual se sitúa predominantemente en la zona anal, y junto con satisfacer las funciones de excreción, obtendría placer al expulsar y/o al retener las heces. De ahí que es importante el aprendizaje del control de esfínteres en el momento de haber alcanzado la madurez fisiológica, porque permite el desarrollo de estas funciones sin intervención externa y el niño por sí solo obtendría la satisfacción de sus necesidades en forma natural. También aquí la expulsión o la retención de las heces además de cumplir con la función de eliminación de esos productos del cuerpo, a nivel de representaciones mentales es un modo de establecer relaciones con su entorno inmediato, cumpliendo con ciertas reglas que impone el aprendizaje del control de esfínteres, según sean las normas culturales. Es el momento en que el niño puede «hacer o no hacer» su voluntad en oposición a lo que esperan sus padres.

La fase uretral es señalada como un paso de la carga libidinal desde la zona anal a la uretral por la función de micción que al producir la descarga de orina provoca alivio a la uretra y esto además tendría un sentido placentero al aliviar la tensión de dicha zona. Se le atribuyó importancia en la medida que la orina toma un senti-

do simbólico de ser un producto del propio cuerpo y que al ser expulsada puede ser usada también en sentido erótico o agresivo. Cobra importancia en los cuadros de enuresis, tanto en las niñas como en los varones.

La fase fálica aparecería entre los 3 y 4 años en la cual el pene en los varones y el clítoris en las niñas por la madurez de la innervación nerviosa, adquieren características erógenas muy marcadas, favoreciendo el deseo de masturbarse tanto en niños y niñas. Es el momento en que aparece la curiosidad respecto de la diferencia de sexos y la comparación entre ser niño o niña la indagación de dónde y cómo nacen los niños.

En esta fase también estaría muy activo el *Complejo de Edipo*, el cual refuerza la expresión de la actividad sexual infantil a través del autoerotismo por temor a expresar abiertamente sus impulsos amorosos al padre del sexo contrario y teme ser castigado por esos deseos. A este sentimiento se le llamó *Complejo de castración*, que en sentido estricto es el temor a perder el pene en el varón y perder la capacidad femenina en la niña. En sentido amplio se acepta la noción de castración como el sentimiento de pérdida de algo importante real o fantaseado por el yo (por ejemplo la situación de destete, de separación, pérdida de alguna parte de su cuerpo mediante operaciones o accidentes y otras).

El concepto del Complejo de Edipo se acepta para la cultura occidental, en que prevalece el grupo familiar pequeño, en que el padre y la madre tienen roles muy importantes en la formación de la personalidad de sus hijos.

Alrededor de los ocho años, debido al funcionamiento hormonal decaen en alguna medida los impulsos sexuales y se señala este periodo como periodo de latencia, en el cual los niños amplían sus intereses en diferentes áreas satisfaciendo su curiosidad sexual estudiando y conociendo los procesos de procreación de animales, plantas y guarda más hacia la intimidad la preocupación por actividades sexuales, lo cual no significa que no las tenga.

Con el desarrollo fisiológico en la pubertad aumentan los impulsos sexuales, pero debido a que ya había comenzado el aprendizaje de relacionarse con personas de ambos sexos esto favorece que

sus expresiones sexuales encuentren el camino hacia la heterosexualidad y la búsqueda de pareja para satisfacer sus deseos de ternura y cuidado, a través de las relaciones sexuales genitales, involucrando sus diversas expresiones mediante el tocarse y besarse.

En este manual se da importancia al desarrollo sexual, considerándole como una expresión más de la vida del niño integrando su presencia a su expresión emocional y con esto se puede permitir que lo viva como algo natural y común para todas las personas y quitándole el sentido oculto de lo que no se habla, o si se hace, se haga mofa de ello como algo feo o malo. Una actitud abierta permite al niño o niña obtener una identificación adecuada de sus roles sexuales y de género.

Cada una de estas etapas tendría características propias ligadas al funcionamiento físico y psicológico y que se irían superando de acuerdo al desarrollo integral del niño. Sin embargo, habría momentos en que este desarrollo queda «fijado,» ya sea por experiencias dolorosas o experiencias de gran satisfacción y que en etapas posteriores frente a situaciones estresantes se recurre a esas formas de actuar, es decir se «regresa».

La relación interpersonal del niño, primero con la madre y luego integrando la presencia del padre es relevante en la formación de la personalidad del niño. Durante su crecimiento, éste viviría la fantasía inconsciente de un marcado afecto hacia la madre y de rivalidad y celos con el padre. Esto sucedería tanto en niñas como en varones, pero con la figura parental contraria. Freud situaba la presencia de esta fantasía entre los 3 y 5 años, en la etapa fálica.

En algún momento de la historia del movimiento psicoanalítico la noción del Complejo de Edipo fue reconocida como la base de las neurosis, al no resolver las emociones contradictorias y ambivalentes que surgían al querer y odiar a sus padres, primando el conflicto inconsciente con sus figuras parentales. Actualmente se le da importancia relativa dentro de un conjunto de otros factores etiológicos.

Para Melanie Klein y seguidores de la teoría de las relaciones objetales, el Complejo de Edipo se encuentra presente ya en el primer año de vida, cuando el niño muestra sus afectos ambivalentes

hacia la madre y al padre y estará teñido con las ansiedades esquizo-paranoides y depresivas presentes en esta etapa de su desarrollo.

El último esquema revisado por Freud, de la etiología de las neurosis y psicosis (1920) considera un enfoque dinámico y evolutivo: los *factores hereditarios* y las *vivencias maternas* actuarían sobre el feto, lo cual lleva a suponer la existencia de *vivencias fetales*. Esto condicionaría la *constitución del sujeto*. Sobre esta constitución innata actuarían las *primeras experiencias* infantiles y que siguiendo el esquema de la evolución de la libido ofrecería puntos de fijación donde habrían quedado ciertas características no resueltas en esas etapas y a estos puntos regresa la libido cuando no encuentra la satisfacción en etapas posteriores. Esto conformaría la *predisposición a la neurosis o psicosis* por fijación de la libido. (Esta es la *primera serie complementaria*).

Dada esa predisposición, se agrega un *factor desencadenante*, *segunda serie complementaria*, al que cuando proviene del ambiente externo, se le llama privación, frustración, conflicto real. Este elemento también puede originarse en algunos casos en los propios conflictos internos, siendo entonces un factor fantaseado, pero de características tan significativas como si fuera real.

La interacción de ambos elementos, la *predisposición* y el *factor desencadenante* pueden variar en intensidad, es decir puede ser más fuerte uno u otro, sin embargo es posible que a mayor predisposición a la normalidad el estímulo externo sea poco significativo y este concepto puede relacionarse con lo descrito como capacidad de resiliencia. En otras situaciones el estímulo traumático puede ser de tal intensidad que por sí solo inicie el proceso de regresión sobrepasando la organización yoica.

La noción de *series complementarias* es vigente y útil para comprender el origen de algunas enfermedades mentales.

Otro concepto de uso corriente es el de mecanismos de defensa. Planteados por Freud y ampliados por Anna Freud: proyección, negación, represión, anulación, formación reactiva, desplazamiento, sublimación, se ocupan tanto en el diagnóstico como en la psicoterapia psicoanalítica (Tallaferro, 1986).

Los mecanismos de defensa postulados por Melanie Klein: pro-

yección, introyección, negación, disociación, escisión, idealización, identificación proyectiva, defensas maníacas (control, triunfo, desprecio) y reparación, estarían presentes desde muy temprano en la vida del niño. Estos conceptos son muy aceptados en la teoría de las relaciones objetales.

Otros aportes de Melanie Klein son: la importancia del primer año de vida, la presencia de un yo temprano, desde el nacimiento, la incorporación del Super-yo y la vivencia del Complejo de Edipo temprano, definido como la relación edípica como la experimenta el bebé al comienzo de la posición depresiva en la etapa pregenital.

M. Klein define la ansiedad como la respuesta del yo a la actividad del instinto de muerte. Cuando este instinto es proyectado, la ansiedad toma dos formas principales: paranoide y depresiva. El modo como el niño experimenta su contacto con la realidad externa e interna, da lugar a una constelación de emociones que la autora las describe como posiciones que a su vez se repetirán en el transcurso de la vida frente a cada situación nueva que altere el equilibrio emocional de la persona en sus diferentes estadios.

La posición *esquizo-paranoide* se vive en la primera fase del desarrollo del niño, desde el nacimiento a más/menos los tres meses de vida, se caracteriza por la percepción de objetos parciales, el predominio de los mecanismos de escisión del yo y del objeto y la presencia de ansiedad persecutoria.

La *posición depresiva* comienza cuando el niño es capaz de ver a su madre como objeto total, se plantea que sucedería alrededor de los 4 meses (favorecida por la creciente madurez del sistema nervioso). Los mecanismos de defensa son más elaborados y están relacionados con la idea de haber agredido y hecho daño a la madre al no recibir la satisfacción de sus necesidades de inmediato y en la medida que él siente que lo satisface plenamente. Surge dolor, culpa y sentimientos de pérdida del objeto amado.

Las *defensas maníacas* se desarrollan durante la posición depresiva, cuando se siente demasiada ansiedad de culpa y sentimientos de pérdida y es un primer esfuerzo por negar el dolor de haber hecho daño al objeto amado. Si estas defensas no son tan intensas puede ser un paso a avanzar al reconocimiento de las ansiedades

depresivas y poder hacer uso del mecanismo de reparación. La *reparación* consiste en darse cuenta de su agresión al objeto amado y hacer las acciones conducentes a recuperar el amor por sobre la agresión a las personas significativas.

En cuanto a la técnica de la psicoterapia psicoanalítica, hay grandes aportes en su aplicación a las psicoterapias breves en las que se mantiene el contexto teórico, pero con modificaciones en su aplicación.

Todavía es muy válido el uso de la *asociación libre*, es decir que la persona hable, cuente todo lo que se le venga a la mente, ojalá sin censurarse. En la psicoterapia de niños el juego y todas las expresiones que él manifieste en su sesión pueden ser usadas en carácter de asociación libre, siempre que no se guíe al niño en una dirección fija.

El psicoterapeuta escucha sin prejuicios, en disposición a recibir todo lo que venga, con una actitud abierta, sin juzgar, es decir escuchar en *atención flotante* y así captará aquellos aspectos que le resuenen emocionalmente. Reconocerá los contenidos que la persona le está mostrando en su *transferencia*, esto es lo que el niño lleva a las sesiones, su forma habitual de relacionarse, reviviendo las experiencias tanto positivas como negativas con sus figuras de padre y madre o de las personas significativas para él, en la relación con el terapeuta.

Aquí es importante lograr crear una relación de trabajo de confianza que le permita al niño expresar sus emociones sin temor a las respuestas del adulto psicoterapeuta.

La forma más adecuada de responder por parte del terapeuta será dándose cuenta de lo que él siente en su *contratransferencia*, separando sus emociones y pudiendo mantener un rol de observador-participante, tomando distancia para poner en palabras lo que el niño le ha mostrado a través de sus relatos, mediante el juego o de sus dibujos. El análisis de la transferencia positiva y negativa permite establecer una relación terapéutica más sana y abierta al aceptar todo lo que exprese el niño.

La persona trata de olvidar las experiencias displacenteras, sin embargo tiende a repetir lo no recordado o reprimido como un suceso

actual, en vez de recordarlo como un trozo del pasado. A este proceso se le llama *resistencia*, la cual consiste en mantener fuera de la conciencia las vivencias dolorosas, esta función la realiza el yo al servicio del placer. En las sesiones se manifestará como no jugar, no hablar, llegar atrasado, rechazar a menudo las intervenciones del terapeuta, haciendo ruido para no escuchar, mostrarse aburrido, incluso dormirse.

Las intervenciones verbales que el psicoterapeuta usa pueden ser: señalar, clarificar, explicar, confrontar, sugerir, indicar, confirmar o rectificar las informaciones, recapitular, usar metáforas, etc. (Fiorini, 2002 y Braier, 1984).

La *interpretación* es la herramienta principal de la psicoterapia de orientación analítica y se define como el lograr conectar los contenidos conscientes con su significado inconsciente, en otras palabras, a partir del contenido manifiesto llegar a tener insight, el tomar conciencia, el darse cuenta del contenido latente.

La interpretación cumple con ciertas características: relacionar los aspectos conscientes con los contenidos inconscientes presentes y pasados, en la situación analítica relacionada con la situación cotidiana del niño, obteniendo un nuevo significado. También se incluye la interpretación sistemática de las resistencias.

La interrogante que siempre se plantea es qué interpretar, cuánto y cuándo. El *qué* interpretar es tomar en cuenta tanto la resistencia o defensa y los contenidos (lo rechazado), partiendo de lo más superficial a lo más profundo. El *cuánto*, lo que sea necesario en una misma sesión o repetir en sesiones posteriores en que aparezca el material que permita hacerlo. El *cuándo*, la mejor señal es que el terapeuta tenga claro qué va a interpretar y en ese momento hacerlo, además, observar los cambios en las expresiones emocionales del niño en ese momento.

Otros conceptos relevantes en la elaboración psicoterapéutica es trabajar el *duelo real o fantaseado*, es decir las sucesivas pérdidas normales para cada etapa de la vida y las pérdidas traumáticas. Una manera de tratar este tema es interpretar y elaborar en el proceso terapéutico, el término de cada reunión, las separaciones entre cada sesión, las vacaciones y las ausencias inesperadas, tanto del niño como del terapeuta.

Las reacciones frente al término del tratamiento hacen surgir emociones de ansiedad y sentimientos de abandono, en forma normal y esperable. Una manera de aminorar estas ansiedades es haber trabajado durante la psicoterapia las emociones ambivalentes ante la posibilidad de dejar de depender de la asistencia a sesiones y hacerse cargo de sí mismo con sus propios recursos.

Puede suceder que ante la posibilidad del término, los síntomas reaparezcan o que el niño abandone el tratamiento antes de su finalización. Esto se conoce como *reacción terapéutica negativa*.

En la literatura de la técnica analítica se habla de la psicoterapia como un proceso cuyo objetivo es permitir a la persona, en este caso el niño, vivir en la relación terapéutica una relación de acogida cálida que le lleve a experimentar su capacidad de recuperar la confianza en sí mismo y en las personas significativas para él.

Los objetivos de la psicoterapia del niño pueden ser: hacer consciente lo inconsciente, favoreciendo la integración del yo y facilitando un manejo flexible de los mecanismos de defensa. Todo esto facilitará un desarrollo natural y más armónico del niño.

Después de Freud ha habido muchos aportes tanto a la teoría como a la técnica, en este texto sólo tomaremos algunos de ellos en relación a la comprensión del desarrollo infantil y de la psicoterapia del niño.

Capítulo II

Psicodiagnóstico infantil

1. Conceptualización del psicodiagnóstico infantil

Desde la visión psicodinámica el proceso de psicodiagnóstico se define como una situación bipersonal, de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción y comprensión lo más profunda y completa posible de la personalidad total de la persona evaluada. Así, se enfatiza la investigación de algún aspecto en particular, según la sintomatología y las características de la derivación. Abarca aspectos pasados y presentes (diagnóstico) como también futuros (pronóstico), de esa personalidad utilizando para esos objetivos algunas técnicas específicas (Ocampo, 1987).

Desde la corriente humanista, claramente, desde la Gestalt, si bien, se tiende a desestimar la validez e importancia del proceso diagnóstico, incluso se ve como un posible obstáculo en la futura relación terapéutica, no todos los autores de esta línea coinciden en aquello, utilizando algunos la evaluación con distintos fines.

El verdadero proceso de evaluación, plantea Violet Oaklander, 1992, necesita hacerse sobre la marcha, ya que nada permanece igual eternamente. Los niños están en cambios permanentes, influenciados por los variados sucesos que les rodean. Loretta Cornejo, 1996, plantea que el niño está en continuo desarrollo de todas sus capacidades tanto físicas, como emocionales y el modo de hacer un seguimiento bastante objetivo y científico es tener algunos datos de evaluación antes de empezar el tratamiento, para que luego, durante el proceso,

se pueda ir contrastando con evaluaciones posteriores.

Finalmente se puede considerar el psicodiagnóstico como el estudio de la personalidad desde un punto de vista fundamentalmente clínico, que busca llegar a conocer y comprender a la persona que solicita ayuda. En ese sentido, se plantea la necesidad de que el evaluador vaya más allá de la recolección de información, sino que se interese en aprehender la individualidad del niño por atender; el proceso de psicodiagnóstico debe incluir preguntas que apunten a conocer también cuáles son sus valores, cuáles son las personas valiosas para él, sus sueños, temores, sus gustos musicales, juegos y pasatiempos predilectos, su interés por las mascotas, etc.

El realizar un proceso de diagnóstico resulta de suma importancia ya que es el modo, a través del cual, es posible conocer al niño desde un punto de vista comprensivo de su mundo interior y de su medio más cercano, esto incluirá sus relaciones significativas, sus alegrías, sus penas, sus rabias. Llevar a cabo este proceso en profundidad y a conciencia es lo que permitirá realizar posteriormente las intervenciones adecuadas, ya sea una derivación o más aún en el caso de psicoterapia, en donde las técnicas utilizadas serán más provechosas, en la medida que conozca al niño.

El proceso de evaluación resulta también, de gran valor para conocer la magnitud y gravedad del estado de salud mental del niño que indicará la urgencia y el tipo de intervención que es necesario realizar. Esto implica un compromiso ético del psicólogo que tiene que ver con proveer al niño de atención lo más oportuna y eficaz que le sea posible.

Es importante, considerar que cuando la petición de evaluación viene dada por otro profesional que solicita la aplicación de alguna prueba en particular o el examen de alguna característica o aptitud psicológica específica, no se debe olvidar que la labor del psicólogo clínico es mucho más que administrar tests, por tanto, es aconsejable, no abstraer la propia mirada clínica y que, si bien, se debe responder al pedido realizado, también será valioso que se entregue la propia impresión que podrá ser contrastada con la visión del profesional solicitante.

Al ampliar la mirada del proceso de psicodiagnóstico es posi-

ble encontrar otras aplicaciones a este proceso, como por ejemplo como medio para evaluar los posibles avances en psicoterapia a modo de retest; de todas maneras habrá que tener precaución respecto de la atingencia de la aplicación, es decir, que esta no se realice hasta no haber visto avances fuera de sesión o hasta que el niño los reporte.

2. Entrevista inicial

Esta entrevista es el primer paso en el proceso de psicodiagnóstico y constituye un acercamiento a la situación que preocupa tanto a los padres como al niño y que suele estar disfrazada o a veces desconocida. Se distingue por lo tanto, un motivo de consulta manifiesto y otro latente. Ambos pueden o no ir en la misma dirección, pero simbólicamente a nivel inconsciente ambos estarían conectados (Blinder, Knobel, Siquier, 2004).

Es importante considerar que la problemática del hijo puede estar condensando y desplazando una conflictiva familiar latente. La tarea será averiguar si el niño por el que consultan es el que realmente necesita tratamiento o bien encubre una conflictiva familiar. En el caso de abordarlo sólo a él se corre el riesgo de fracasar, principalmente debido a que el contexto familiar sea incapaz de sostener los cambios que puedan surgir en la subjetividad del niño mediante el proceso de psicoterapia.

La información que se obtiene de la primera entrevista tanto con los padres como con el niño es de incalculable valor, es por esto que se debe estar atento a la información verbal, gestual y transferencial que se recibe durante estos primeros encuentros, ya que ésta orientará el diagnóstico y pronóstico y observar qué tan capaces serán los padres de tolerar los cambios en el niño y en la dinámica familiar.

2.1. Objetivos y aspectos relevantes de la primera entrevista

Distintos autores coinciden en mencionar los siguientes objetivos:

- Percibir al niño tal cual aparece al primer contacto, ver si esto se mantiene durante toda la entrevista o cambia y en qué sentido (Siquier de Ocampo, 1987).
- Establecer un buen rapport con el niño para crear un clima favorable para la administración de tests.
- Lograr una buena relación de trabajo, en que la responsabilidad de conocer el motivo de consulta se asuma por ambas partes, conocer también la percepción del niño respecto de éste y los factores asociados (Siquier de Ocampo, 1987; Cortés, 2006; Vilches, 1987).
- Captar lo que el niño transfiere en el evaluador y lo que esto suscita en él mismo, observar qué vínculo trata de establecer con el evaluador (Siquier de Ocampo, 1987).

En relación a los padres, algunos autores coinciden en la importancia de poner atención en los siguientes aspectos:

- Se debe atender a lo que verbalizan: qué, cómo, cuándo y con qué ritmo lo dicen, qué contenidos eligen para comenzar a hablar del hijo o de ellos como padres, cuáles contenidos provocan bloqueos, ansiedades u olvidos y observar si incluyen los tres tiempos verbales en sus historias: pasado, presente y futuro (Siquier de Ocampo, 1987).
- Establecer el grado de discrepancia y coherencia entre lo verbalizado y lo que se capta a través de sus expresiones no verbales. Esto puede dar información a su vez sobre la coherencia existente entre el motivo de consulta manifiesto y el motivo de consulta latente (Siquier de Ocampo, 1987).
- Detectar cuál es el vínculo que une a la pareja, el vínculo entre ellos y el hijo, el del hijo con ellos y finalmente el de los padres con el psicólogo (Siquier de Ocampo, 1987).

En este sentido, será importante evitar tomar partido por uno u otro padre o dejarse utilizar con el objetivo de presionar, agredir o desautorizar al cónyuge, ya que, en general, estas reacciones del psicólogo responden a inducciones del sistema conyugal. En estos casos se recomienda, agudizar la observación, comprender cuáles son las dinámicas que están detrás de los temas en discusión y como el niño es incluido en esto aliándose o no con uno de sus padres.

El psicólogo puede dejar en evidencia como al parecer hay temas en los que no están de acuerdo, y volver a retomar el tema del hijo planteando cómo creen ellos que estas discrepancias pueden estar afectando al niño.

También se debe tener cuidado en reconocer las proyecciones que puede hacer el psicólogo en ellos, de la relación que se tuvo con sus propios padres, el deseo de reparar a la pareja o hacer una familia «bonita y feliz», como la que deseó tener cuando niño (Cornejo, 1996).

No debemos olvidar la naturaleza dependiente del niño en términos emocionales y económicos; en este sentido, son los padres quienes decidirían finalmente si financiarán o no el tratamiento del niño y estará en gran medida condicionado a cómo el psicólogo es capaz de favorecer la comprensión por parte de los padres de la situación que el niño vive y esta apertura dependerá de la relación que se establezca con ellos.

El proceso de psicoterapia del niño se verá reforzado si los padres se sienten parte del proceso y a través de esto cooperan impulsando los cambios del niño. Esto no se dará de igual manera en todas las familias, es sabido que dependiendo del nivel de patología familiar éstas serán más o menos permeables al cambio de alguno de sus miembros. Sin embargo, siempre es aconsejable invitar a los padres a participar activamente y transmitirles la confianza necesaria para que puedan favorecer el desarrollo del niño.

Consideraciones especiales requieren las situaciones en que se entrevista a padres agresivos, maltratadores o negligentes. Muchas veces se hace difícil para el psicólogo abstraerse de realizar juicios de valor o rechazar su atención abiertamente. En estos casos, el esfuerzo del psicólogo debe ser mayor en el sentido que el ejercicio de

empatía es más difícil de llevar a cabo. Sin embargo, se debe tener presente que la mayoría de los padres realiza su mayor esfuerzo para ser los mejores padres, muchas veces estos castigos o negligencias de los padres no tienen que ver con la falta de voluntad de hacer bien las cosas, sino con la carencia de competencias parentales, que está dada por su propia historia y conflictos que muchas veces les impide ser padres amorosos y protectores.

En todos estos casos será importante realizar las derivaciones necesarias, ya que éticamente no nos es posible atender a padres e hijos, excepto desde un enfoque sistémico, ya que muchas veces los padres necesitan intervenciones especializadas o contención farmacológica.

De todas maneras, el psicólogo no perderá de vista la integridad y bienestar del niño y tendrá que tomar las medidas, incluso judiciales si son necesarias, para proteger al niño mientras los padres resuelven sus propios conflictos.

Será importante insistir en la asistencia de ambos padres a sesión, ya que la presentación de sus puntos de vista permitirá construir una mirada más completa de lo que le ocurre al niño, quien emerge de esa pareja parental. Si esto no ocurre es posible caer en el riesgo de que ese padre o madre asuma la responsabilidad de cómo es su hijo o de los problemas que tiene y que el otro miembro de la pareja parental se desligue de ellos y no se haga cargo en lo que respecta a su hijo.

Lo más frecuente que el padre que no asiste sea descalificado y esto entorpece la relación del niño con el terapeuta, dado que se deja fuera al padre ausente y este hecho reactiva sentimientos ambivalentes del niño.

En el caso de padres separados, no importando quién trae al niño, el padre o la madre, tempranamente le informaremos sobre la necesidad de conocer al otro miembro de la pareja parental. En estos casos es posible concertarlos en citas aparte o solicitar incluso por escrito algunos datos o la opinión del padre ausente acerca del niño.

En el caso de que el niño vaya con otro familiar es necesario saber cuál es su parentesco con el niño y conocer las razones, justifi-

casas o no de la ausencia de los padres. Se tomará la información y los datos que esta persona tenga del niño, sin embargo, si es posible, se insistirá en la necesidad de conocer a los padres.

En el caso de niños adoptados que no conozcan la verdad de su situación, sin desvalorizar o desconocer el motivo de consulta que traen, generalmente es la adopción el motivo real y subyacente del mismo. Ya que el hecho de ser hijo adoptivo o no, influye tan esencialmente en la identidad que la resolución de todos los conflictos en torno a esa situación tienen primacía respecto de otros.

El aspecto principal que se debe investigar es el *motivo de consulta* (tanto en el niño como en los padres). Desde la perspectiva psicodinámica se distingue entre el *motivo de consulta manifiesto* y *el latente*. El motivo de consulta manifiesto se define como el síntoma que preocupa a quien solicita la consulta al punto de operar en él como señal de alarma. Respecto de éste, es necesario saber si es sentido como egodistónico o egosintónico por los padres y por el niño. También al motivo de consulta manifiesto se le denomina el *síntoma*, del cual es importante considerar los aspectos fenomenológicos: su inicio, cómo se presenta, su desarrollo, la agravación o mejoría. Cómo ha sido abordado por los padres, para quién constituye un problema la conducta del niño y cuáles son las expectativas de los padres, del colegio y del niño respecto a la eventual mejoría del síntoma.

También es importante, desde esta perspectiva, considerar los dinamismos subyacentes al síntoma, los beneficios secundarios del mismo que favorece su mantención y por último reconocer que la presencia del síntoma siempre constituye una ruptura del equilibrio previo entre las series complementarias que propician la salud mental.

Aquí es relevante revisar los antecedentes de la historia de vida del niño para tener claridad cuáles son los sucesos previos que ayudarán a comprender el síntoma actual. Es necesario descartar la sintomatología física, preguntando si ha tenido exámenes médicos recientes recomendarlo hacerlos si hay sospecha de algún trastorno orgánico.

El motivo de consulta latente es considerado el más serio y

relevante también denominado subyacente o profundo de la consulta. Es valioso observar en qué momento se da y el nivel de conocimiento que tienen los padres y el niño respecto de la relación entre el motivo de consulta manifiesto y el motivo latente, ya que esboza elementos diagnósticos y pronósticos del niño y esto tiene que ver con la capacidad de darse cuenta, es así como una actitud negadora del motivo de consulta latente puede tener peor pronóstico.

Otro aspecto importante a evaluar respecto del motivo de consulta es la *conciencia de enfermedad* que tiene que ver con saber que algo anda mal. Respecto de este punto se puede distinguir el planteamiento de Anna Freud quien postulaba que los niños no tendrían conciencia de enfermedad. Mientras que Melanie Klein hablaba de *fantasía inconsciente de enfermedad* que se define como el sentimiento de responsabilidad y compromiso con el síntoma descrito conscientemente y se refiere a saber qué es lo que anda mal y por qué.

La *fantasía de curación*, por otro lado, implica lo que el sujeto podría imaginar como solución a sus problemas. Por último, está la *fantasía inconsciente de análisis* (Baranger, M. en García Arzeno, 2003) se refiere a lo que el sujeto concibe inconscientemente como método para obtener lo que su fantasía de curación plantea como solución (Siquier de Ocampo, 1987; Aberastury, 1984; García, 2003).

Otro aspecto que se debe explorar es conocer si el niño funciona como tercero incluido, en caso de saber por qué lo traen y hasta qué punto sabe, o como tercero excluido si el niño no lo sabe. Es importante que el niño tenga claridad acerca de por qué viene, siendo ésta una tarea de los padres, por tanto hay que instarlos a tratar el tema con el niño y como una segunda opción el psicólogo debe abordarlo, en caso de que los padres insistan en no hacerlo, conociendo y respetando las ansiedades que están a la base de no querer hablar del tema con el niño.

Se debe también clarificar el significado de los términos y afirmaciones que ocupan los padres para evitar interpretaciones erróneas. Desde esta perspectiva Aberastury aconseja incluir, en la primera entrevista con los padres, algunas preguntas destinadas a conocer las principales dinámicas familiares, éstas son: cómo se desa-

rolla un día en la vida diaria del niño, cómo se desarrolla un domingo o feriado y cómo es un día de cumpleaños del niño.

Algunas de las dificultades con las que es posible encontrarse en esta primera entrevista son, por ejemplo, que los padres no están de acuerdo respecto de lo que le pasa al hijo, debe cuidarse de no caer en el juego de ser quien finalmente dará la razón a uno de ellos.

Otro tema difícil de tratar tiene que ver con que la patología que presente el hijo, puede tener similitudes con la que presenta actualmente o presentó en algún momento uno de los padres en su infancia, llevando a restar importancia o constituyendo un motivo de disputa respecto de la culpabilidad que le cabe a cada uno de ellos en el problema. Una actitud adecuada del psicólogo es aclarar las dudas, mantener la imparcialidad y distancia adecuada con ambos padres que permita comprender lo que le ocurre al niño y observar cada una de las situaciones como aportes de valiosa información (Vilches, 1987; Esquivel, 1994).

Ya se enunció, a través de los objetivos, en alguna medida, cómo se lleva a cabo la primera entrevista, ésta debe ser libre, no dirigida, excepto cuando se necesita recabar información, esclarecer datos o favorecer la fluidez de comunicación. Debe realizarse en un clima cálido, de aceptación, sin enjuiciar a los padres, e intentando empatizar con ellos, cuidando establecer un buen rapport tanto con los padres como con el niño.

Es importante conocer qué aspectos del niño están siendo figura tanto en el padre como en la madre y como esto se vincula con sus propios aspectos emocionales y experiencias de infancia de cada uno. Es posible solicitar a los padres que describan al niño para conocer sus ideas y actitudes hacia el niño, si éstas revisten características de aceptación o rechazo, de afecto u hostilidad, según pongan el acento en lo positivo o lo negativo.

También se debe observar qué es lo que los padres eligen para comenzar a hablar de su hijo. Si lo idealizan, negándose a ver el problema, o muestran una actitud descalificadora partiendo por lo negativo como una manera de disminuir la ansiedad que les produce el problema y buscando que el evaluador se haga cargo del hijo. O bien, si parten por lo positivo para dar paso a lo negativo hacien-

do prevalecer lo primero, mostrando así una imagen más integrada de su hijo (Siquier de Ocampo, 1987).

Para la primera sesión es recomendable citar sólo a los padres para recepcionar el motivo de consulta y realizar la entrevista de anamnesis. A pesar de las indicaciones entregadas al momento de solicitar la hora de atención, muchas veces los padres llegan a esta primera cita con el niño lo cual aporta información sobre el nivel de ansiedad que despierta en los padres la sintomatología del niño.

En este caso se recibe a todos juntos para tomar los datos en relación al motivo de consulta y algunas generalidades para quedarse después sólo con el niño, citando a los padres en otro día para que asistan sin el niño, ya que es importante que el espacio terapéutico se considere desde el principio como un espacio del niño, por lo tanto simbólicamente los padres «no podrán ocupar este espacio» y se les reservará una hora en otro momento para realizar la entrevista de anamnesis con ellos. Desde otros enfoques teóricos se considera que al recibir a todos los miembros de la familia involucrados, permite conocer la dinámica familiar y cómo el niño está siendo «el paciente indicado».

Conviene destacar que durante las entrevistas el psicólogo tomará notas, sin descuidar la atención a través de su mirada y actitudes que reflejen que está escuchando y comprendiendo lo que los padres o el niño comunican. Sólo tomará notas breves y terminará de completar datos después que termine la sesión.

Durante la aplicación de las pruebas, se escribirán las respuestas tal como las dice el niño y además se dejará comentarios de las actitudes y expresiones corporales de éste.

3. Entrevista de Anamnesis

En todo tratamiento infantil es necesario manejar conceptos de la Psicología Evolutiva: acerca de lo esperable y no esperable para la edad del niño, en este sentido, el objetivo de la entrevista de anamnesis o historia de vida, es obtener una idea o formarse una figura más clara de la persona del niño a nivel individual con sus características propias; conocer cómo se ha desarrollado, cómo ha sobrellevado los

principales hitos de su vida y cuáles son los eventos significativos o traumáticos, que ha vivido. Todo lo cuál permitirá tener una visión comprensiva del niño y de sus capacidades de desarrollo.

Si bien, estos datos suelen ser inexactos, deformados o superficiales, influidos por los sentimientos de vergüenza o culpa de los padres, sintiendo que no lo han hecho bien. Debe recibirse toda la información con tolerancia y comprensión o también explicando, para rectificar alguna actitud cuando ésta es dañina para el niño y así interrumpirla ya.

Es importante disminuir la angustia de los padres para lograr una relación de colaboración en la atención del niño.

Más que conocer datos o fechas, es necesario conocer la respuesta emocional de la madre, del padre y del entorno familiar frente a las diversas situaciones, tales como el *embarazo*: si fue deseado o no, si lo aceptaron con alegría o conformidad, si hubo intentos de *aborto*. Indagar si el *parto* fue normal o hubo complicaciones, cómo lo vivió la madre, el padre y otras personas de la familia. Interesa saber si fue un niño demasiado tranquilo, si lloraba mucho, si fue inquieto o «difícil de criar».

Aquí importa conocer los estados emocionales de la madre y del ambiente que rodearon el embarazo, el nacimiento y los primeros meses de vida del niño.

La forma en que se establecen las primeras relaciones de la madre con el hijo proporciona datos para entender la vida posterior del niño y conocer acerca de la capacidad maternal de la madre y cómo fue su relación con el hijo en la *formación del apego*. También conocer cómo interviene la presencia del padre en las primeras etapas de su vida. Deseó o no tener este hijo, esperaba un niño o niña, acompañó a la madre afectivamente durante el embarazo y el parto; fue cariñoso con el niño, se hizo cargo del cuidado de él, etc.

Es de gran utilidad para comprender la relación madre-hijo, interrogarla acerca de cómo lo calmaba cuando lloraba y cómo reaccionaba ella, lo mismo si él rechazaba el alimento.

Sobre la *lactancia materna*, si la hubo o no, el proceso del *destete*, fue gradual o tuvo que interrumpirse bruscamente por enfermedad de la madre o alguna situación externa. (Vuelta al trabajo,

duelos u otras). Edad del niño al momento del destete, si tomó mamadera, cómo aceptó el cambio del pecho a la mamadera y del alimento líquido al sólido, cuándo aparecen los dientes y cómo vivió este momento, con muchas molestias o con tolerancia al dolor. Cómo asumió la ingesta de la comida sólida, dado que esto ocurre en el primer año de vida, coincidentemente con la etapa oral, si quedan carencias notorias hará más difícil elaborar estas experiencias para pasar a las etapas siguientes.

Para Klein y otros autores, el cómo vive la pérdida de situaciones placenteras y su capacidad de adaptación a la realidad es un paso fundamental en el crecimiento del yo.

Respecto de la aparición del *lenguaje*, interesa saber cómo fue acogida su necesidad de comunicarse, cuándo comenzó a hablar, cuándo aprendió a nombrar las cosas, si hubo retraso o inhibición, esto muestra la dificultad de adaptación a su medio.

Cuándo comienza a *caminar*, si se le favoreció este aprendizaje, quién le enseñó, si había en él tendencia a caerse o a golpearse. El proceso de caminar marca un hito en su desarrollo de contacto con la realidad y es un indicador de la capacidad de aceptar la separación de la protección materna, es un primer indicador de autonomía.

Junto con la marcha se inicia el aprendizaje del *control de esfínteres*. Si hubo una enseñanza severa y temprana (antes de que el niño lograra permanecer sentado sin apoyo y pararse con cierta autonomía) puede ser vivido por el niño como un ataque de la madre al interior de su cuerpo, esto es que el niño se sienta obligado a evacuar sus heces.

Si se esperó que el niño pudiese permanecer sentado sin apoyo y además se pudiera levantar a voluntad, favorece la confianza en manejar su cuerpo y responder a sus necesidades con mayor conciencia.

Este aprendizaje se relaciona mucho con la capacidad de autocontrol, o también del tipo de relación de la madre hacia el niño en que se le exige cumplimiento de normas que están fuera de su voluntad y capacidad fisiológica y psicológica de cumplir.

Algunos autores señalan tres condiciones necesarias para lograr una enseñanza del control de esfínteres: que la persona que enseñe sea cálida y de confianza del niño; que el niño haga uso del lenguaje

y pueda simbolizar sus heces, avisando al reconocer su necesidad de sentarse al baño; y ser capaz de sentarse y pararse con cierta facilidad y autonomía.

Algunas inhibiciones de aprendizaje y dificultades para asistir a la escuela tienen sus raíces en estos primeros años al vivir las exigencias de la escuela como algo impuesto y desagradable sin respetar el tiempo de respuesta del niño.

Iniciación y desarrollo del *lenguaje*: el retraso o la inhibición en su desarrollo son índices de serias dificultades de adaptación, a la vez que el desarrollo dentro de los parámetros esperables para cada edad nos indica un buen desarrollo integral.

Hubo o no trastornos del *sueño*, pesadillas, cual fue la actitud del niño y de los padres ante este suceso.

También preguntar sobre su ingreso a la Sala Cuna o al *Jardín Infantil*, ¿se adaptó fácilmente o demoró en hacerlo, tuvo problemas para separarse de la madre, lloró varias semanas? ¿Cómo fue su vida escolar? (su rendimiento, la relación con sus compañeros y con los profesores).

Conocer la *historia de sus enfermedades* ¿estuvo hospitalizado y cuantos días? ¿Cómo lo vivió él? ¿Hubo intervenciones quirúrgicas? La reacción emocional de los padres, ¿quién lo acompañó?, los recursos y redes de apoyo con que contaron en esas situaciones.

También si hubo enfermedades crónicas en algún familiar o situaciones traumáticas que pudiesen haber interferido en la crianza del niño.

Averiguar sobre la presencia de algunas discapacidades leves: visuales, auditivas, de lenguaje, motrices o de alguna enfermedad crónica sin síntomas visibles.

Preguntar acerca de la *sexualidad del niño*, qué información ha recibido y cómo se maneja el tema en la familia. Qué han observado los padres sobre su curiosidad, juegos, masturbación y experiencias traumáticas. Aquí es importante saber si ha sufrido de enuresis y encopresis por sus posibles conexiones con abuso sexual (En ocasiones la presencia de estos síntomas está relacionada con el abuso sexual que aún no se ha develado).

Averiguar qué juegos prefiere, esto proporciona índices de las

situaciones emocionales que le ocupan. El que un niño no juegue muestra que puede estar enfermo, observación muy frecuente entre los educadores. El juego es una muestra de la vitalidad del niño en cada etapa de su desarrollo, además de una vía de escape del inconsciente y allí demuestra qué le preocupa.

Un importante aporte de Aberastury es indagar sobre *el día de vida*. La reconstrucción de un día corriente nos informa sobre las experiencias de dependencia, autonomía o exigencias externas: si se viste solo, si come por su mano, hasta qué edad necesitó ayuda para bañarse, cómo da o recibe manifestaciones de cariño, sus diversiones, si hay precocidad o retraso en su desarrollo, cuáles son sus habilidades, y sus reacciones frente a la frustración.

También se solicita la descripción de un día de fiesta, del sábado o domingo; Saber si sale con sus padres y cómo se celebra su cumpleaños. Esto nos habla de la capacidad de la familia para compartir o no las alegrías y de qué modo se relaciona el niño con otras personas más allá del núcleo familiar pequeño. En situaciones de separación de los padres, esto es todavía más relevante. Mención importante es la regulación de visitas de los padres o madres separados, debiendo ser éstas estables en los días y horas acordados manteniendo la relación afectiva con sus hijos como lo principal.

Al consignar la edad de los miembros de la familia y su ubicación en el grupo, se conoce el lugar que ocupa el niño y su relación con los demás. Se dibuja el genograma indicando las relaciones entre los miembros de la familia. Aquí es importante conocer si hubo otros hermanos que hayan muerto, en qué momento sucedió y cómo se relaciona este hecho con el niño en atención. También es necesario conocer la presencia de enfermedades en la familia, sean hereditarias o adquiridas, y cómo han influido en la calidad de vida del niño y del grupo familiar. Merece especial atención la presencia de enfermedades mentales porque también los padres temen que el paciente sufra de algo similar. Muchas veces los padres se culpan mutuamente por la presencia de estos aspectos mórbidos, llegando a causar rechazo al niño, en otras ocasiones se dedica mayor atención al hijo o familiar enfermo y se descuida a los hijos sanos.

Una vez realizada la entrevista de recepción y la anamnesis a la

madre o a ambos padres, conviene dejar algunas notas en la ficha, la impresión del psicólogo en cuanto al clima familiar, el grado de armonía de la pareja, la comprensión del problema del niño y el acuerdo a apoyar la evaluación psicológica y el posible tratamiento posterior.

Para conocer las áreas y temas que se abordan en la entrevista de anamnesis, ver anexo.

4. Consideraciones generales sobre la aplicación de pruebas

Lo primero es establecer una buena relación con el niño antes de empezar la aplicación de las pruebas, creando el clima de confianza necesario para favorecer una actitud cooperadora que le permita al niño darse a conocer y entregarse al proceso de diagnóstico.

A lo largo del proceso el psicólogo debe estar atento y lo más consciente posible de las influencias a que lo exponen sus propias expectativas, pensamientos y emociones, sobre los resultados del niño (Vilches, 1987).

También es importante preguntar al niño si sabe porque se le está evaluando, aclarar sus dudas y explicar brevemente la finalidad de la prueba, adaptando el lenguaje a la edad del niño; también se debe procurar que el niño entienda claramente las instrucciones (Esquivel, 1994).

Al momento de la aplicación de las pruebas es importante tomar en cuenta el estado de salud del niño: que esté descansado, bien alimentado y sin sueño, ya que el proceso de evaluación debe adaptarse a las características del niño y no al revés. Observar y describir sus actitudes también es un complemento necesario que, posteriormente, se debe incluir en el informe ya que entrega información del estilo cognitivo y de trabajo, de su vida afectiva, de la manera en que se comunica y relaciona socialmente con las personas con las que convive.

Se observará además las actitudes del niño, sus conductas en relación con el examinador, las formas de comunicación oral, ex-

presiones gestuales y corporales, las reacciones registradas en las modalidades de trabajo que ejecuta el niño, las reacciones intelectuales y emocionales observadas ante el fracaso y las frustraciones que se interpongan en las actividades del niño. (Vilches, 1987)

Cuando un niño no puede llevar a cabo satisfactoriamente una prueba se puede modificar las condiciones de administración, con el objetivo de abordar la información cualitativa que el test nos arroja, es importante recordar que más allá de la prueba el fin último es conocer al niño.

Se aconseja que los padres no estén presentes durante la evaluación porque esta situación podría presionar al niño, asociando el fracaso en una determinada actividad como un agravio para ellos, por tanto siempre la evaluación se hará a solas con el niño; en el caso de niños pequeños en que necesitan entrar con sus padres, se aconseja conversar previamente con ellos para solicitarles que intervengan lo menos posible para realizar la observación diagnóstica del niño lo más objetiva posible.

Se aconseja que la duración de las sesiones de evaluación esté en relación directa con la edad del niño: preescolares 30 a 45 minutos y niños en edad escolar y adolescentes entre 45 minutos y 1 hora. Pero se debe estar atento a las muestras de cansancio y fatiga en el evaluado para administrar el tiempo, tomando en cuenta diversas situaciones (Vilches, 1987).

5. Criterios para seleccionar las pruebas

Es fundamental realizar una evaluación lo más completa posible usando todas las pruebas necesarias, idealmente que sean complementarias entre sí para conocer más ampliamente al niño. (Cortés, 2006; Vilches, 1987)

Para elegir las pruebas se tomará en cuenta diversos factores:

En primer lugar se debe considerar si la petición de la evaluación viene de la consulta de los padres, de la derivación de un colegio o bien si se solicita la aplicación de una

prueba específica por parte de algún profesional. Esto dará mayor o menor margen de libertad para elegir las pruebas que se aplicarán, sin embargo, como se manifestó anteriormente el psicólogo es más que un administrador de test.

Si es el psicólogo quien decide qué aplicar entonces se debe considerar el motivo de consulta manifiesto y el monto de ansiedad presente que podrían determinar el que se retrase la aplicación para acoger estos montos de ansiedad antes de comenzar la aplicación de pruebas.

Otro elemento que parece obvio, pero es importante considerar, es la edad cronológica del consultante, ya que las pruebas han sido construidas para distintas edades, en las que se recomienda su uso. Sin embargo, no hay que olvidar que en ocasiones la edad cronológica dista de la madurez emocional y cognitiva, por lo tanto, la elección final considerará todos estos elementos.

En Chile coexisten distintos grupos étnicos y muchas veces el psicólogo se encuentra ante realidades socioculturales muy diversas, en este sentido, se deberán considerar las adaptaciones necesarias tanto en términos del lenguaje como de aplicación de las pruebas que asegure un conocimiento lo más genuino posible del niño.

También es importante considerar el caso de niños con déficit o discapacidad en los cuales el psicólogo tendrá que utilizar todos los recursos disponibles para acoger la realidad interna del niño y retratar de la mejor manera posible las distintas capacidades y habilidades del niño.

Por otro lado, dependiendo del lugar en que se trabaje se contará con el material adecuado, con más o menos tiempo y se deberá adaptar a las normas internas del establecimiento a diferencia de trabajar de modo independiente.

Respecto al orden de aplicación de las pruebas en general, la prueba que se considere más importante no debe ubicarse al principio de la evaluación debido a los montos de ansiedad que trae el niño al comenzar el proceso, que lo puede llevar a rendir más bajo de lo que corresponde, ni tampoco debe ponerse al final cuando ya podría estar cansado de realizar la evaluación. Al parecer la tercera sesión podría ser el momento adecuado para aplicar el test que se considere fundamen-

tal, toda vez que se ha establecido una buena relación del niño con el evaluador.

Tomando en cuenta lo expuesto, se puede comenzar generalmente con dibujo libre u hora de juego, debido a que son las dos herramientas con las que el niño puede mostrarse más libremente.

En la segunda entrevista se aplicará el test de la Figura Humana, dando la consigna: «Dibuja una persona». Una vez obtenido el primer dibujo se le pide «Dibuja una figura del sexo contrario a éste». Cuando ya se tiene ambos dibujos se procede a hacer la encuesta.

Si el tiempo de la sesión lo permite, se le pide el Dibujo de la Familia: «dibuja una familia». El niño puede preguntar si dibuja «su familia», en tal caso, se le contesta que dibuje la familia que él quiera. También va seguido de la encuesta.

En la tercera sesión puede elegirse aplicar el test de Apercepción Temática (CAT) para los niños y TAT para adolescentes sobre los 12-14 años, dependiendo de la madurez del consultante o el test de Rorschach cuando se requiere mayor profundidad.

Las historias contadas o las respuestas a un test a veces exceden el tiempo de la sesión y se terminará su aplicación en el siguiente encuentro.

Para niños menores de 10 años puede aplicarse la Hora de Juego Diagnóstica, además del CAT o a cambio de éste, la cual es una herramienta excelente para reconocer las fantasías que muestra el niño en relación a su motivo de consulta.

El juego es la expresión simbólica de las fantasías del niño respecto a su realidad externa e interna. Según Arminda Aberastury, el niño muestra su fantasía de enfermedad, cómo cree él que ha enfermado y su fantasía de curación, esto es, de qué manera establece una relación transferencial de inmediato con el terapeuta y espera ser ayudado por éste. Cuando se sospeche la presencia de índices psicopatológicos conviene aplicar el test de Rorschach que mide aspectos estructurales del funcionamiento mental.

Si es necesario evaluar alguna área específica se elegirá entre las pruebas conocidas y de mayor confiabilidad.

6. Breve revisión de las pruebas, según el área que se busca evaluar

6.1. Área cognitiva

Cuando se realiza una evaluación intelectual del niño, se requiere conocer su potencial y el aprovechamiento que hace del mismo en su desempeño escolar.

Se exponen algunas consideraciones teóricas respecto de la inteligencia: todo individuo nace con la potencialidad para lograr su desarrollo intelectual que puede considerarse su dotación natural y ésta nunca permanece fija y constante a lo largo de la vida, sino que es intrínsecamente variable. A partir de los 5 años de edad hay más estabilidad en los puntajes obtenidos en las pruebas destinadas a medir inteligencia, por tanto, previo a esto las estimaciones deben realizarse con precaución.

El proceso de maduración se favorece o se restringe por la riqueza o pobreza de estimulación ambiental durante los años formativos iniciales, es por esto que independiente de las dificultades del niño, nunca debe cerrarse la opción de que pueda, independiente del déficit, desarrollarse de la mejor manera posible en un ambiente estimulante.

En el curso del desarrollo, la dotación natural se diferencia en varias funciones que pueden medirse a través de pruebas de inteligencia en las cuales dichas funciones subyacen al rendimiento. Algunas alteraciones emocionales pueden provocar disminución, retardo o regresión en la maduración de las potencialidades cognitivas de un niño, por lo tanto cada vez que el psicólogo se encuentra con dificultades escolares no puede aislar éstas de las repercusiones emocionales que provoca en el niño.

La educación formal debiera proporcionar al individuo un ambiente estimulante para su deseo de conocer, y jugar un papel fundamental en este desarrollo ayudando al individuo a aumentar su repertorio del reconocimiento de fenómenos y sus relaciones. La intensa curiosidad intelectual del niño puede llevarlo a buscar hechos y áreas de información inusuales que lo mueva a adquirir capa-

ciudades complejas y estimulen su creatividad. Es por esto mismo que la sugerencia del psicólogo será que el niño siempre participe del sistema escolar, excepto que el ambiente escolar por algún motivo se vuelva negativo para el desarrollo del niño, o que el niño por algunas condiciones de extrema limitación no pueda asistir a una escuela, situación en la cual se deberá proveer de otro ambiente educativo pero en ningún caso debe ser privado de éste.

6.1.1. Pruebas de Wechsler

Wechsler define inteligencia como la capacidad global del individuo para actuar de manera propositiva, pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente en su medio ambiente. Estas escalas son ampliamente usadas debido a sus altos índices de confiabilidad y validez (Esquivel, 1994).

WPPSI: Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolares

Adaptada en Chile por Vergara en 1971 y estandarizada por Donoso, 1978.

Sirve para medir inteligencia en preescolares, se aplica de manera individual en niños de 4 a 6 años y permite una apreciación cuantitativa y cualitativa del funcionamiento intelectual del niño y lo conforman dos escalas:

Escala Verbal: compuesta por los siguientes sub-tests, que miden:

- Información: capacidad intelectual de memorizar a largo plazo y la cantidad de conocimientos adquiridos por el niño a lo largo de su vida que casi no depende de la escolaridad.
- Vocabulario: habilidades lingüísticas, capacidad de expresión y conocimientos de palabras relacionadas con la inteligencia general.
- Aritmética: conceptos y razonamiento aritmético, también permite apreciar la capacidad de atención y memoria.
- Semejanzas: nivel de madurez y capacidad de abstracción del niño.

- Comprensión: conocimientos prácticos relacionado con el sentido común y el juicio social
- Frases: atención, memoria y aptitudes de lenguaje oral (suplementario).

Escala Manual

- Casa de animales: atención, concentración, memoria y destreza manual.
- Dibujos incompletos: habilidad para discriminar visualmente detalles significativos, memoria visual.
- Laberintos: planeamiento, habilidad técnica y práctica, control visomotor.
- Dibujos Geométricos: lo mismo que laberintos
- Mosaicos: organización y coordinación visomotora, visualización espacial, capacidad de abstracción, análisis y síntesis.

Las pruebas se pueden ir alternando para no perder la atención e interés del niño. También se puede fraccionar en dos sesiones o en sólo una, pero con un recreo intermedio.

Entrega un puntaje bruto por escala y un CI para cada escala. El Coeficiente Intelectual total se calcula con 10 pruebas.

WISC-R: Escala de Inteligencia para niños revisada de Wechsler

Estandarizada por Campazzo, 1962. Sirve para medir inteligencia tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, se administra de manera individual para niños entre 6 y 16 años. Contiene 2 escalas y 12 sub pruebas.

Escala Verbal

- Información: cantidad de información que el niño ha adquirido en su contacto con el medio ambiente.
- Comprensión: capacidad para utilizar la información obtenida en situaciones de la vida diaria.
- Aritmética: habilidad de razonamiento aritmético y capacidad de atención, concentración y agilidad mental.
- Semejanzas: capacidad de abstracción en los distintos niveles de organización conceptual: concreto, funcional y abstracto.

- Vocabulario: nivel conceptual y naturaleza de los variados procesos del acto de pensar.
- Dígitos: atención, concentración y memoria inmediata. Se considera suplementaria.

Escala Manual

- Completación de cuadros: capacidad para distinguir entre lo esencial y lo accesorio en un contexto.
- Ordenación de historias: disposición intelectual para valorar anticipadamente una situación global concreta.
- Diseño con Cubos: capacidad de análisis y síntesis.
- Ensamblaje: capacidad de inducción de una totalidad a partir de los elementos que la conforman.
- Claves: atención, concentración y coordinación visomotriz.
- Laberintos: manejo de situaciones complejas que permite medir la coordinación visomotriz, atención y concentración (suplementaria).
- El coeficiente intelectual se calcula con 10 pruebas; laberintos y dígitos son suplementarias.

Se puede aplicar en dos sesiones o en una sesión con una pausa intermedia. Es importante enriquecer el análisis de los resultados poniendo atención a los aspectos cualitativos de la ejecución del niño, resultando la presentación final, una síntesis en que se integren ambos elementos, cualitativos y cuantitativos.

Clasificación del coeficiente intelectual según Wechsler:

130 y más: muy superior
129-120: superior
119-110: normal superior
109-90: normal promedio
89-80: normal lento
79-70: limítrofe

Clasificación según la Sociedad Americana de Deficiencia Mental

- 69-55: retardo leve
- 54-40: retardo moderado
- 39-25: retardo severo
- 24-menos: retardo profundo

6.1.2. Test de figura humana según Koppitz

Mide el desempeño intelectual al comparar al niño con un grupo normativo. También permite obtener el nivel de madurez conceptual.

Koppitz desarrolló un sistema para analizar y tabular los dibujos de niños entre 5 a 12 años. La prueba se aplica de manera individual o grupal, aunque se recomienda la modalidad individual.

Material: Lápiz grafito, goma y hoja de papel en blanco.

Consigna: «quiero que dibujes una persona completa»

Interpretación: Koppitz plantea la existencia de indicadores esperados en el dibujo, según la edad y el desarrollo del niño. Se anexan indicadores y sistema de puntuación del test.

6.1.3. Test de figura humana de Goodenough-Harris

Se aplica en niños de 3 a 15 años, posteriormente, en forma individual o colectiva, sin tiempo límite.

Material: Hoja de papel en blanco, lápiz grafito, goma de borrar.

Consigna: «Voy a pedirte que hagas tres dibujos para mí, los harás uno por vez. En esta página quiero que hagas la figura de un hombre» (luego se le pedirá la figura de una mujer y finalmente que se dibuje a sí mismo). «Has el mejor dibujo que puedas, tómate tu tiempo y trabaja con cuidado».

Cuenta con una escala cuantitativa y una escala cualitativa, entrega puntajes brutos que son convertidos a puntajes estándar y

luego a percentiles, según la edad del niño. Se asigna un punto por la presencia de cada indicador señalado en el manual. Se establece una comparación entre el niño y el grupo normativo de su edad.

Las escalas están diferenciadas por sexo y edad. Para mayor información, consultar en la bibliografía el manual de puntuación del test.

6.1.4. Test de matrices progresivas, escala especial (Raven)

Destinada a medir inteligencia general en niños. Presenta una forma para niños entre 5 y 8 años, otra para niños entre 9 y 12 años y la escala general para mayores de 13 años.

También resulta adecuada para personas que sufren de debilidad mental o deficiencias en lenguaje o audición. Es un test de razonamiento perceptual. Consta de 36 problemas que pueden presentarse en un cuadernillo específico para cada nivel etario. Mide la capacidad de comprensión y manejo de las relaciones abstractas, el proceso de comparación, razonamiento por analogía y organización de percepciones espaciales en totalidades relacionadas entre sí.

Entrega un percentil que permite comparar al niño con un grupo normativo de su misma edad. Se aplica con un cuadernillo y hoja de respuesta diferente para cada nivel, en forma individual o colectiva.

Para mayor información, consultar en la bibliografía el manual de puntuación del test.

6.2. Pruebas de Psicomotricidad

Es importante partir por diferenciar psicomotricidad de motricidad, esta última está referida específicamente al movimiento desde una perspectiva anatomofisiológica y neurológica. La *psicomotricidad*, a su vez, corresponde a la realización o manifestación de una organización compleja que modifica las reacciones motoras del niño, en función de las variables situacionales y de su propia motivación.

Incluye, por tanto, además de la función motora una variable afectiva y otra cognitiva.

6.2.1. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP)

Elaborado y estandarizado en Chile por Rodríguez, 1976, mide 4 áreas del desarrollo: Motora, de Coordinación, del Lenguaje y Social.

Se administra de manera individual a niños entre 0 y 24 meses. Sus resultados se expresan en un coeficiente de desarrollo que se ubica en un gráfico normativo lo que permite conocer cuando está debajo de la media. De esta manera el psicólogo queda habilitado para descubrir retrasos en algunas áreas del desarrollo.

Para mayor información, consultar en la bibliografía el manual de puntuación del test.

6.2.2. Test de desarrollo psicomotor T.E.P.S.I.

Construida y estandarizada en Chile por Haeussler y Marchant, 1985.

Se administra individualmente a niños entre 2 y 5 años, su aplicación dura aproximadamente 30 minutos y aborda las siguientes áreas:

Motricidad, expresada en movimiento y control del propio cuerpo en un acto continuo, breve o largo y en una secuencia de acciones y equilibrio.

Coordinación, incluyendo la motricidad fina y respuestas grafomotorices.

Lenguaje, en su capacidad de comprensión, ejecución de órdenes, destrezas de verbalización, etc.

Las normas se presentan para el test total como para cada subprueba, lo cual permite ubicar al niño en una de estas tres categorías: normalidad, en riesgo y con retraso.

Para mayor información consultar manual en bibliografía.

6.2.3. Test gestáltico visomotor para niños (Bender-Koppitz)

Se aplica individualmente a niños entre 5 y 10 años, también se puede aplicar a niños con retraso cuya edad mental es de 10 años o menos. Permite evaluar el patrón de desarrollo y nivel de maduración de la percepción visomotora de cada individuo, el estado patológico funcional u orgánicamente inducido, la madurez para el aprendizaje escolar y predecir el rendimiento escolar en los primeros años.

Material: Lápiz grafito, goma, hojas blancas y las 9 láminas del test.

Administración: Se puede aplicar utilizando distintas modalidades según el motivo de consulta: De la manera tradicional o copia, taquitoscópica, en la que se le expone la tarjeta 5 segundos y luego se retira, el niño la debe dibujar; de memoria, en la cual se le muestran todas y luego debe copiar lo que recuerde y en otros casos se seleccionan algunas tarjetas para que el niño dibuje.

Consigna: «Aquí tengo 9 dibujos para que los copies. Aquí está el primero. Has uno igual a este».

La evaluación de los diseños realizados se basa en los siguientes criterios:

- Distorsión de la forma
- Rotación
- Sustitución de puntos por círculos
- Perseveración
- Fallas en la integración de las partes de una figura
- Sustitución de curvas por ángulos
- Adición u omisión de ángulos

Se asignará un punto a cada indicador antes mencionado, que se aleja del diseño original. Es así como, un puntaje alto reflejará un bajo desempeño, mientras que un puntaje bajo, mostrará una ejecución adecuada. Finalmente, se obtiene el número de desviaciones en las que el niño está ubicado al comparar su desempeño con su grupo normativo según la edad.

Para mayor información consultar manual en bibliografía.

6.3. Pruebas de nivel escolar

Con respecto a las pruebas que miden nivel escolar se estima que son importantes y necesarias para adoptar medidas prácticas y oportunas que faciliten el aprovechamiento óptimo de las capacidades del niño durante el periodo de asistencia al colegio.

6.3.1. Prueba de funciones básicas (P.F.B.)

Construida en Chile por Berdicewski y Milicic, 1976. Mide tres funciones: Coordinación visomotora, Discriminación auditiva y Lenguaje.

Se aplica a niños entre 5 años, 6 meses a 7 años, 6 meses, que participen de la educación formal. Es de uso colectivo hasta 30 niños como máximo, y su administración dura aproximadamente 48 minutos. Los resultados permiten obtener puntajes por cada función medida y un puntaje global.

Posee normas en percentiles y normas de expectativa que proporcionan la probabilidad de rendir bien, regular o mal en lectura y escritura en primero y segundo básico.

Para mayor información consultar manual en bibliografía.

6.3.2. Test ABC de Filho

Contiene 8 sub pruebas de administración individual que permite evaluar el nivel de madurez (NM) necesario para el aprendizaje de la lectura y la escritura, pronosticando la facilidad o dificultad con que se llevará a cabo la adquisición de estos aprendizajes en el colegio. Se aplica a niños entre 5 y 7 años. El puntaje global se obtiene de la suma de puntajes entre sí, clasificando su nivel maduracional en un rango de la siguiente escala:

- NM 18 puntos o superior: El niño aprenderá a leer y escribir en un semestre lectivo sin dificultad ni cansancio.
- NM inferior a 10 puntos: El aprendizaje de la lectura y escritura se realizará normalmente en un año.

- NM igual o inferior a 7 puntos: El niño aprenderá con dificultad por lo que requerirá tratamiento especial.

En este caso es necesaria la aplicación de pruebas complementarias, la revisión pediátrica para descartar sintomatología física (problemas visuales, auditivos, de motricidad) y derivar al niño a atención especializada, pues la enseñanza escolar convencional de los aprendizajes de lectura y escritura será improductiva.

Para mayor información consultar manual en bibliografía.

6.3.3. Prueba de precálculo

Construida en Chile por Milicic y Schmidt, para evaluar las funciones involucradas en el desarrollo del razonamiento aritmético. Se busca detectar aquellos niños que presentarán problemas en matemáticas. Se administra de manera grupal o individual a niños de 4 a 7 años.

Entrega percentiles por rango de edad de cada sub prueba y un percentil total.

Para mayor información consultar manual en bibliografía.

6.3.4. Test de vocabulario en imágenes

Realizada por Echeverría, Herrera y Segure en Chile. Busca evaluar el nivel de vocabulario pasivo de niños entre 2 años, 6 meses y 17 años. Permite detectar posibles retrasos en el nivel lingüístico, lo que facilita una adecuada y oportuna intervención remedial del sujeto. Se puede administrar de manera individual o grupal. Se obtiene un puntaje que se traduce en puntajes T según tramos de edad.

Para mayor información consultar manual en bibliografía.

6.3.5. Escala de autoconcepto académico de Piers-Harris

Es una escala de autorreporte que contiene 6 sub escalas, destinada a evaluar a niños de 8 a 9 años. Se administra de manera individual o grupal y proporciona un resultado global y otro para cada sub escala midiendo dimensiones específicas del autoconcepto. Los puntajes pueden ser convertidos a puntajes T o a percentiles. Permite conocer las actitudes del niño hacia sí mismo, reflejan una autodescripción y una autoevaluación de conductas y de atributos.

Para mayor información consultar manual en bibliografía.

6.4. Pruebas de personalidad, aspectos emocionales y de adaptación social

La personalidad se considera producto de la convergencia de tres aspectos, que actúan de manera global: factores constitucionales, factores propios del desarrollo y factores situacionales y ambientales. (Esquivel, 1994)

Tanto a la herencia como a los factores propios del desarrollo se les denomina mundo interno del niño. El mundo externo o factores situacionales es lo que sucede alrededor del sujeto y es a través del yo que el sujeto tiene que adaptarse a su medio; estas adaptaciones del Yo pueden ser normales o patológicas y muchas veces constituyen el mejor esfuerzo de la persona por adaptarse al mundo externo con el bagaje de su mundo interno con que cuenta. (Esquivel, 1994).

6.4.1. Test proyectivos: gráficos, verbales y lúdicos

Se conocen estos tests debido a su principio básico, cual es el uso del concepto de proyección tomado desde el psicoanálisis: esto es, poner fuera del yo los contenidos de la mente. En el caso de los niños, esto podrá llevarse a cabo a través del dibujo, del juego o directamente de material preparado para tales fines como las láminas de un test.

Se ha intentado llegar a establecer pautas de corrección o por lo menos de interpretación que sean de ayuda a quienes evalúan. Es importante poseer cierto manejo de la teoría psicoanalítica ya que este tipo de técnica diagnóstica ha sido concebida desde este punto de vista, sin embargo, el psicólogo debe servirse de las pautas interpretativas como guía y no perder de vista que más allá del cumplimiento de ciertos patrones, el evaluador debe estar atento a apprehender las vivencias del niño, y las pautas serán una manera de sistematizar u ordenar lo apprehendido por el psicólogo.

6.4.2. Algunas consideraciones sobre dibujo infantil

El dibujo, es una de las formas que tiene el niño de representar la realidad, intentando imitarla. Se encuentra ligado a las imágenes mentales del niño ya que no sólo es una imitación de la realidad sino que también implica expresar sus propios deseos y necesidades (Delval, 1996).

El dibujo es al mismo tiempo una actividad placentera a través de la cual el niño se expresa. Se relaciona también estrechamente con el lenguaje porque es la forma en que los niños pequeños expresan la realidad, en este sentido se transforma en su propio lenguaje del mundo interno y de la percepción de la realidad del niño.

El dibujo involucra distintos componentes: el *motor*, ya que debe ser capaz de controlar sus movimientos y de desarrollar cierta motricidad fina para poder llevar a cabo la actividad gráfica, no obstante, más allá de la capacidad motriz del niño debe rescatarse el carácter simbólico que tiene el dibujo para él. Además involucra un componente *cognitivo*, toda vez, que es una expresión de la representación intelectual que el niño hace de la realidad. Por último incluye al campo de lo *afectivo y emocional* pues el niño representa en el dibujo todo aquello que le preocupa, interesa y desea.

6.4.3. Etapas del desarrollo del dibujo según Luquet

Este autor plantea (1981) la existencia de distintas etapas a través de las cuales se desarrolla el dibujo infantil, principalmente relacionado con el desarrollo motor y cognitivo del niño que es lo que le permitirá ir realizando cada vez representaciones más realistas de lo que le rodea, sin embargo, cabe mencionar que es posible evidenciar retrasos en la adquisición de estas etapas que pueden relacionarse principalmente con interferencias emocionales en los niños. Asimismo, es posible observar que el desempeño disminuya de manera importante, en alguna temática, por ejemplo al solicitar un dibujo de la familia, lo que tendrá relación con las áreas de conflicto del niño y su núcleo familiar.

Realismo fortuito: El dibujo es una prolongación de la actividad motora del niño, consiste en la realización de garabatos y el niño va descubriendo el significado de su dibujo durante la realización de éste.

Realismo frustrado: Todavía no es capaz de organizar en una unidad los elementos del modelo, por lo que si bien intenta dibujar algo preciso, se encuentra con obstáculos, tales como su falta de control motor y el carácter limitado y discontinuo de su atención. Se observa, al mismo tiempo, la incapacidad sintética, que implica que se dibujen las proporciones del dibujo según sea el interés del niño.

Realismo intelectual: Representa los rasgos esenciales del objeto sin tener en cuenta la perspectiva, superponiendo varios puntos de vista, el niño realiza su dibujo de distintas maneras: Separando detalles que en la realidad se confunden para mostrarlos en toda su importancia, presenta transparencia, es decir, dibuja lo que está oculto y cambia el enfoque por ejemplo, en las figuras humanas puede dibujar los pies de perfil y el resto del cuerpo de frente.

Realismo visual: Se comienza a representar el modelo tal cual como lo ve tratando de ser auténticamente realista, habitualmente a esta edad cuentan con mayor cantidad de recursos cognitivos y motores que le permiten realizar representaciones gráficas más exactas de la realidad.

Cabe mencionar que la evolución del dibujo no es lineal, sino

que se van produciendo avances y retrocesos en su ejecución, es por esto que no se han especificado edades en cada etapa, de esta manera se espera que el lector realice una evaluación del dinamismo del dibujo más que el chequeo de distintas características según el criterio cronológico. Para mayor información consultar bibliografía.

6.4.4. Características de los test gráficos

El lenguaje gráfico es lo más cercano al inconsciente y al Yo corporal, ofrece mayor confiabilidad que el lenguaje verbal que aparece posteriormente en el desarrollo y que al ser más consciente es fácil de ser censurado.

Es un instrumento sencillo y económico, factible de ser aplicado a personas con bajo nivel de escolaridad o con problemas de expresión, constituyéndose por tanto en una herramienta de alto valor en el proceso de diagnóstico.

Es imprescindible realizar una asociación verbal posterior a la producción gráfica en donde se le solicite al niño el relato de una historia. Algunos test gráficos cuentan con pautas de interrogación, sin embargo, se aconseja, utilizar tales pautas como guías, favoreciendo la libre expresión en el relato del niño.

6.4.5. Test de dibujo libre

Habitualmente es el test con que se inicia un proceso de evaluación, ya que al entregar al niño una consigna abierta y al ser una actividad más libre permite ir estrechando el vínculo con el evaluado y disminuir sus niveles de ansiedad. Este test se puede aplicar a cualquier edad.

Material: Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar, lápices de colores.

Consigna: «Dibuja lo que quieras». Una vez realizado el dibujo se le pide que cuente una historia y que le ponga un título al dibujo.

Interpretación: Se realiza por una parte la interpretación del dibujo como realización gráfica, para esto se adjuntan en el anexo los indicadores desarrollados por Elksch.

Además se analiza el contenido del dibujo, en este sentido, se trata de encontrar el realismo en el cual se basan los elementos representativos, mientras que en el simbolismo predominan los aspectos más estructurales, por tanto es importante observar qué dibujo hizo el niño, para lo cual se establecerá el vínculo de éste con el motivo de consulta del niño y con aspectos de la historia de vida del niño.

Es importante evaluar la historia que el niño hace del dibujo: cuál es el tema, cómo se relacionan los elementos del dibujo entre sí, cuál es el desenlace de la historia, si lo que cuenta se relaciona o no con el dibujo realizado, si ocupa o no el color, etc.

6.4.6. Dibujo de la figura humana según Machover

Se aplica en forma individual, a niños entre los 3 a 15 años.

Entrega datos acerca del mundo emocional del paciente, revela el retrato interno del niño y muestra la actitud hacia sí mismo.

Material: Hojas blancas, lápiz grafito, goma de borrar, lápices de colores.

Consigna: «Dibuja una persona», y luego en el reverso de la hoja, se le indica «dibuja una persona del sexo opuesto a la que dibujaste antes».

Luego se realiza una encuesta para la cual se puede elegir, dentro de las más de 30 preguntas que Machover creó para encuestar el dibujo, aquellas que sean más atinentes para el caso, pero se debe ser espontáneo relacionando las preguntas con el dibujo y el motivo de consulta recogido en las primeras entrevistas.

Se plantea que si un niño dibuja a otra persona puede tener que ver con algún conflicto o bien porque se establece una relación positiva con la figura dibujada. Cuando los niños dibujan al examinador, se ha observado que se relaciona con verse a sí mismos como poco dignos de interés, con niños solos y tristes.

Interpretación: Se relacionan los indicadores gráficos con la historia contada por el niño. En el anexo se encuentran los criterios de evaluación del dibujo.

6.4.7. Test dibujo de la familia

Entrega información sobre cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye él en este sistema familiar. Además permite investigar aspectos sobre la comunicación del niño con otros miembros de la familia y de los miembros restantes entre sí. Muestra los afectos predominantes del niño con los distintos miembros de su grupo familiar, es decir, simbólicamente entrega una especie de fotografía interna de la familia del niño, como él la percibe con sus fantasías y ansiedades.

Material: Una hoja de papel en blanco, lápiz grafito, goma de borrar.

Consigna: «Dibuja una familia»

Al terminar el dibujo se realiza una pequeña encuesta con preguntas tales como: dónde están, qué hacen ahí, quién es el más bueno, quién es el menos bueno, quién es el más feliz, quién es el menos feliz, a quién prefieres, quién te gustaría ser y algún relato breve que permita conocer cómo se inserta él, dónde se ubica más cerca o más lejos de su padre o de su madre, u otros indicadores.

Interpretación: En el anexo se encuentran los criterios para su interpretación.

6.4.8. Test de la casa, el árbol y la persona

Este test fue ideado por Buck en 1948. Los conceptos de casa, árbol y persona son de gran potencia simbólica, éstos al ser representados a través del dibujo permiten obtener información acerca del funcionamiento de la psiquis del niño.

Diversos autores han coincidido en que la imagen de la casa representaría a la madre y al Yo corporal del niño, mientras que el

dibujo del árbol tendría relación con la imagen del padre y de un Yo más regresivo o de las primeras etapas de su desarrollo y la imagen de la persona representaría al niño mismo y su Yo actual.

Este test puede ser aplicado a todas las edades.

Material: se hace entrega al niño de una hoja de papel en blanco, tamaño oficio, un lápiz grafito, goma de borrar.

Consigna: Se le indica que dibuje una casa, un árbol y una persona, entregando una hoja para cada dibujo y en ese orden. Para la casa, la hoja de papel se le entrega en forma horizontal en su lado más largo. Para el árbol y la persona se le ofrece la hoja en forma vertical.

Además se le indica que puede dibujar como quiera, que puede borrar y tomarse el tiempo que necesite. El niño puede cambiar la posición de las hojas y ese dato se consigna cualitativamente.

También este test presenta otra versión usando lápices de colores. Una vez terminada la aplicación del test acromático, se le ofrece al niño hacer el test con lápices de color (se retira el lápiz grafito).

La consigna ahora es «Por favor, dibuja una casa en colores», luego se da la consigna para cada dibujo, del árbol y de la persona. No se le dice dibuja otra casa, otro árbol u otra persona para no influir en la decisión del niño.

Para más información acerca de su interpretación consultar Hammer en la bibliografía.

6.4.9. Test de la persona bajo la lluvia

Fue creado por H.M. Fay en 1924. Este test exige la comprensión y representación de cinco elementos: la *persona*, el *dinamismo* (el paseo) representado por el movimiento de las piernas, brazos o cuerpo; el *ambiente* (calle, árboles, etc.); la *lluvia* y la *vestimenta de protección*.

Material: una hoja de papel blanco y un lápiz, goma de borrar.

Consigna: «Dibuja una persona que pasea por la calle, llueve».

Evaluación: La presencia de cada elemento es valorada por un punto y los detalles complementarios por un cuarto de punto.

De acuerdo a la edad existe un puntaje o baremo esperado.

Puede ser aplicado en niños desde los 6 años en forma individual o colectiva.

El dibujo puede ser analizado tanto en su enfoque cognitivo como proyectivo. El texto de Hammer ofrece variados ejemplos cuyo análisis sirve como aprendizaje y profundización.

6.4.10. Test de Rorschach

Aunque este test es ampliamente usado para evaluación de la personalidad de adultos, también puede ser usado para niños, para la medición de aspectos del funcionamiento cognitivo, afectivo y social en consideración a las diferentes etapas del desarrollo del niño, para lo cual hay pautas específicas para su interpretación.

Material: las 10 láminas del test, que deben ser presentadas todas y en el orden señalado en el reverso de cada una (I a X).

Consigna: «Te voy a mostrar unas láminas que tienen unas manchas, estas parecen como manchas de tintas verás que hay algunas que tienen color y otras que son sin color. Me gustaría que juguemos a imaginar a qué se parecen o que podrían ser». Se van entregando las láminas una a una.

Una vez que el niño entrega las repuestas correspondientes a cada lámina se realiza una encuesta destinada a conocer sus determinantes, lámina a lámina, las cuales se someterán a las normas específicas según edad que se describen en el manual del test.

Para el uso del test de Rorschach se recomienda realizar una preparación especializada en su manejo, debido a la complejidad de su aplicación, tabulación e interpretación.

6.4.11. Cuestionario desiderativo

Creado por dos psiquiatras Pigem y Córdoba, fue adaptado por el psicólogo holandés Van Krevelen para niños.

Mide fortaleza yoica, ya que provoca un ataque a la integridad del Yo, por lo tanto, permite evaluar en qué medida el individuo se

mantiene integrado y es capaz de sobreponerse al impacto de la consigna a nivel conductual, y se observa también la capacidad del individuo de responder y cuáles mecanismos de defensa utiliza.

La consigna pide al niño examinado de manera explícita y directa que renuncie a su identidad humana y le da la posibilidad de asumir otras identidades no humanas. El psicólogo se constituye, por tanto, en el portador de esa amenaza. Las respuestas darán cuenta de la organización defensiva ante el ataque al Yo. En las respuestas verbales y corporales se puede observar el esfuerzo defensivo del yo para recuperarse y absorber el impacto sufrido.

Consigna: Para niños pequeños, menores de 10 años: «¿Sabes lo que es un hada?... Si viniese un hada y pudieras pedirle que con su varita mágica pueda transformarte en lo que tu quieras, ¿qué te gustaría ser? y si no pudiera transformarte en... (primera elección), ¿en qué te gustaría transformarte?, dando la posibilidad de elegir 3 alternativas (como animal, vegetal o inanimado).

Luego para las catexias negativas: «Si el hada no pudiera transformarte en lo que pediste, pero no quiere tampoco transformarte en algo que no te guste, así que dime lo que no te gustaría ser jamás». También se le presentan las 3 oportunidades de respuestas ya señaladas.

En niños más grandes la consigna empleada es: «¿qué es lo que más te gustaría ser?, si no fueras persona» y «¿qué es lo que menos te gustaría ser?, si no fueras persona».

Es importante tomar el tiempo de reacción frente a cada respuesta. Se intenta obtener una respuesta del mundo animal, vegetal e inanimado o de los objetos, si el niño no entrega una respuesta de cada reino se induce preguntando directamente por cada reino, sin embargo, se tomará nota de cada respuesta entregada por el evaluado y se le pedirá justificación para cada elemento entregado.

Se evalúa en qué orden se dan las respuestas y el símbolo elegido es interpretado en su significación universal e individual. La información que aporta este test es altamente valiosa, pero requiere de un buen manejo de la teoría psicoanalítica.

Para mayor información consultar manual citado en bibliografía.

6.4.12. Test de Apercepción Temática para niños, con figuras de animales, humanas y suplementario

Este test proyectivo fue diseñado por Leopold Bellak y Sonya Sorel y consiste en 10 láminas con figuras de animales. También existe una versión con figuras humanas y otra versión que se usa en forma complementaria con figuras de animales en situaciones especiales.

El test se concibió con el objetivo de conocer la percepción que el niño tiene de sus figuras más significativas. El modo en que el niño construye la historia refleja la dinámica de las interrelaciones de impulsos y los mecanismos de defensa contra estos impulsos, además de sus relaciones interpersonales.

El CAT-A (test de apercepción temática para niños con figuras de animales) se aplica a niños de ambos sexos de entre 3 y 10 años, el CAT-H (test de apercepción temática para niño con figuras humanas) se aplica para niños de entre 9 a 14 años. Las edades para aplicar uno u otro test no constituyen un criterio rígido, ya que va a depender de las características intelectuales, maduracionales y el ambiente sociocultural de donde provenga el niño; por lo tanto, se debe analizar en cada caso cuál es la versión más adecuada para el evaluado.

Por último está el CAT-S (test de apercepción temática para niños suplementario con figuras de animales) que muestra a animales en situaciones especiales, se aplica a niños entre 3 y 10 años para completar algún aspecto que quedó en duda cuando se aplicó el CAT-A o para explorar alguna línea temática en particular.

Material: Diez láminas del test CAT-A o CAT-H según corresponda.

Consigna: «Te voy a mostrar algunas láminas, quisiera que hagas un cuento de cada una de ellas, donde me digas qué pasó antes, qué está pasando ahora y que pasará después».

Para su interpretación se sugiere consultar los manuales respectivos.

6.4.13. *Cuestionario de Roberto y Rosita*

Es un cuestionario destinado a medir aspectos emocionales y sociales en el niño como la relación con los padres y hermanos, así como también las relaciones al interior del colegio con sus profesores y pares.

Se basa en una serie de preguntas que se le realizan al niño sobre qué haría Roberto/Rosita (se utiliza uno u otro según el sexo del niño) en determinadas situaciones esperando que las respuestas del niño reflejen características de su propia situación y de los distintos roles que juega en sus relaciones interpersonales. Es aplicable a niños pequeños desde 4 años en adelante.

En el anexo se encontrará el protocolo con las preguntas y frases a completar.

6.4.14. *Hora de juego diagnóstica*

Diversos autores consideran al juego como una actividad inherente al niño y le confieren un gran valor tanto dentro de la evaluación psicológica como en el proceso psicoterapéutico.

La actividad lúdica es la forma propia de expresión del niño así como el lenguaje verbal es la del adulto. Este es un instrumento fundamental para conocer el mundo interno, sentimientos y emociones del niño.

El niño juega con los materiales, expresando a través de ellos sus emociones, sus ansiedades, y cómo ve las posibles soluciones. El juego cumple aquí la función simbólica al representar a través de los juguetes los acontecimientos vividos, sin tener que referirse a ellos directamente.

La hora de juego diagnóstica puede ofrecerse como alternativa a niños entre 3 hasta 10 años, según su madurez emocional, la cual se puede estimar con las pruebas señaladas anteriormente, además de la entrevista clínica.

En la actualidad el uso de los juegos de computación hace que los niños en un primer momento descalifiquen el jugar con juguetes

y pidan el uso de juegos y juguetes de mayor riqueza audiovisual, pero al explicarle para que se realiza esta hora de juego lo aceptan y se involucran ampliamente.

Se sugiere en todo caso dar cabida a sus comentarios acerca de los juegos que usa para su entretenimiento y por lo tanto el psicólogo debería conocer algunos de estos juegos y ese material también sirve para saber las motivaciones del niño para su elección de determinados juegos. El uso de determinados juegos de computador que contienen altos niveles de violencia u otros en los que se observa un protagonista onnipotente entrega información acerca de los deseos del niño que, al no ser satisfechos en la vida real, encuentran espacio en estas situaciones de fantasía.

En la hora de juego diagnóstica se da en un encuadre específico con ciertas variables controladas mediante la consigna verbal en la que se señalan algunas normas y límites, el uso del tiempo y de los juguetes.

Sala de juegos y material:

La sala debe ser un espacio no muy pequeño, donde el niño pueda moverse libremente, exista una mesa y dos sillas, acordes al tamaño del niño, una colchoneta, 3 ó 4 cojines y una caja conteniendo los juguetes.

El material usado en la hora de juego diagnóstica debe ser el mismo para niños y niñas: juguetes pequeños, adecuados para ser manipulados, de buena calidad, para evitar que se rompan fácilmente (esto permite que el niño no sienta culpas excesivas y a la vez, asumir su responsabilidad si deseó romperlo).

Conviene dejar los juguetes expuestos en la mesa o en el suelo cerca de la caja, en forma ordenada, para que el niño vea lo que se le ofrece. Una vez que el niño ha jugado, se le pide que guarde los juguetes en la caja.

Este material de juego tiene fines diagnósticos y será usado por muchos niños, por lo tanto debe ser revisado constantemente para reponer los juguetes en mal estado.

El material debe incluir:

- Muñequitos (articulados) a modo de familia, que represente padre, madre, hermanos, una guagua, abuelos y otros

adultos que le permita al niño simbolizar a otras personas significativas para él.

- 2 o 3 títeres (hada, bruja y figura masculina)
- familia de animales salvajes, cercos.
- familia de animales domésticos
- 2 o 3 autitos de distinto tamaño
- 2 o 3 avioncitos
- Un juego de té y otros juegos relacionados con la comida como ollas, servicios.
- cubos de madera o plásticos
- pelota de material blando y tamaño mediano
- pedacitos de género
- una pistola (que no dispare, ni tampoco sea de fogueo)
- una serpiente de plástico o de madera
- un juego de enfermera o de médico

Se pueden incluir otros juguetes, poniendo cuidado en que su uso no sea peligroso.

Al entrar el niño a la consulta, hay que poner de manifiesto claramente algunos límites en relación a: los roles del niño y del psicólogo, limitación de tiempo y espacio, uso del material y objetivos de la evaluación.

Se le muestra el material sobre la mesa, y se le dice que él puede jugar con este material como quiera, durante 45 o 50 minutos (en relación a su edad), siempre y cuando no dañe ni al psicólogo, ni a sí mismo ni la sala. Se observará y anotará para no olvidar lo que dice o hace el niño o alguna observación del psicólogo. A 5 minutos de finalizar la sesión se le avisa al niño para que se prepare a terminar el juego y guardar el material.

El papel del psicólogo debe limitarse a observar, y podrá participar en el juego sólo si el niño lo invita a hacerlo, tomando una actitud de observador-participante, sin dirigir él. Se trata aquí de ver las emociones y acciones del niño sobre el material de juego.

Si él niño no juega, se le invita a hacerlo, pero si no accede, no se le insiste en forma reiterada. En el caso de niños muy inhibidos, el terapeuta puede comenzar a mover los juguetes proponiendo que jueguen juntos, pero siempre tratando que el niño guíe.

A veces el niño pide ayuda y cooperación. El rol del psicólogo consiste en observar, comprender y cooperar con el niño. Si es invitado a jugar lo debe acompañar, solicitando al niño que le entregue indicaciones sobre qué hacer.

Durante la hora de juego diagnóstica es importante estar atento a los aspectos transferenciales que surgen hacia el psicólogo y a los juguetes. Esto es qué vivencias está expresando el niño a través de su juego y con qué emociones las acompaña. La contratransferencia (es decir, las emociones que experimenta el psicólogo en relación a las actividades del juego del niño) también constituye un elemento valioso que puede ayudar a la comprensión del niño.

Siquier Ocampo y cols. señalan algunos indicadores de la hora de juego diagnóstica:

Elección de juguetes y de juegos

El niño puede asumir las siguientes actitudes:

- De observación a distancia (sin participación activa)
- Dependiente (a la espera de indicaciones)
- Evitativa (de aproximación lenta o a distancia)
- Dubitativa (de tomar y dejar los juguetes)
- De irrupción brusca
- De irrupción caótica e impulsiva
- De acercamiento, luego de un tiempo de reacción para reestructurar el espacio

Observar hacia qué tipo de juguetes se dirige (si son de tipo escolar, agresivo o recrea escenas familiares, etc.), según su momento evolutivo y el conflicto que expresa, el lenguaje empleado y su atingencia al juego. etc.

Modalidad del juego

Es la forma en que el Yo pone de manifiesto su función simbólica, y también muestra algunos rasgos de carácter: la plasticidad se puede reflejar expresando la misma fantasía o defensa con diferentes juguetes, o expresando un amplio espectro de su vida emocional, o usando en forma plástica los jue-

tes para representar diferentes aspectos, mientras que la rigidez se expresa en la medida que el niño realiza un juego monótono, poco creativo, usando casi siempre los mismos juguetes.

Personificación

Es la capacidad de asumir roles en forma dramática, es importante poner atención en las características de los roles que el niño personifica. Si el niño pide al psicólogo que asuma ciertos roles, hay que pedirle que explicita las características de los personajes.

Motricidad

Se puede observar: el desplazamiento, la posibilidad de encaje, la capacidad de aprehensión y manejo, alternancia de sus miembros, lateralidad, la posibilidad de establecer movimientos voluntarios e involuntarios, movimientos bizarros, ritmo del movimiento, hiperquinesia, hipoquinesia, la ductilidad y plasticidad del movimiento.

Creatividad

Crear es unir o relacionar elementos dispersos en un elemento nuevo y distinto. Esto requiere de un Yo plástico capaz de abrirse a experiencias nuevas.

Este proceso tiene como finalidad descubrir una organización enriquecedora que tenga equilibrio entre el principio del placer y el principio de realidad. Además se acompaña de un sentimiento de satisfacción. Es intencionado y al servicio del Yo, a diferencia de la producción original del psicótico, que cumple con la descarga del Ello.

En este sentido, se evaluará un juego como creativo en la medida que cumpla con los criterios antes descritos, como también si el niño es capaz de dar respuestas creativas ante la frustración.

Capacidad simbólica

Es la capacidad del niño de simbolizar sus conflictos en el contexto del «como si» del juego, la riqueza de los símbolos utilizados y la plasticidad en el uso de estos.

Tolerancia a la frustración

Es posible observar la respuesta del niño frente al fracaso de sus esfuerzos para lograr un determinado juego. Si logra reorganizar los elementos, abandona la tarea o bien responde agresivamente con el medio o consigo mismo.

Adecuación a la realidad

Tiene que ver con la capacidad del niño de aceptar el encuadre terapéutico, la capacidad de ubicarse en su rol y de aceptar el rol del otro.

Rebeca Grinberg (1977) señala que «la organización de los datos obtenidos a través de la hora de juego, permite llegar a conocer las fantasías inconscientes subyacentes al conflicto y los distintos puntos sobre los que se basa la evaluación de la entrevista». Estos son: tipo y monto de ansiedad, los mecanismos de defensa y sus características, su variedad e interjuego, tipo de relaciones objetales, evaluación del yo, de su estado y capacidades, fantasías acerca de los conflictos y fantasías de enfermedad y de curación.

De ahí lo importante que resulta la hora de juego diagnóstica para conocer las fantasías inconscientes del niño en relación a su motivo de consulta. A través del juego éste expresa en un primer momento su fantasía de enfermedad y también su fantasía de curación, lo cual permite formular un pronóstico. (Aberastury, 1984).

Nota: Todos los tests proyectivos pueden ser analizados siguiendo las pautas de sus autores o de otros investigadores, pero entregan mayor información si el psicólogo maneja los conceptos psicoanalíticos básicos y pueda entender el material bajo los términos de ese marco teórico.

7. Etapas del ciclo vital y evaluación del niño

Manejar información de la psicología del desarrollo resulta fundamental para poder realizar un buen proceso de psicodiagnóstico, ya que tales elementos entregan las pautas acerca del curso del desarrollo normal en la mayoría de los niños; desde esta perspectiva, la

evaluación del niño incluye una observación acerca de cómo se está desarrollando el evaluado y cuánto se aleja de los parámetros esperados.

Esta evaluación se propone realizar en el ámbito del desarrollo físico, cognitivo y del lenguaje, como también emocional y social, favoreciendo así la evaluación integral del niño que permita la detección e intervención temprana y oportuna de cualquier alteración.

7.1. Edad pre-escolar (3 a 6 años)

7.1.1. *Desarrollo físico*

Si bien en esta edad los niños crecen con más lentitud que en años precedentes, adquieren una apariencia atlética y delgada, aumenta la madurez del cerebro y del sistema nervioso, se fortalece el sistema respiratorio y circulatorio aumentando su resistencia física; al mismo tiempo que se fortalece el sistema inmunológico lo que se traduce en que se mantienen más sanos (Papalia, D., Wendkos, S., 1987).

Durante este periodo los niños comen menos que en edades anteriores y de manera más irregular por lo que es importante favorecer las comidas nutritivas (Papalia, D., Wendkos, S., 1987). En este sentido cabe reflexionar, que la edad preescolar es fundamental para la formación de hábitos por lo tanto, favorecer el consumo de alimentos saludables se recomienda que no sea sólo una conducta impuesta desde fuera para el niño, sino que refleje una actitud de la familia frente a la alimentación.

Con respecto a los patrones de sueño, habitualmente duermen menos horas que antes y requieren un descanso a media mañana o a media tarde sin que necesariamente duerman. En este periodo suelen presentarse problemas para que se vayan a acostar, porque desearían quedarse despiertos más tiempo, explorando el mundo que les rodea y además porque ahora demoran más tiempo en quedarse dormidos. La mayoría de los niños en esta edad presentan pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo y el hablar dormidos, todas estas perturbaciones se debieran ir superando hacia los 6 años con la

adquisición de la madurez neuronal. (Papalia, D., Wendkos, S., 1987). En este sentido, es deseable que los padres se den el tiempo necesario para ayudar a dormir al hijo creando el ambiente necesario para esto, con medidas sencillas como, evitar la estimulación audiovisual (el uso de televisor o computador debe restringirse 2 a 3 horas antes de dormir), acompañarlos, contarles cuentos, leerles, etc.

7.1.2. Desarrollo intelectual

Desde la postura de Piaget estarían atravesando por la etapa preoperacional, ya que pueden pensar en símbolos, pueden pensar en personas y objetos no presentes mediante las representaciones mentales de ellos, por lo tanto poseen la función simbólica y el principal símbolo en esta etapa es la *palabra*. La función simbólica se puede observar en los niños de tres maneras: a través de la imitación diferida, del juego simbólico y del lenguaje.

El principal logro de la etapa preoperacional es que el niño ahora es capaz de comprender identidades y relaciones funcionales. Las principales limitaciones del pensamiento preoperacional son:

Centración: se enfocan en una parte de la situación y descartan las demás llegando a conclusiones ilógicas.

No conservación: no son capaces de comprender que dos cosas iguales permanecen, así su forma se altere mientras no se añada o quite algo.

Irreversibilidad: no son capaces de entender que una operación se puede realizar de dos maneras, obteniendo el mismo resultado.

Enfoque en los estados antes que en las transformaciones: enfocan estados sucesivos y no pueden comprender el significado de la transformación de un estado a otro.

Razonamiento transductivo: Se mueven de un nivel particular a otro nivel particular sin tomar en cuenta el aspecto general.

Egocentrismo: Son incapaces de ver las cosas desde el punto de vista de los demás.

Animismo: tendencia a atribuirle vida a objetos que no la tienen.

7.1.3. Desarrollo del lenguaje

A los 3 años usan el tiempo pasado, los plurales y distinguen entre yo, tú y nosotros; aprenden alrededor de 3 a 4 palabras diarias aunque no las utilicen. Entre los 4 y 5 años sus oraciones tienen entre 4 y 5 palabras, pueden manejar preposiciones, nombrar colores y contar hasta 10. Hacia los 6 años construyen oraciones más largas y complejas, definen palabras simples, conocen opuestos y utilizan conjunciones, preposiciones y artículos (Papalia, D., Wendkos, S., 1987).

Otra característica importante de esta edad es el llamado lenguaje privado, que consiste en hablar en voz alta consigo mismo sin tratar de comunicarse con otros, lo que se relaciona muchas veces con el pensamiento mágico y los juegos en voz alta.

7.1.4. Desarrollo emocional y de la personalidad

Según Erikson los niños en esta edad atraviesan por la crisis iniciativa vs. culpa, ya que por un lado desean realizar actividades y explorar, pero también desean recibir el reconocimiento de sus padres, por lo que se origina un conflicto entre la iniciativa que permite que el niño planea y realice actividades y la censura que puede venir de parte de los padres. Los niños que logran manejar esta oposición desarrollan la capacidad de propósito, que es la facultad para establecer y perseguir metas sin temor a sentirse culpable o castigado.

La identificación es otro proceso importante de esta etapa, a través de la cual el niño adopta características, creencias, valores y comportamientos de otra persona o de un grupo, en este sentido cobran gran importancia los padres como figuras primarias de identificación, los niños inicialmente realizarán una imitación concreta o superficial (gestos, maneras de vestir, de caminar, etc.), para poste-

riormente internalizar algunas características más profundas (ejemplo, valores, normas, rasgos de personalidad, etc.).

Otra particularidad de esta edad son los temores, los cuales se vuelven muy frecuentes debido a la intensa fantasía persecutoria que predomina en esta etapa y por la incapacidad de distinguir entre la fantasía y la realidad. En este sentido el niño proyecta en la realidad parte de su mundo interno, es así como no todos los niños viven estos miedos con la misma intensidad ya que la diferencia estará dada por el monto de agresión que cada niño guarda dentro de sí, lo cual a su vez se vincula con la percepción de la gratificaciones o frustraciones vivida en las primeras etapas de su desarrollo.

7.1.5. Desarrollo social

La principal fuente de socialización en esta etapa es la familia, ya que a n no es tan masiva la incorporación de los niños a la educación preescolar. Sin embargo, en este sentido resulta relevante resaltar que el ingreso de los niños a sistemas formales de educación tiene un doble beneficio, a saber: en el caso de niños que son hijos únicos o que tienen hermanos con mucha diferencia de edad, el espacio del Jardín, provee de estimulación para el desarrollo social y de la personalidad del niño, permitiéndole estar en contacto con otros, aprender a compartir, seguir ciertas normas y rutinas, todo lo cual facilitará su posterior adaptación al sistema escolar formal. Por otro lado los Jardines entregan al niño estimulación cognitiva y sensorial sistemática que favorece el desarrollo cognitivo e intelectual y considerando la plasticidad neuronal permite el desarrollo armónico del cerebro. Sin embargo, cabe mencionar, que se debe elegir con suma cautela el lugar donde quedarán los niños, mientras los padres trabajan considerando variables tales como la infraestructura, el trato afectuoso, la cantidad de personal por grupo de niños, la formación y profesionalismo del personal, entre otros.

Respecto del proceso de socialización de los niños en esta edad se ha observado que el comportamiento agresivo entre los 2 y los 5 años puede ser relativamente frecuente y se utiliza principalmente

para buscar la posesión de objetos y el control del espacio, por lo tanto este aflora mucho más en los juegos sociales, solo en este sentido, cierta agresividad en este periodo se considera un aspecto necesario para el desarrollo social de los niños. Pero en la medida que aumenta la capacidad de expresión a través del lenguaje se debiera ir reduciendo la frecuencia y duración de los episodios agresivos ya que adquieren una nueva herramienta que es la comunicación para poder conseguir sus objetivos.

7.2. Edad escolar (6 a los 12 años)

7.2.1. Desarrollo físico

Los niños en esta etapa alcanzan un crecimiento continuo hasta los 10 años en las niñas y los 12 o 13 en los niños cuando comienza el desarrollo puberal. El cuerpo de los niños y niñas en esta edad se vuelve más atlético alcanzando proporciones más armónicas que les permite tener mayor control motor sobre sus movimientos.

Durante este periodo los niños habitualmente tienen buen apetito y sus patrones de sueños se estabilizan, por lo tanto, no son esperables alteraciones del sueño como en la etapa anterior, en este sentido también se espera que hayan alcanzado mayor autonomía que les permita haber encontrado rutinas que les ayude a conciliar el sueño solos.

Por otro lado, es destacable que aumentan las lesiones por accidentes debido a que los niños y niñas participan más en actividades físicas, son más inquietos realizan una exploración activa del medio que les rodea y tienen menos supervisión por parte de los adultos.

7.2.2. Desarrollo intelectual

A nivel intelectual, atraviesan por la etapa de las operaciones concretas o pensamiento operacional según Piaget, ya que pueden pen-

sar con lógica acerca del aquí y ahora, pueden utilizar símbolos para llevar a cabo operaciones, son mejores para clasificar, trabajar con números, manejar conceptos de tiempo y espacio y pueden distinguir con mayor claridad entre la realidad y la fantasía. Son capaces de descentrar su pensamiento, de comprender la reversibilidad y el punto de vista de los demás, lo que les permite comunicarse de manera efectiva y ser más flexibles, esta capacidad los deja preparados también para desarrollar la capacidad empática, que resulta fundamental para su desarrollo social. Sin embargo, su pensamiento aún está anclado en el aquí y el ahora y esto lo limita no pudiendo hipotetizar, pensar en abstracciones o proyectar una línea de pensamiento hacia el futuro.

7.2.3. Desarrollo del lenguaje

El lenguaje se desarrolla con rapidez en la infancia intermedia, ya que los niños pueden comprender e interpretar mejor las comunicaciones, su vocabulario y habilidad para definir palabras crece, y están en mejor capacidad de comprenderse a sí mismos a través del lenguaje.

7.2.4. Desarrollo social, emocional y de la personalidad

Es difícil separar el desarrollo emocional del desarrollo social en esta etapa, debido a que las principales fuentes desde donde se desarrolla la personalidad, durante este periodo, tiene que ver con la incorporación del niño a un nuevo espacio: el escolar.

A nivel de la socialización, el niño comienza a integrar a su vida este nuevo espacio, por lo que las características de los profesores, de los compañeros, del colegio, las normas, los castigos, los estándares de exigencia, etc. van a influir en la imagen que el niño vaya construyendo de sí y qué tan satisfecho se encuentre con la misma.

Un logro importante de esta etapa es el desarrollo del autocon-

cepto que es el sentido de sí mismo, incluidos la autocomprensión y la autoestima. Por otro lado, el niño comienza a regular su comportamiento no sólo para obtener lo que necesita y desea, sino también para satisfacer las necesidades y deseos de los otros.

Los niños en esta edad están en busca de sí mismos, son capaces de ver lo que la sociedad espera de ellos y mezclan estas expectativas con la imagen que se han formado de ellos mismos, es por esto que la imagen que otros significativos (padres, profesores), les reflejen de sí servirá de espejo donde el niño verá aquello que los demás valoran y/o rechazan impactando esta visión en su sensación de competencia y su autoestima.

Según Erikson los niños en este periodo atraviesan por la crisis industriiosidad versus inferioridad, donde lo que debe resolverse es su capacidad para el trabajo productivo. Los niños tienen la capacidad cognitiva y física para embarcarse en nuevas y desafiantes tareas, de las cuales, según este autor, es necesario que tengan cierto nivel de satisfacción con lo logrado y que estos logros no sólo los pueda ver él, sino que sean reflejados también por quienes le rodean. La capacidad que surge de la solución exitosa de esta crisis es la competencia, o sea, la capacidad del yo para dominar las habilidades y completar los trabajos. De otro modo predominará un sentimiento de inferioridad que impedirá al niño, y posteriormente al adulto, reconocer las habilidades que posee y proponerse metas en relación a estas mismas ya que lo acompañará predominantemente una sensación de inseguridad y temor al fracaso.

En esta etapa adquiere importancia la influencia del grupo de amigos ya que facilita el desarrollo de las habilidades para la sociabilidad, otorga seguridad emocional, facilita el desarrollo cognitivo, suministra el consuelo que un adulto, en ocasiones, no puede dar y favorece el desarrollo del sentido de identidad.

8. Psicopatología Infantil y evaluación del niño

Así como la psicología del desarrollo es uno de los pilares del proceso de psicodiagnóstico que entrega indicadores acerca de lo que se

espera del niño en distintas edades, la psicopatología infantil se constituirá en un segundo pilar ya que en ocasiones, aquellas observaciones e indicadores que se obtengan del proceso de evaluación pueden ser entendidos como un cuadro psicopatológico o psiquiátrico. Es relevante acentuar que *sólo en ocasiones* esto ocurrirá, dado que muchas veces los resultados no tendrán correspondencia con los cuadros descritos en la literatura, por lo mismo, las clasificaciones diagnósticas deberán ser utilizadas con suma cautela.

Es a partir de la declaración universal de los derechos del niño que cambia el modo de ver la realidad infantil; se abandona la visión de los niños como sujetos en espera de convertirse en adultos y se reconoce que la infancia cuenta con características propias y en constante cambio y se admite al niño como sujeto de derecho.

Desde este momento una serie de condiciones deben estar garantizadas para los niños y el Estado será el responsable de proveerlas en caso de que los padres, por dificultades psicológicas, sociales o económicas no fueran capaces de entregárselas.

Es entonces cuando comienza más francamente un fuerte auge y desarrollo de disciplinas formales que se encargan de las temáticas de la infancia y surgen espacios de trabajo relacionados con el bienestar de los niños.

Ellos niños y niñas, comienzan a ser objeto de atención clínica ya que se entiende, al principio de manera intuitiva y luego apoyado por la acumulación de evidencia científica, que la detección e intervención temprana en la infancia favorece una mejor salud mental en la edad adulta, y con esto adultos más productivos, que generen un menor gasto en salud para los gobiernos ya que se evita la cronicidad a la que tienden aquellos cuadros que no son tratados oportunamente.

Determinar una conducta como psicopatológica en la infancia es distinto a realizar la misma clasificación en la edad adulta. Esta afirmación podrá parecer evidente, sin embargo cabe reflexionar acerca de ella, a saber: existen dos condiciones básicas de la infancia que marcan las particularidades de esta clasificación por una parte se considera *la naturaleza dependiente* del niño de sus adultos significativos y de su red socioafectiva más próxima, en este sentido su

salud mental dependerá en alguna medida de la salud mental de los adultos que le rodean, del nivel de tolerancia que estos adultos tengan frente a las conductas desadaptativas y de la capacidad de estas personas para detectar a tiempo cuando una conducta del niño puede ser objeto de atención y de mayor cuidado.

La segunda condición propia del niño y que afecta a su estatus psicopatológico es la *naturaleza de constante cambio y desarrollo* propio de la niñez. Es así como una conducta que puede ser catalogada como normal en una etapa del desarrollo puede volverse un serio indicador de patología en otra etapa; aquí cobra relevancia nuevamente el conocimiento y manejo que tenga el psicólogo de las pautas de desarrollo normal.

8.1. Sistemas clasificatorios de la conducta psicopatológica en la niñez

Estos sistemas clasificatorios reflejan un esfuerzo por sistematizar en base a, la observación de la recurrencia de ciertas conductas, la asignación de estas a un cierto cuadro o trastorno. Se basa en criterios estadísticos y por lo tanto, como todo esfuerzo por encasillar la complejidad de la conducta humana en un puñado de indicadores observables muchas veces el evaluador se encontrará ante el escenario de que aquello que evaluó y observó en el niño no encuentra cabida en este diagnóstico que se denominará *descriptivo*. Es por esto que el evaluador deberá ayudarse además de un diagnóstico *dinámico* que sí cuenta con la amplitud necesaria para dar cuenta acerca de cómo el niño vive su mundo interno y cómo estas vivencias se reflejan en el afuera con otras personas y con la realidad.

Otra limitación de estos sistemas clasificatorios consiste en que, siguiendo el sentido de su creación, pone el acento en la conducta desadaptada, «enferma» y no logra dar cuenta de los recursos cognitivos, emocionales y sociales con los que cuentan *todos* los niños inclusive los más «enfermos».

Como psicólogos dedicados a la recuperación o rehabilitación se deberá realizar *siempre* un esfuerzo consciente por visualizar y

trabajar con los recursos del niño y a partir de ahí, ir reparando aquellos aspectos del sí mismo más dañados.

Por lo tanto es importante puntualizar que se recomienda utilizar las clasificaciones diagnósticas sólo en aquellos casos en los que facilite la comunicación en un contexto de profesionales de la salud, ya que es en ese ámbito en el que entregarlo podría contribuir a dar información en un lenguaje comprensible entre profesionales. Dar a conocer estas categorías a padres y o profesores sin una debida explicación, sin poner el acento en las potencialidades y recursos podría significar un estigma para el niño que lo acompañará para siempre, entorpeciendo su desarrollo en vez de impulsarlo, cual es el objetivo final del psicoterapeuta que trabaja con niños.

Respecto específicamente a los sistemas clasificatorios, es importante mencionar que éstos son relativamente recientes; en 1966 surge la primera clasificación diagnóstica exclusiva para los niños, impulsada por el G.A.P. (Grupo de Avance en Psiquiatría). Sin embargo, en la actualidad y en nuestro contexto las clasificaciones más utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ésta muestra 6 ejes diagnósticos entre los que se cuentan:

- Eje 1: síndromes psiquiátricos clínicos.
- Eje 2: trastornos específicos del desarrollo.
- Eje 3: nivel intelectual.
- Eje 4: condiciones médicas.
- Eje 5: situaciones psicosociales.
- Eje 6: evaluación global de la discapacidad.

Por otro lado está la Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) que utiliza un sistema multiaxial de 5 ejes en que el eje primero especifica el cuadro clínico, el segundo se refiere al retraso mental y a los trastornos de personalidad, el tercero describe la eventual presencia de patología física agregada, el cuarto señala la presencia de agentes estresores psicosociales y el quinto describe el máximo de funcionamiento adaptativo del niño en el ltimo año.

9. Integración de los resultados de la evaluación

Consideraciones Generales

En la consulta privada se puede tomar 4 ó 5 sesiones para la fase diagnóstica, no así en consultorios donde las exigencias son atender un mayor número de personas; allí la fase diagnóstica se puede abreviar a 3 sesiones.

Es importante detenerse aquí, puesto que el diagnóstico es esencial para planificar el tratamiento. Es recomendable tomar el tiempo necesario para lograr la comprensión del problema y llegar a formular una hipótesis diagnóstica, definiendo el foco a trabajar en el proceso de la psicoterapia.

Una vez finalizada la aplicación de instrumentos y las entrevistas del proceso de psicodiagnóstico, el psicólogo se debe a la tarea de reunir la información recolectada durante este período y relacionarla con el motivo de consulta que plantearon los padres y el niño en la primera entrevista. Para esto deberá corregir cada uno de los instrumentos por separado, y revisar cada entrevista realizada buscando las recurrencias de información, es decir, aquellos aspectos que se repiten en la dinámica y el contenido dado por el niño en cada prueba. Además se analizan a la luz de la psicología del desarrollo y se clasifican las conductas del niño toda vez que sea pertinente hacerlo.

Realizado lo anterior, se debe relacionar los resultados con el motivo de consulta de modo de poder llegar a configurar una imagen coherente acerca del funcionamiento del niño y de su modo de ver la realidad. Aquí es donde se integrarán los aspectos del desarrollo del niño, la psicopatología y la perspectiva teórica que maneje el evaluador para entender lo que le pasa al niño. Todo lo cual permite llegar a plantear una hipótesis diagnóstica.

Desde la postura psicoanalítica los psicólogos trabajan con una hipótesis psicodinámica acerca del funcionamiento del paciente. Según Braier (1984) ésta se definiría como, un esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, un intento de comprensión global de sus recursos y de su psicopatología que tiende a incluir todas las perturbaciones del sujeto que nos sean conocidas y que se construye

a través de los datos de las primeras entrevistas y del proceso psicodiagnóstico.

Esta hipótesis es la que permite focalizar, planificar la terapia, plantear objetivos y metas y ver qué información se dará en la entrevista de devolución. Además de lo anterior se evalúan las condiciones vitales del paciente que permite conocer la potencia y plasticidad del yo como:

- Funciones vitales básicas: percepción, atención, memoria, pensamiento.
- Regulación de la autoestima.
- Relaciones objetales: se evalúan en cuanto a su calidad, intensidad y a sus aspectos manifiestos y latentes.
- Capacidad de control de impulsos.
- Tipo de ansiedad predominante.
- Tolerancia a la ansiedad y a la frustración
- Mecanismos defensivos: tipo, nivel evolutivo al que corresponde, grado de elasticidad y compromiso de la personalidad al ocupar esos mecanismos y los peligros fantaseados que están a la base de su utilización
- Función de síntesis del Yo: relacionada con la capacidad de esta instancia psíquica para integrar y dar respuesta eficaz a los impulsos del ello, las demandas del superyó y la realidad.

Este diagnóstico es al que se denominará dinámico e incluirá: la hipótesis de funcionamiento psicodinámico y la evaluación de las funciones del Yo.

10. Entrevista de devolución

Una vez que han finalizado las sesiones de evaluación, es importante realizar la entrevista de devolución de información, la que consiste en transmitir los resultados del proceso de psicodiagnóstico con un lenguaje ya sea verbal, gráfico o lúdico que sea apropiado tanto para el niño como para los padres, que les facilite comprender lo expuesto.

El objetivo principal de esta entrevista es entregar la información obtenida a lo largo del proceso de evaluación, que permita dar respuesta lo más completa e integral posible al pedido de ayuda inicial tanto de los padres como del niño.

También a través de esta entrevista es posible ir contrastando los elementos de la devolución con la apreciación de los padres y del niño respecto de los mismos. Esto se podrá ir observando tanto en las expresiones verbales que surjan como en las reacciones no verbales que se registren, todo lo cual revelará la capacidad de insight de los padres y del niño y sus resistencias al proceso de evaluación.

No hay que perder de vista, que en ocasiones, en esta instancia puede aparecer nueva información. Sin embargo, si el psicólogo ha realizado el proceso de evaluación a conciencia y tiene formación suficiente para llevarlo a cabo eficazmente, esta nueva información podría venir a esclarecer o a aportar elementos complementarios a lo ya encontrado, difícilmente modificará de manera radical los hallazgos anteriores.

Respecto a la importancia de hacer esta entrevista existen varias razones que avalan su realización: por una parte parece lógico que si los padres y el niño llegan para entender qué ocurre, se les deba dar respuesta y ayudarlos a comprender de la manera más integral posible el desarrollo actual del niño.

Por otra parte, si el niño se ha entregado al proceso de evaluación, proyectando partes de sí en el mismo, la entrevista de devolución se constituye simbólicamente una instancia en la que el niño reincorpora las partes proyectadas con una nueva comprensión de las mismas y por último, adquirir una comprensión más consciente de lo que le ocurre al niño tanto por parte de él como de sus padres, les permite adoptar un rol más activo, preparándose para emprender el cambio.

Al momento de llevar a cabo esta entrevista es importante considerar que se citará a los padres y al niño en sesiones aparte. La devolución debe hacerse por separado ya que facilita la distinción entre uno y otros, junto con apreciar las expectativas y ansiedades diferentes que pueden presentar, así como la adecuación del lenguaje según las características de los adultos y del niño.

Es básico comenzar por señalar sus recursos intelectuales, afectivos, sus potencialidades u otros, sin dar falsos refuerzos y hablando con la verdad acerca de los datos hallados, para avanzar hacia aquellos aspectos más patológicos o a las dificultades encontradas, entregando las relaciones explicativas cuando esto es posible.

Es importante tomar en cuenta aquellos casos más problemáticos en que el niño se encuentre con ideación o intento de suicidio, como también cuando se percibe la posibilidad del inicio de un brote psicótico; se debe poner en alerta a los padres o cuidadores del niño con el objetivo de que se le provea de pronta atención especializada y se le otorguen medidas de protección a su integridad física.

Es conveniente que todo tratamiento psiquiátrico sea acompañado de psicoterapia. Se recomienda el tratamiento integral para ciertos trastornos: enuresis, fobias, alto grado de ansiedad, síndrome por déficit atencional, depresión, trastornos alimenticios, síntomas maniaco-depresivos, psicosis, entre otros.

El manejo de los medicamentos corresponde al médico pediatra o al psiquiatra y ojalá sean usados como parte de un plan integrado que incluya evaluaciones periódicas y en lo posible con psicoterapia en la mayoría de los casos ya que es más probable que la intervención integral sea más eficaz.

No obstante lo anterior, se deben evitar las rotulaciones clínicas peyorativas que contribuyan a aumentar las preocupaciones del niño y de sus padres. Más beneficioso será el uso de un lenguaje sencillo a base de explicaciones simples, naturales, extendidas en forma descriptiva y gradual, por tanto será necesario apelar a una serie de actitudes de parte del psicólogo en las que impere el buen criterio, la sensibilidad, el tacto y la empatía.

Con el niño, dependiendo de la edad y motivo de consulta, la devolución de información se hará hablando directamente sobre los indicadores encontrados, que le permitan entender lo que le pasa y dar respuesta a su motivo de consulta.

Para niños pequeños hasta 6-7 años puede usarse títeres, construir un cuento con la temática, usar dibujos explicativos, muñecos y juguetes por los cuales haya manifestado mayor interés.

Para niños de más de 7 años y también para adolescentes, se usará de preferencia la conversación en que se pondrán en juego la flexibilidad y creatividad del psicólogo para utilizar un lenguaje lo suficientemente claro y descriptivo de lo que ocurre, apoyándose en esquemas y dibujos explicativos.

La sesión de devolución se concluye con sugerencias para los padres y el niño: recomendando psicoterapia en los casos que sea necesario; si los padres piden información sobre terapeutas se menciona siempre más de un nombre, lo cual les permita evaluar y tomar la decisión más acertada desde el punto de vista de experiencia profesional, horarios, costos, etc.

Derivación a otro profesional no psicólogo, en los casos en que el niño requiera la atención pediátrica, psiquiátrica o psicopedagógica, fonoaudiológica, etc., explicando claramente las razones por las cuales se sugiere la intervención de ese profesional y con qué urgencia.

También se entregarán orientaciones o sugerencias a los padres, éstas serán prácticas, que permitan a ellos sobrellevar de mejor manera el motivo de consulta o la sintomatología que el niño presenta.

A través del diagnóstico se han reconocido algunos temas en los cuales los padres pueden ayudar, el psicólogo puede entregar orientaciones o reforzar las actitudes útiles al desarrollo del niño. Es de fundamental importancia mantener la reserva profesional que se le ofreció al niño y ésta sólo puede ser transgredida con su consentimiento o en situaciones en que él u otras personas estén en riesgo. Además esta reserva no sólo incluirá el contenido de las conversaciones con el niño sino también los trabajos y dibujos realizados.

En la sesión de devolución, si se sospecha la presencia de abuso sexual, conviene averiguar si los padres lo habían detectado. En algunos casos, es recomendable mantener esta duda hasta obtener mayores antecedentes que permita su confirmación, para luego, con bases ciertas, resolver con los padres acerca de la denuncia a la justicia, y planificar el tratamiento preciso. En el comienzo de la carrera de psicoterapeuta se sugiere solicitar supervisión a profesionales con más experiencia en el trabajo terapéutico a niños con abuso sexual.

11. Elaboración de Informes

Al término del proceso de psicodiagnóstico es necesario, que se deba redactar un informe con el fin de responder a la petición formulada por los padres o por algún profesional; de hecho corresponde hacerlo al final de un trabajo de análisis, síntesis e integración de todo el material obtenido por el psicólogo, considerando todos los datos acumulados a lo largo de la evaluación solicitada.

Será imprescindible, por otra parte, la inclusión de datos nuevos que se recojan durante la entrevista de devolución, lo que ilustrará mejor el caso. Además como norma general el informe debe ser algo más que la simple repetición del material obtenido, evitando así la acumulación excesiva de detalles que puedan desviar la atención de los interesados.

El contenido del informe está sujeto fundamentalmente al motivo de consulta, a los aspectos psicológicos evaluados, a las necesidades por las cuales el niño fue enviado al psicólogo y quién será el receptor de tal informe.

La presentación del mismo deberá ser clara, concisa y de fácil comprensión. Esto se logrará mediante la utilización de un lenguaje exento de tecnicismos, a fin de asegurar su comprensión por las personas que lo lean, pues aun tratándose de profesionales puede ser que no posean el conocimiento específico que se expone en el documento. Por último se evitará la ambigüedad de los términos empleados que puedan dar lugar a interpretaciones equívocas.

El examinador debe poner especial énfasis en la información que servirá de apoyo al profesional que solicitó el informe, hecho que facilitará la disposición de la ayuda que necesita el niño.

Cuando se trata de colaborar en la tarea que ejercen los profesores, será conveniente incluir en el informe algunas recomendaciones especiales que permitan al docente orientar sus actitudes y acciones con respecto a sus alumnos que precisen atención psicológica específica. Al mismo tiempo en estos casos se debe tener cuidado de no incluir información que revelen intimidades del niño que no atañen al aspecto académico.

Se adjunta una pauta para la realización de informes psicológicos.

Capítulo III

Psicoterapia de niños

1. Introducción a la psicoterapia de niños

¿Qué es psicoterapia?

Es el arte de curar mediante la palabra y artesanía, es el uso de las técnicas adecuadas para extraer la belleza de una materia prima, en este caso sería sacar a la luz la belleza y la armonía del alma. El proceso de psicoterapia tiene mucho de artesanía.

La psicoterapia es un trabajo de dos personas (referido a la atención individual) cuyo objetivo es lograr el bienestar psíquico y espiritual de la persona que consulta y al obtener ésta esos logros también alcanzará a quienes lo rodean. Esto en base al supuesto que todo cambio favorable en uno de los miembros de la familia tendrá repercusiones positivas en los otros componentes del grupo familiar y más extensamente en su grupo social donde esté participando.

También, la psicoterapia puede definirse como un conjunto de técnicas destinadas a lograr cambios en una persona que lo solicita, a través de una relación profesional con determinadas características, que permite el desarrollo de las potencialidades del niño, pero también favorece el desarrollo personal del psicoterapeuta, al promover la revisión permanente de sus emociones y confrontarlo con experiencias pasadas y nuevas que le presentan las personas que atiende.

Eysenck define operacionalmente la psicoterapia:

- Es una relación interpersonal prolongada entre dos o más personas.
- Uno de los participantes ha tenido una formación especial en las técnicas acerca de las relaciones humanas.
- El otro participante entra a esta relación solicitando ayuda.
- Los métodos a usar son de naturaleza psicológica.
- El proceder del terapeuta se basa en una teoría formal que pretende explicar la conducta del consultante.
- El proceso tiene como objetivo la mejoría o disminución de las dificultades que llevaron a la persona a consultar.

El para qué se hace, esto es, su finalidad.

Los objetivos de la psicoterapia del niño podrían ser:

- Mejorar, restablecer la salud mental y por lo tanto la salud física. (Todo está interrelacionado).
- Lograr mejor calidad de vida del niño y de quienes lo rodean. (Los cambios asumidos por el niño promoverán cambios en su medio).
- Favorecer el desarrollo de sus capacidades y recursos personales. (Todo niño trae potencialidades que pueden ser ampliadas).

El cómo se hace, es decir, su metodología.

Se define la psicoterapia como un proceso, no basta una o dos sesiones de consulta. Es necesario conocer a la persona, su entorno, su historia de vida, sus pensamientos y sus acciones actuales, mediante la entrevista clínica, el uso de instrumentos psicológicos tales como: tests, cuestionarios, escritos personales, etc.

A su vez, la persona conocerá más de sí mismo, lo cual le permitirá desempeñarse mejor y ser más completa y ojalá feliz.

Una vez logrado un cierto conocimiento global de la persona, niño o adolescente se indicará o no la psicoterapia y cuál sería la modalidad más adecuada en ese momento, de acuerdo a sus características y necesidades.

Con qué se hace: los conocimientos y las técnicas a usar.

En todo proceso conviene tener una guía, una orientación hacia donde dirigir la acción, por lo tanto es necesario tener conocimientos básicos: conocer la psicología evolutiva en sus diferentes etapas, saber

de psicología normal, de psicopatología y de psiquiatría infantil, además, manejar teorías y técnicas de psicoterapia.

Es decir, tener los conocimientos suficientes para lograr un referente teórico acerca de quién es la persona que está adelante, tener una visión del ser humano, cómo se concibe la persona y su vida, manejar algunas herramientas que permitan interactuar con la persona y devolver a ella una comprensión de sí misma que le haga sentido, que no sea extraña para que la pueda aceptar y hacer suya.

2. Formación del psicoterapeuta

El psicoterapeuta comienza a formarse en los estudios de pregrado, en el momento que elige estudiar la carrera de Psicología y en el caso de los médicos, cuando hacen la elección de especialidad de Psiquiatría. Generalmente se elige el área clínica pensando en ayudar a otros, reconociendo que existe un factor emocional preponderante en las enfermedades llamadas físicas y mentales. También hay un elemento, a veces desconocido que les hace buscar a través de ayudar a otros, la solución a sus propios problemas.

Es muy importante conocer las motivaciones que llevan a elegir la actividad psicoterapéutica y es imprescindible recurrir a una psicoterapia personal para conocerse y también para saber como se siente ser «paciente». Este conocimiento enriquece su capacidad de ponerse en el lugar de las personas que atiende, sabiendo que no es fácil hablar de aspectos que se sienten indeseables, agresivos o culpables en sus acciones o en sus pensamientos.

En la actualidad hay muchas otras alternativas de formación a través de los cursos de postítulo en las diversas corrientes teóricas que permiten a los profesionales jóvenes adquirir mayores conocimientos y desarrollo de habilidades para su desempeño profesional en mejores condiciones.

Durante su formación de psicoterapeuta es necesario desarrollar habilidades específicas para la atención de cada grupo etario: niños, adolescentes o adultos y también en determinadas situaciones: maltrato, duelos, abuso sexual, accidentes, catástrofes, etc. En-

tre las habilidades relevantes del terapeuta, a desarrollar para la atención de niños se señala:

- Disponer de motivación e interés especial para el trabajo con niños. Ponerse en su lugar y su circunstancia, y a la vez conservar la capacidad de retirarse para tener una visión más clara y «objetiva» de lo que le sucede al niño.
- Escuchar, acoger y actuar con límites protectores en el espacio terapéutico y mostrar facilidad para adecuarse al lenguaje según edad, nivel emocional e intelectual del niño.
- Devolver a través de la actitud y de las palabras una explicación comprensible, que le permita al niño tranquilizarse y poder expresarse en las sesiones de trabajo.
- Tener interés por incluir a los padres en el tratamiento y valorar la presencia de éstos por ser las figuras de afecto más importantes y permanentes para el niño.
- Tolerar las emociones del niño y de sus padres, comprendiendo sus cambios y tener la flexibilidad para modificar las actitudes propias y asumir con tranquilidad y paciencia los éxitos y los fracasos del proceso o de una sesión en particular.
- Usar un marco teórico de comprensión del desarrollo evolutivo del niño y poseer un buen nivel de conocimientos y manejo del enfoque psicoterapéutico elegido.
- Reflexionar sobre las facilidades y dificultades que han encontrado en la intervención clínica con niños y reconocer la necesidad de supervisar sus casos, no sólo cuando se presentan dificultades.

Otros aspectos muy relevantes tienen relación con los aspectos éticos que rigen el quehacer psicoterapéutico:

- Ser consciente de los conflictos de valores que puedan provocar algunas personas y evaluar si puede atenderlas o de lo contrario derivarlas a otro profesional.
- Ofrecer un buen desempeño, resguardando el secreto profesional y respetando los valores propios del niño y de su familia.
- Estar atento al uso o abuso del poder de ser el psicoterapeuta.

- Demostrar capacidad e interés por integrarse con otros profesionales en la atención del niño, valorando el trabajo en equipo y estar motivado para recibir e incluir en el trabajo las sugerencias de supervisores y de otros profesionales.

Si bien los principios que deben regir el quehacer del psicólogo se encuentran descritos detalladamente en el código de ética del Colegio de Psicólogos, existen algunos elementos que será importante recalcar en el trabajo con niños. Es así como Koocher, 1976 identifica cuatro aspectos a considerar:

- Derecho a que se le diga la verdad.
- Derecho a ser tratado como persona.
- Derecho a que se le tome en serio.
- Derecho a participar en la toma de decisiones respecto de su proceso.

Como un primer paso en la formación de psicoterapeutas es muy importante la observación de niños en diferentes situaciones cotidianas: en su hogar, en la escuela, en la calle, en paseos, en tiendas; con familiares o con personas alejadas de él. Esto es una manera de recordar las propias experiencias infantiles que ya están muy olvidadas, lo que permite ponerse en el lugar del niño, reconociendo qué y cómo siente.

Gran parte de la sensación de ser niños se ha reprimido, estas vivencias se recuperan en alguna medida a través de la psicoterapia personal y el compartir con niños, sean éstos sus hijos o no.

En ocasiones el terapeuta tiende a confundir su relación con los padres, porque algunos aspectos de la situación conflictiva del niño le recuerdan y le remueven sentimientos y emociones que no ha resuelto con sus propios padres. (Es conveniente conocer la contratransferencia y no actuarla).

La mayoría de las líneas teóricas coinciden en reconocer la importancia que esas vivencias tuvieron en la etapa de la niñez, como influyen esas experiencias en la vida adulta, y cómo están presentes en las vivencias del psicoterapeuta.

3. Antecedentes de la psicoterapia de niños

Freud en 1905 es el primer psicoanalista que intentó la psicoterapia en niños. Su trabajo se describe en «Historia de la fobia de un niño de cinco años» más conocido como el «Caso de Juanito», con una modalidad especial en la cual él guiaba al padre del niño, dando por supuesto que éste aceptaría mejor la intervención de su padre que la de una persona desconocida.

El material así obtenido le sirvió para confirmar algunas de sus hipótesis acerca del desarrollo sexual infantil, en especial en relación al complejo de Edipo, fantasías de castración y afirmar que los niños tendrían sus propias teorías sobre el tema.

Otros analistas como Jung, Adler, Abraham, también presentan algunos casos de análisis en el sentido de comprender al niño y luego aplicar estos conocimientos en la educación.

En 1921 la Dra. Hug-Helmuth, utiliza el psicoanálisis como terapia en base al dibujo y publica su obra *Estudios sobre el psicoanálisis de niños*. Ella expresa que el análisis de adultos y el análisis de niños tienen en común la recuperación de la salud mental, el restablecimiento psíquico perdido a causa de impresiones conocidas y también desconocidas por la persona. Su método muestra las herramientas técnicas que se usan en el análisis infantil, esto es tener un marco teórico de guía, reconocer la transferencia positiva y negativa, interpretar las resistencias y tener paciencia para explicar a los padres las dificultades que puedan aparecer en el tratamiento.

Anna Freud (1927), en *Psicoanálisis de niños*, pone énfasis en la potencialidad del niño para alcanzar la salud por sí solo, por lo tanto sus aportes van en la línea de los aspectos educativos y preventivos detectando los factores patógenos antes que éstos dañen la salud. Ella plantea la presencia de una vida instintiva pautada, qué habría conflictos esperables en cada una de las etapas de vida del niño, y qué existiría un progresivo crecimiento predeterminado desde el estado de inmadurez al de madurez. La tendencia a la normalidad sería tan fuerte y natural que ayudaría a superar las experiencias patológicas que hayan afectado al niño.

Esta autora da gran importancia al diagnóstico para la detec-

ción precoz del riesgo de enfermar. Usa el concepto de neurosis infantil como una eventualidad del desarrollo y retoma el Complejo de Edipo como núcleo estructurante de las neurosis.

Ella califica algunos fenómenos intermedios entre salud y enfermedad, como reacciones neuróticas, retrasos, fallas, trabas, fracasos, detenciones en el proceso de desarrollo, inhibiciones, regresiones normales y regresiones patológicas severas.

En relación a la clínica, favorece una etapa previa al tratamiento, en la cual se pretende lograr la alianza terapéutica y reafirmar la transferencia positiva. En un segundo momento, pretende cuidar al yo y lograr que las defensas sean más sanas. Recomienda que la regresión no sea profunda y que pueda llegar a desorganizar al yo.

El proceso analítico lo basa en un contrato de trabajo, dirigido por el psicoterapeuta. Ella sostiene que el niño olvida los propósitos a largo plazo dejándose llevar por la satisfacción inmediata. El objetivo final del trabajo terapéutico sería lograr la adaptación que el niño y su ambiente se darían mutuamente.

En 1932 Melanie Klein compila una serie de artículos en los que había trabajado e introduce en ellos un nuevo elemento técnico: el juego, considerado en la psicoterapia del niño como instrumento equivalente a la asociación libre del adulto. Reconoce en el juego un instrumento valioso para elaborar la angustia y obtener placer simbolizando su mundo interno a través de la personificación. El jugar en la sesión es como el contar los sueños en la psicoterapia del adulto, es la vía regia de acceso al inconsciente.

Ella trabaja directamente con la fantasía inconsciente. Su alianza terapéutica es conocer y elaborar la culpa inconsciente y la angustia que esto provoca al niño. Se propone aliviar la culpa mediante la interpretación. El elemento básico del proceso analítico es la transferencia, la que entiende como un hecho inmediato aun en niños pequeños. La herramienta por excelencia es el uso de la interpretación cuanto antes, lo cual permite resolver las resistencias y hacer la referencia permanente a las situaciones vividas con la madre y el padre, tanto situaciones positivas como negativas.

En Francia el movimiento psicoanalítico también se ve interrumpido por la Segunda Guerra Mundial y se puede mencionar a

la psiquiatra y psicoanalista Jenny Aubry, quien en 1948 se interesó en la prevención de las psicosis infantiles y en las experiencias acerca de las ideas de René Spitz sobre el hospitalismo y de la escuela inglesa, sobre todo las ideas de John Bowlby acerca de las relaciones tempranas de los niños. En 1953 publicó un libro de creación colectiva en que relataba las experiencias del uso del psicoanálisis en el tratamiento de las psicosis infantiles por el equipo del hospital Bichat, en París. Luego extiende su acción a las escuelas maternales (jardines infantiles) para la prevención precoz de las discapacidades. También crea el primer consultorio de psicoanálisis en un hospital.

Con todas estas actividades intentaba demostrar el origen psíquico de las carencias afectivas de los niños abandonados o perturbados por la internación en instituciones y la posibilidad del uso de herramientas derivadas del psicoanálisis para su tratamiento. En sus últimos años se dedicó a formar pediatras con una visión que integraba los aspectos psicológicos en las enfermedades infantiles.

El gran movimiento del psicoanálisis de niños en América Latina proviene de la Escuela Argentina iniciada por Arminda Aberastury, quien sigue la línea de M. Klein y que además hizo importantes aportes en los aspectos tanto teóricos como técnicos. Postula que el principio básico en este enfoque es el uso del juego con el mismo valor que tiene la asociación libre en el psicoanálisis del adulto.

Esta destacada psicoanalista argentina nace en Buenos Aires en 1910. Estudió pedagogía y cuando aún era muy joven contrae nupcias con Pichón Riviére; ambos, junto a otros destacados teóricos argentinos fundarán la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

Aberastury fue la primera en traducir la obra de Melanie Klein. Mantuvo correspondencia con ella y la visitaba en Londres para supervisar y discutir materiales clínicos y teóricos; desde esta perspectiva se le considera la introductora de la teoría kleiniana a Argentina (Blinder, C.; Knobel, J. & Siquier, M., 2004).

Sin embargo, esta psicoanalista desarrolla sus propias teorías sobre el psicoanálisis infantil y sobre la metapsicología infantil. Entre sus aportes más relevantes se señalan: postular la existencia de una fase genital previa durante el primer año de vida, crear el test de

diagnóstico para niños (consistente en el juego de construir casas), formar grupos de orientación para padres, pediatras y odontopediatras, dar importancia a las primeras entrevistas y formular el concepto de fantasía de enfermedad y de curación. Ella además otorgó un valor primordial al lenguaje, independientemente de la edad de los niños. Planteaba que sólo las palabras pueden hacer consciente lo inconsciente y esa es la meta perseguida con las interpretaciones que se realizan durante el análisis.

A pesar de su prolífera labor, Arminda Aberastury deja su obra inconclusa al suicidarse en Buenos Aires a la edad de 62 años, sin embargo, son muchos los discípulos y colaboradores que han intentado continuar con sus trabajos reeditándose y publicándose de manera póstuma una buena parte de sus aportes tanto a la teoría como a la técnica (Blinder, C., Knobel, J. y Siquier, M. 2004) (Firpo, S. y cols. 2000).

Se ha destacado aquí los aportes de A. Aberastury debido a la gran influencia que tuvo en la formación de los psicoanalistas chilenos en la terapia de niños.

En Chile los primeros estudios en psicoanálisis para niños surgen en un grupo de trabajo dirigido por la Dra. Erika Bondiek de Guzmán en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile en el período 1949-1960, presentando varios trabajos clínicos en la Sociedad Psicoanalítica. Estos trabajos son los que se indican: Ximena Artaza (1959), «Manifestaciones del conflicto oral en el análisis de una niña de dos años y medio de edad», Ruth Riesenberberg (1959), «Apreciación del significado de un síntoma: enuresis en el análisis de un caso en período de latencia y Erika Guzmán (1960), «Psicoanálisis de una niña de tres años de edad» (Pualan y Gomberoff, 1994).

Luego están las Dras. Luciana Bon y Eva Reichenstein quienes trabajaron en psicoterapia de niños y más tarde también supervisaban a otras profesionales. Más adelante, en 1962 surge mayor interés en la atención psicoterapéutica a niños y adolescentes, y comienza a funcionar un grupo de trabajo en el Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna, siendo jefe de Servicio el Dr. Guillermo Altamirano. Aquí se recuerda a las Dras. Mónica Bruzonne, Eliana

Corona e Iselde Armijo, a las psicólogas Teresa Corcuera y Julia Cortés, entre otras, siendo en ese momento candidatas al Instituto de Psicoanálisis.

En una mirada retrospectiva, se puede apreciar que se ha avanzado extraordinariamente en la psicoterapia infantil en Chile, probablemente por la formación de los psicólogos en las variadas técnicas psicoterapéuticas no sólo el psicoanálisis, en las distintas universidades y también en los cursos de postgrado para médicos y psicólogos.

Se reconoce la técnica de juego como la herramienta principal de trabajo, se incluye además el dibujo, trabajos creativos con plastilina, greda, papel, cartón, recortes, (todo lo que el niño realice o cree a través de su trabajo manual), expresiones de movimientos, verbales, ruidos imitativos, canciones, poemas, imagerías, etc.

El hecho de dibujar es mucho más complejo que el simple intento de una representación visual. En el niño que crece hay un desarrollo continuo de la interrelación de los distintos sistemas sensoriales y se ha determinado que el aumento en la precisión del juicio intersensorial continúa hasta los 11 años de edad.

Es posible considerar el desarrollo artístico del niño como un proceso de organización del pensamiento y de representación del medio en forma tal que permita comprender su desarrollo mental. Para el niño, el arte es principalmente un medio de expresión a través del dibujo y actividades manuales: no hay dos niños que se expresen de la misma forma, incluso el niño difiere de sí mismo en los distintos momentos y a medida que va creciendo. El ser humano es un ser dinámico, en permanente cambio.

Si los niños se desarrollaran sin ninguna interferencia del mundo exterior, no sería necesario proveerle algún estímulo especial para su trabajo creativo. Si no hubiese inhibición en el niño, expresaría sus deseos, sus sentimientos, sus pensamientos y reacciones con seguridad frente al medio. Es importante estimular en el niño la expresión de sus propias experiencias: tocar, mirar, oír, oler y saborear implican una participación activa.

Sin embargo, se vive en una época en la cual hay poco tiempo para usar los cinco sentidos, desde pequeños se les enseña a hacer lo que hace toda la gente, sin tomar en cuenta los deseos y tiempos

distintos en el crecimiento, las exigencias de adaptación son cada vez más precoces. (Como ejemplo, el ingreso al Jardín Infantil en base a pruebas de selección).

La educación actual contribuye a la pérdida de identidad al premiar el buen rendimiento, las respuestas correctas, la memorización de información, pero se valora poco el desarrollo de un mayor conocimiento y una mejor comprensión de sus propios procesos emocionales e intelectuales.

También se ha perdido la capacidad de identificarse, de comprometerse con lo que se hace, por ejemplo, el trabajo mecanizado en que se elabora sólo una parte del producto y la obra total no representa lo que el niño o la persona quiere expresar. Aunque a nadie le hace feliz transformarse en un mero (cédula de identidad, tarjetas de compras, cuentas, etc.) todo está convertido en una cifra más en las bases de datos y cada vez hay menos tiempo de compartir con los hijos y con la pareja.

La relación terapéutica reemplaza, en alguna medida, ese espacio que el niño no ha encontrado en su hogar o en la escuela a través de una acogida empática y cálida.

Al tener en cuenta las diferencias psicológicas entre niños y adultos, se observa que en los niños el inconsciente está muy cercano a los aspectos conscientes, las tendencias más primitivas junto a los desarrollos más complejos, como es el superyo.

Al conocer su expresión no verbal, su juego y sus dibujos, se llegará más rápido a las representaciones directas del inconsciente del niño, mientras que en el adulto sólo conoceremos las fantasías inconscientes después de muchas horas de sesiones. Sirva de ejemplo el trabajo psicoterapéutico con una mujer adulta con tres meses de sesiones y la primera sesión de juego de una niña de 9 años, para llegar a reconocer su apego excesivo al padre y sus celos y rivalidad con la madre.

Es necesario que el terapeuta de niños conozca y comprenda el significado profundo del lenguaje no verbal, pues sirve a los fines de diagnóstico y de tratamiento. Muchas veces el lenguaje no verbal es decisivo al mostrar aspectos que el niño no puede expresar abiertamente.

En respuesta al lenguaje no verbal del niño, el terapeuta responde con palabras y aunque se piense que el niño no entenderá, es conveniente usarlas siempre en forma directa, clara y veraz. (Dolto, 1990). De todos modos, se tendrá en cuenta la edad y capacidad del niño para entender nuestro lenguaje, pero no usando términos técnicos ni tampoco emplear un lenguaje de niños chicos, que lo rebaja e infantiliza.

Existen algunas posiciones teóricas básicas respecto al significado del juego en la psicoterapia de niños. En *Más allá del principio del placer*, Freud plantea el célebre ejemplo del juego del carretel para explicar el juego como el medio a través del cual el niño intenta procesar la experiencia de separación, el niño está viviendo una experiencia dolorosa de pérdida y él intenta controlar la situación mediante el acto de alejar y acercar de sí el carrete. Este juego lo vemos en otras acciones tales como el que la madre se esconda tras la sábana, apareciendo y desapareciendo, en el tirar los juguetes al suelo y pedir se los pasen continuamente, riendo y haciendo ruidos de alegría cuando la madre se los alcanza.

En *El poeta y los sueños diurnos*, plantea el juego como antecesor de la fantasía, fuente de la creatividad y que además sería la expresión de una situación traumática subyacente.

Melanie Klein (1955) expresa que a través del juego se produce una descarga de fantasías masturbatorias, una proyección de las fantasías inconscientes y una personificación de las imágenes del mundo interno en los juguetes o en los personajes del juego, mediante las identificaciones proyectivas.

Para Winnicott (1971) el juego es en sí mismo terapéutico, tiene un tiempo y un lugar que es el espacio potencial entre la madre y su bebé. El juego sería una experiencia creadora siempre, es una forma básica de vida. Él postula la posibilidad innata de evolución y el niño debe ser sostenido por una identificación creativa con su madre y así tendrá garantía de su desarrollo evolutivo; de ahí la importancia de la presencia y compañía de la madre en las primeras etapas de vida del niño. Si esto no ocurre, el psicoterapeuta sería un reemplazante de esta figura materna acogedora que le permitiría crecer y crear libremente a través del juego y de la imaginación.

Para Erikson (1950), el juego sería la expresión de una función del yo, un intento de sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo, pues permite ejercitar sus movimientos, entrenar el dominio de su cuerpo, sintiendo satisfacción y placer. Al tirar lejos los juguetes también puede manifestar su agresión a la madre o figura cercana, sin dañarla, pues lo hace en forma simbólica. El romper el juguete también le permite experimentar que su agresión no es tan dañina, puesto que su madre está íntegra y sólo es el juguete que representaba a ella el que está dañado y éste incluso puede ser arreglado y se asegura que su madre tampoco lo agredirá a él.

En el grupo psicoanalítico argentino estos enfoques se consideran complementarios: el juego expresaría la situación traumática subyacente, las fantasías de masturbación, la repetición para elaborar, las funciones del yo y los mecanismos defensivos.

Es importante complementar la revisión del juego desde el punto de vista de la Psicología Evolutiva para obtener un marco de referencia más objetivo. Piaget (1965) describe tres períodos en el desarrollo del juego: el primero es el juego motor-sensorial que abarca los primeros meses hasta los 2 años, el niño ensaya y va adquiriendo control sobre sus movimientos. El juego consiste en movimientos corporales variados y a la vez repetitivos, le causa placer lograr ciertas habilidades motoras así como experimentar con el tacto, la vista y el oído.

En el segundo período, que abarca de los 2 a los 6 años, el niño es capaz de codificar sus experiencias en símbolos, puede recordar imágenes de situaciones y su juego consiste en realizar actividades que representan estas situaciones.

El tercer período se inicia en la edad escolar, donde se incorporan reglas en el juego y se empieza a entender conceptos sociales de cooperación y de competencia. Los juegos están estructurados por reglas objetivas, ahora puede jugar en grupos e incluso formar equipos.

En este período, la naturaleza social del juego le permite aprender e incorporar actividades artísticas a través de la pintura, modelado en greda, música, bailes, y además deportes.

El lenguaje ofrece niveles de organización con los cuales también puede jugar: cantar, recitar, decir trabalenguas y adivinanzas.

Una autora señera en psicoterapia de niños fue la psicoanalista francesa Françoise Dolto quien postula el reconocimiento del niño como «persona» desde su más temprana infancia y da al lenguaje la mayor importancia, estando presente desde el estado fetal como una función simbólica. El lenguaje del cuerpo en esos primeros momentos permite a la madre y también al padre escuchar y comprender lo que el niño siente.

Ella propuso hablar siempre a los niños, aunque estos no tuvieran todavía el lenguaje hablado, propuso que le dijeran todo lo relacionado con su deseo de concebirlo, las circunstancias que rodearon su nacimiento, explicar algunas situaciones familiares, muertes de seres significativos para los padres, cambios de ciudades o de país y que le dijeran la verdad desde el comienzo. Ella considera que lo peor para un ser humano es lo que permanece sin sentido, lo que no se dice.

En general, para la mayoría de los terapeutas psicoanalíticos una señal clara del avance o del logro de los objetivos del tratamiento es que el niño hable, pregunte, cuente su historia en las sesiones y converse en su ambiente cotidiano.

Ella, al igual que los analistas seguidores de las teorías de Lacan presenta una teoría del síntoma y de la enfermedad infantil, no como una situación individual sino como «la denuncia de un malestar colectivo», el sujeto se construye en el otro y su corte o separación lo deja ligado para siempre a una estructura significativa, por lo tanto las representaciones paternas que preceden al niño lo designan desde antes con un nombre y un lugar en esa familia (aunque sólo haya convivencia temporal).

El síntoma que presente el niño es el portavoz de los «fantasmas» que los padres le adjudicaron a él. El deseo inconsciente de los padres es transmitido a través del lenguaje por lo dicho y lo no dicho de un discurso que se inscribe en el inconsciente del niño produciendo su efecto a nivel de síntoma. Si este síntoma se logra leer y hacerlo claro para el niño, deja de tener ese peso de enfermedad.

También desde el punto de vista de la teoría humanista la psicoterapia de juego tuvo un desarrollo importante a partir del trabajo de Carl Rogers (1951) y de Virginia Axline (1964). Esta autora

busca el comprender las emociones del niño, para de esta forma ayudarlo a desarrollar sus capacidades de la manera más constructiva posible. Ella espera que todos los cambios de importancia surjan del propio niño, por lo tanto no da directivas a los padres y confía en que el niño al cambiar su percepción, también influirá en el cambio de percepción de los padres.

Las técnicas que ella propone usar varían con cada niño, pues para algunos resultan muy bien unas, mientras que para otros niños no lo son. Durante las sesiones ella interviene muy poco, no dirige el juego y pone las reglas claras al comienzo de la psicoterapia tanto al niño como a los padres.

No se puede entender el juego sin conocer y aceptar el concepto de fantasía. Para M. Klein la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y existiría desde el comienzo de la vida. El instinto por naturaleza busca su satisfacción, si no la encuentra, la fantasía será el satisfactor sustitutivo más adecuado para esas necesidades. Por ejemplo: si hay hambre la fantasía será obtener alimento, su calidad podrá variar según la intensidad de la necesidad y de las posibilidades de conseguir ese alimento. A medida que el hambre sea mayor bastará la fantasía de un trozo de pan y un vaso de agua para lograr su satisfacción.

Durante el juego el niño fantasea que maneja un auto, que este auto choca, que puede sacar unas ruedas poderosas o unas alas mecánicas y salir sin daño, como también puede servir en las tacitas té con leche, jugos deliciosos o venenosos, según sea el carácter amoroso o agresivo de sus fantasías.

Los cuentos infantiles creados por adultos generalmente, (lo cual prueba que las fantasías están siempre presentes) sirven para la expresión de esas fantasías que sólo pueden ser mostradas a través de otros personajes ficticios.

También se puede vivir la fantasía como un sustituto de la satisfacción, una *fantasía alucinatoria* de deseos, que compensará por un tiempo la falta de objeto satisfactor.

El yo crea las fantasías para poder aceptar la realidad que experimenta desde el momento del nacimiento con sus frustraciones y satisfacciones. Su contacto con la realidad va modelando a su vez

las siguientes fantasías, si el niño se «siente» satisfecho, confiará con facilidad en que las experiencias serán gratificantes; si «siente» que todo es difícil, se dispone a tener experiencias poco gratas. Es probable que estas reacciones del niño dependan de su predisposición constitucional a tener mayor o menor tolerancia a la frustración.

El concepto de fantasía lo encontramos en Antropología en numerosos ejemplos acerca de comer determinados animales para adquirir sus cualidades o evitar comer otros porque serían nocivos quitando la fuerza o la valentía. Actualmente algunos alimentos tales como chocolates, caramelos, galletas también son fabricados con formas humanas o de animales, permitiendo satisfacer la fantasía de «comer o devorar» con autorización social.

Hay también algunas expresiones cotidianas como «está de comérselo», «me lo comería», «está rico o rica» para referirse de alguien con agrado.

En el aspecto anal y uretral se encuentran manifestaciones de estas fantasías en las palabras obscenas, en chistes, el depositar excrementos u orina en lugares públicos o en lugares en que se comete algún robo, señalando el aspecto agresivo del hecho, como también el uso de la orina o de las heces en «remedios caseros,» reconociendo las propiedades benéficas de estos contenidos del cuerpo.

En los cuentos infantiles se recogen muchas de estas fantasías en diversas expresiones: el temor a ser comido, a través de las figuras de los ogros o de las brujas (Pulgarcito, Hansel y Gretel) a ser perseguidos y dañados por figuras adultas, a veces como representantes de los padres en sus aspectos negativos, tales como las madrastras y padrastros, o separando, disociando las características buenas en un padre y las negativas en el otro. Y las fantasías de poseer poderes especiales para salvarse: la bota de las siete leguas o el gato con botas que cuida a su dueño; o en las series más actuales, el tener armas con mucho poder de dar o quitar la vida.

4. Proceso de psicoterapia

En el proceso de psicoterapia se señalará tres momentos: la fase diagnóstica, el desarrollo y el término del tratamiento.

4.1. Primera entrevista o entrevista de recepción

Aquí conviene hacer un comentario: el niño puede llegar ya con un diagnóstico hecho por otro psicólogo y no es necesario repetir la evaluación. Es importante conocer ese informe diagnóstico y comenzar con una entrevista a los padres para conocer sus expectativas y convenir el contrato terapéutico, explicando en qué consiste la psicoterapia, qué pueden esperar ellos de este proceso y las condiciones en que se realizará.

Con el niño se inicia la entrevista estableciendo la relación terapéutica, explicando el rol del psicólogo, conocer «su» motivo de consulta y que el niño tenga claro porque lo han llevado sus padres, condiciones y horarios de las sesiones.

Lo más importante es ofrecer un espacio de confianza tanto a los padres como al niño en este primer acercamiento. Muchas veces los padres muestran una fuerte ansiedad frente a reconocer que el niño no está bien y que por eso han llegado a la consulta del psicólogo. En ocasiones tienen claro qué es lo que ha perturbado al niño y si ellos no han hecho lo necesario o no han podido evitar el daño sienten mucha culpa.

Aquí lo que interesa es establecer una relación con ellos, de tal manera que puedan recibir la ayuda del profesional; ponerse en su lugar, y explicitarles, cuando corresponda, que han sido capaces de cuidar al niño dentro de sus posibilidades y señalar que todavía es oportuno encontrar soluciones adecuadas para el niño y para ellos como padres.

Es necesario aclararles el rol del psicólogo, distinguirlo del rol médico o de profesor que ayuda. La actitud profesional del psicoterapeuta es hacer que el niño llegue a reconocerse como persona, identificando sus emociones, sentimientos e impulsos que lo llevan a actuar de cierta forma, y conociendo esto pueda mantener su

unidad interior, que le permita hablar en su nombre en cualquier situación. Es decir, reconocer su integridad.

Para Françoise Dolto, el ser humano es biológicamente un mamífero y psíquicamente un ser de filiación, de lenguaje, por lo tanto de adopción. Al principio el niño se construye simbólicamente en su relación con los demás. El lenguaje es el signo que lo diferencia de otros mamíferos.

Las imágenes del padre y de la madre se perpetúan en la psiquis del niño, adaptándose al lenguaje de las diferentes personas que en varios momentos suplen la presencia de los padres. De ahí, que es muy importante conocer las expectativas que éstos tienen acerca de traer al hijo a la consulta y que muchas veces no coinciden con las expectativas del niño.

En la alternativa que los padres consulten por primera vez se sigue los pasos señalados en el proceso de psicodiagnóstico: el objetivo principal de esta primera entrevista es conocer el motivo de consulta y circunstancias que lo rodean, desde cuando se presenta, sus características, posibles explicaciones, establecer relaciones con otros hechos relevantes: alejamiento del padre o de la madre u otras personas significativas para el niño, nacimiento de hermanos, muertes de personas cercanas, cambios repentinos de domicilio, accidentes, situaciones traumáticas, etc.

Es necesario descartar la presencia de sintomatología física consultando si ha tenido exámenes médicos recientes y recomendando hacerlo si hay sospecha de un trastorno orgánico, para tener atención médica oportuna.

Es conveniente, cuando corresponda, solicitar un informe a la educadora de párvulos o a su profesor/a jefe, acerca de cómo se observa al niño en la escuela.

En la primera sesión es importante para crear el vínculo terapéutico y para disminuir su ansiedad, que ellos elijan con qué trabajar, esto les hace sentir que tienen mayor control en este espacio y que su opinión e intereses son considerados. El material obtenido con la técnica elegida por el niño, puede ser entendido en relación a su motivo de consulta latente. (Por qué eligió este y no otros elementos, además del significado de la creación en sí).

En la fase diagnóstica también, de alguna manera, se interviene al considerar las habilidades o preferencias del niño, permitiéndole expresarse a través de esta forma, con lo cual se puede validar y potenciar sus recursos desde el inicio de la consulta. Con esto se reafirma la idea de que este espacio favorece la expresión más libre del niño.

El sistema escolar también permitiría desarrollar la individualidad y potencialidades particulares, y valorar su expresión incluyendo en los programas y métodos de enseñanza actividades de creatividad en diversos aspectos: deportes, pintura, música, danza, folklore, trabajos agrícolas, de actividades solidarias, etc. Sin embargo no todos los niños pueden aprovechar ese espacio como un buen aporte a su desarrollo integral y no siempre la escuela cumple ese papel creativo o reparador.

Los motivos de consulta varían según la edad del niño, siendo más frecuentes en niños pequeños hasta 5-6 años, las dificultades en el desarrollo, los trastornos del sueño, de alimentación, del lenguaje y de ansiedad de separación. En la etapa escolar, lo son el bajo rendimiento, problemas de conducta, inquietud psicomotora, enuresis, encopresis, timidez, impulsividad y conductas agresivas, también el maltrato, violencia intrafamiliar y abuso sexual.

Si se recomienda tratamiento psicológico, se debe contar con la voluntad de los adultos responsables para continuarlo, asistiendo el niño 1 ó 2 veces por semana durante un tiempo que puede fijarse en alrededor de 12 a 16 sesiones aproximadamente. La aceptación se hace más fácil si alguno de los padres ha tenido una experiencia satisfactoria de psicoterapia propia o de alguien cercano y si confía en lo que el psicólogo le ha aclarado al respecto.

Muchos padres no vuelven después de 1 ó 2 sesiones, a pesar de haberse mostrado de acuerdo con el tratamiento. Para un terapeuta con experiencia, este evento es predecible. Debe dejarse la opción abierta para que los padres lo piensen y llamen para iniciar la psicoterapia en un tiempo prudente. Salvo en situaciones de mucho riesgo para el niño, se hace imperioso recomendar el inicio urgente de la psicoterapia (maltrato y/o alteraciones graves).

Conviene señalar a los padres la eficacia del tratamiento como

un factor de prevención de la salud mental del niño y de la familia. Es reconocido que la detección y atención oportuna, mientras más pronto el problema sea atendido los resultados serán mejores, tanto para el niño, como para el entorno familiar.

Es importante comprender lo que dicen los padres al llevar a su hijo: cuánto temen haber fallado como padres, desplazando culpas y rabias sobre él, culparse un padre al otro, no estar de acuerdo en consultar o descalificando al psicoterapeuta. La actitud de comprensión por parte del terapeuta es fundamental para mantener al niño en psicoterapia y que los padres no interrumpan de improviso, ofreciendo vacaciones o viajes en vez del tratamiento, no pagando las sesiones o pensar que ya es suficiente aunque el tratamiento esté en curso.

También debe advertirse a los padres o cuidadores acerca de las dificultades que pueden presentarse durante el proceso, por ejemplo que se acentúen los síntomas, que el niño se niegue en ocasiones a asistir a sesión, que surjan sentimientos hostiles con su medio familiar, que exageren su cercanía con el terapeuta, y que también en la familia surjan emociones ambivalentes con el tratamiento e incluso celos de la relación que el niño establece con el terapeuta.

Se dejará establecido al comienzo, con los padres, que habrá reuniones con el terapeuta tanto si ellos lo solicitan como si el profesional lo estima necesario para conocer el avance del proceso durante el tratamiento. Se les señala que el niño conocerá qué se conversará en esas entrevistas y se les indica la posibilidad de pedir interconsultas con otros profesionales y de preferencia mantener contacto con el pediatra del niño.

Especialmente cabe recordar que en la línea analítica se recomienda no atender familiares ni amigos de los pacientes, salvo si se hace en un enfoque familiar, para evitar situaciones reales de celos o ansiedades persecutorias al atender a varios miembros de una familia. Esto también facilita el trabajo del terapeuta al evitar confundir las informaciones recibidas desde el niño y mantiene la situación terapéutica más definida.

4.2. Fase de tratamiento

4.2.1. *¿Por qué hacer psicoterapia a niños?*

Desde diversos enfoques teóricos se postula que proveer en la temprana infancia las condiciones para un buen desarrollo del niño facilita esperar mejores índices de salud mental posteriormente, pero en la experiencia diaria se ha visto que cada vez es más difícil proporcionar un ambiente facilitador en el cual la madre y el padre puedan dedicarle atención a sus hijos y comprender sus necesidades o pesquisar a tiempo las alteraciones o déficits en su desarrollo. Es conveniente tomarse tiempo para observar y conocer a su hijo, poder separar lo que pertenece a él, de lo que concierne a sus propias experiencias infantiles que no han sido superadas todavía.

Hay algo fundamental que se ha ido perdiendo: el afecto más instintivo, el dar y recibir en el intercambio con el hijo (esto vale tanto para la madre como para el padre), el desear tener hijos, que implica reconocer la presión instintiva, como también las presiones del entorno social, temores e inquietudes, alegrías, risas, satisfacciones y sinsabores.

El psicoterapeuta puede acoger al niño sin condiciones o también sentir ambivalencia en aceptar o no aspectos que le resuenan a él personalmente, de ahí la importante recomendación de que todo terapeuta haya tenido un proceso de psicoterapia personal para reconocer las emociones que son propias y diferenciarlas de las emociones de la persona que atiende. La labor del terapeuta es proveer una experiencia emocional correctora.

La elección de cómo trabajar con el niño depende de la edad y de sus características personales que fueron pesquisadas en la fase diagnóstica, pero como guía sirve saber que las ansiedades con las que él llega a la psicoterapia deben ser tomadas en la primera sesión mostrándole que está asustado, que tal vez no le gusta venir, que no sabe de qué se trata esto del psicólogo.

El niño pequeño muestra su ansiedad moviéndose, habla mucho, tomando uno y otro juguete sin poder hacer un juego con sentido. También puede reaccionar con miedo, no hablar, llorar, querer

salir de la sala, negarse a entrar solo. Los niños mayores de 8 años mostrarán desconfianza preguntando, poniendo en duda que esto le sirva, mostrando que no necesitan venir, que deben asistir sus padres y no ellos.

Melanie Klein reconoce estas señales como transferencia negativa y aconseja mostrar de inmediato y sistemáticamente este tipo de transferencia, para tener una buena alianza con el niño, dado que no es fácil establecer el vínculo si se deja fuera los sentimientos negativos. Es importante estar alerta a la contratransferencia a los pacientes; cuáles son las emociones y vivencias que evoca la comunicación del niño.

El terapeuta puede llevar a esta relación los problemas a n no resueltos con sus propios padres, tomando actitudes de hijo resentido, agresivo o sumiso, culpable, y la alianza terapéutica con el niño se vea teñida por sus emociones, rechazando a los padres, criticándoles o quizás haciendo una alianza inconsciente con ellos en perjuicio de la objetividad esperable para la atención del niño. De ahí la importancia de haber tenido su propia psicoterapia, para conocer sus emociones en relación con sus padres y que esto no interfiera en su trabajo.

El terapeuta no debe atender, como ya se señaló, a otros familiares: hermanos, primos o amigos del niño ni a sus padres, salvo que se decida por una intervención familiar. En tal caso, cambia el enfoque y el objeto de la psicoterapia es la familia y el niño deja de ser el paciente individualizado como el problema. En general el niño que acude a psicoterapia es porque se siente carente de atención, de afectos y espera que este sea el espacio para él solo, en que pueda confiar en la persona que lo atiende, de otro modo surgirán los celos fraternos o con sus padres o pueda sentirse postergado.

El terapeuta de niños debe conocer los variados juegos que ellos practican, los personajes de los cuentos y de las series o películas que ven. El hecho que el niño se identifique o desplace sentimientos en alguno de esos personajes permite al terapeuta ampliar el rango de sus conocimientos acerca de las emociones no manifestadas más directamente en las sesiones.

Para la indicación de tratamiento, aparte de tener en cuenta la

edad, motivo de consulta e interés de los padres, conviene relacionar el contexto familiar y social, por lo tanto, además de la psicoterapia individual o grupos terapéuticos para niños, se puede recomendar la terapia familiar, talleres acerca de temas específicos para los niños y talleres de orientación para los padres.

Si se reconoce que la problemática corresponde a los padres, se indica terapia de pareja. Con niños más pequeños se puede realizar psicoterapia vincular (la madre o quien lo cuida, junto con el niño).

A medida que avanza el tratamiento, el ambiente familiar puede reaccionar en forma ambivalente, es decir, estar contento con los progresos, pero también sentirse complicado con la aceptación de las actitudes nuevas del niño. Esto lleva a algunos padres a interrumpir la psicoterapia o a criticar tanto al niño como al terapeuta, lo cual dificulta el proceso terapéutico.

Conviene estar alerta a estos cambios y poder trabajarlos en la relación con el niño, tomando esto como un hecho esperable frente a situaciones nuevas para el grupo familiar y que ponen en riesgo su equilibrio inestable.

4.2.2. Consulta, material de juego

Como se ha dicho anteriormente el niño transfiere a la situación de psicoterapia sus experiencias anteriores, por lo tanto el ofrecer un espacio nuevo para él, donde pueda depositar sus sentimientos y emociones con la seguridad de no ser enjuiciado ni rechazado es el primer paso para establecer una relación de confianza con el terapeuta.

Es importante señalar claramente el encuadre en que se trabajará: «Aquí puedes hablar, jugar, dibujar, cantar, etc., dentro de esta sala, ir al baño cuando lo necesites. No permitiré que te golpees o me pegues a mí. Los juguetes son para que tú los uses aquí».

Esto favorece que el niño sepa qué podrá y qué no podrá hacer en la sala de juegos. También es importante recordarle que todo lo que diga o haga aquí está resguardado por la reserva profesional entre él y el terapeuta. Conviene, como se dijo anteriormente, no

usar con el niño la palabra «secreto», dado que en casos de abuso se le ha pedido guardar «el secreto» por la persona abusadora.

La sala de atención debe ser amplia, pero no demasiado grande, un lugar tranquilo, con buena aislación acústica, exenta de peligros tales como ventanales o balcones, enchufes eléctricos o llaves de gas, objetos de vidrio, mesa con aristas. Debe tener buena luz y ventilación, que las paredes y el piso puedan ser lavables. El mobiliario debe ser sencillo, una mesa, algunas sillas resistentes y también fáciles de limpiar.

Cuando se trabaja con niños muy pequeños es conveniente tener una mesa y sillas acordes al tamaño del niño, cojines para sentarse en el suelo y una colchoneta para que el niño se tienda si lo necesita. También es necesario evitar juguetes que puedan ser tragados o que al chuparlos pierdan la pintura y ésta sea ingerida.

Es ideal tener un cuarto de baño anexo en que también se pueda jugar (El agua y los servicios higiénicos son elementos bastante usados en el juego de los niños).

Los materiales son juguetes tales como: muñecos que representen a los padres, niños, bebés, abuelos y algún personaje con características de diablo, bruja, mago, hadas, que permitan al niño representar personas extrañas o aspectos de maldad y de bondad. No se hace diferencia entre juguetes para niños y niñas.

También habrá figuras de animales de granja y de animales de selva, rejas que servirán de cercos o de escaleras, algunos autos y camiones de diferente tamaño y color, trocitos de madera, (pueden ser cubos o legos) que servirán para construir casas, fuertes, puentes, trenes, etc. Uno o dos aviones o helicópteros, juego de herramientas, un juego de médico o de enfermera, un juego de tacitas, platos, ollas, también elementos de peluquería, espejito. Se puede agregar algún juego de acuerdo al motivo de consulta o a petición del niño.

Es necesario tener material para dibujar: papel, lápices de colores, papeles de color, revistas para recortar, una tijera de punta roma, (importante que el material de juego no implique peligro de accidente para el niño o para el terapeuta, no se permite usar fuego), témpera para pintar con los dedos o con pincel, un paño o papel para limpiar, plasticina, greda, etc.

En el juego terapéutico es conveniente que el material sea de uso individual y guardado en una caja o en un canasto que pueda mantenerse cerrado, éste representaría el yo del niño y sus contenidos, que irá trabajando en las sesiones. Si el niño rompe algún material, se guardará en su caja y no será repuesto sino cuando se haya explicitado en el trabajo terapéutico el sentido que tuvo para romperlo.

Si el niño quiere llevar algo a la casa, es necesario impedirlo, explicando que todos los juguetes deben quedar allí para trabajar junto al terapeuta; sólo se permitirá llevarlo si se comprende el sentido terapéutico que tendrá para él y en situaciones muy especiales. Si trae un material o un juguete de su casa se le permitirá dejarlo en la caja interpretando el significado de esta decisión.

En ocasiones el niño no quiere mantener los juguetes rotos en su caja, se guarda este material en una bolsita plástica que se le dejará en la mesa junto a su caja en cada reunión. Sólo se repondrá el juguete por uno nuevo si es imposible arreglarlo, se le explicará esta situación y se verá la relación que tenga con el proceso de tratamiento.

Un índice de avance del tratamiento es cómo el niño trata de limpiar o arreglar sus juguetes rotos. Todo esto permite que él se dé cuenta que el terapeuta acepta sus impulsos destructivos y pueda integrarlos en una acción reparatoria.

También la sala de juego forma parte de su intento de arreglar. Sirva de ejemplo la niña que limpia las murallas que había ensuciado, o desea ordenar las sillas o el niño que quiere colgar su dibujo como forma de adornar la pared.

En relación a la permanencia de los dibujos o materiales elaborados por un niño y estén expuestos en las horas de sesión de otros niños no es conveniente, por la posibilidad que sea destruido por celos. Los dibujos serán guardados en su carpeta personal y si desea pegar su dibujo en la pared será durante su sesión y luego será guardado y él debe saberlo.

El horario se le explicará al niño aunque éste sea muy pequeño; se le avisará de las vacaciones para observar sus reacciones al momento de la separación. Lo mismo se hará para señalar el término

de cada sesión avisando 5 minutos antes para que guarde su material él mismo. Habrá niños que persisten en seguir jugando, se les puede dejar algunos minutos, señalando el sentido que tiene para él prolongar su hora. Si este significado no está claro en ese momento, se deja para mostrárselo en la sesión siguiente.

El número de sesiones será 1 ó 2 por semana, con una duración de 45 minutos y con un número total de sesiones cercanas a las 12. (Se evalúa si es necesario prolongar algunas sesiones más). El niño puede ocupar toda su sesión o hacer una salida de la sala, pero siempre acompañado del terapeuta, salvo cuando va al baño y lo pueda hacer solo. Tratándose de niños más pequeños se le pide a la madre o a quien lo trae, que lo acompañe.

En el ejercicio profesional es importante que los servicios prestados sean remunerados adecuadamente según el valor asignado. En la consulta privada los aranceles son más altos que los percibidos en el trabajo en instituciones públicas, pero para el niño es conveniente saber que sus padres pagan por esta atención, lo cual nos permite ver cómo lo toma, si lo vive con culpa de hacer gastar o como una muestra de cuidado de parte de sus padres.

En relación al terapeuta, conviene resaltar que debe trabajar en las mejores condiciones personales, si no está bien física o psicológicamente, es preferible cancelar la sesión, avisando a los padres. Durante las sesiones no habrá interrupciones por llamados telefónicos ni el terapeuta dejará solo al niño en la consulta.

4.3. Desarrollo del tratamiento

4.3.1. *¿Cómo se hace la psicoterapia?*

Como se ha dicho anteriormente, es fundamental poseer en primer lugar, una formación sólida en teorías del desarrollo del niño, que permita un conocimiento aproximado acerca de quien solicita la atención, distinguir cuales son las conductas esperables a cada nivel etario y cuáles son las que constituyen patología.

En segundo lugar, obtener mediante la fase diagnóstica una

visión clara de las expectativas y demandas de los padres y del niño, aunque éstas no coincidan. Esto sirve de guía para la *formulación de los objetivos de la psicoterapia*.

Trabajando en el enfoque de psicoterapia breve o de objetivos limitados, se formula un *foco de trabajo* en relación al motivo de consulta y a la *hipótesis diagnóstica* resultante de la evaluación realizada. Reconocido el *conflicto nuclear* y el *contexto* que rodea al niño se formulan los objetivos del tratamiento.

Es importante también tener una visión amplia acerca del *pronóstico* y las posibilidades de curación. Se puede comenzar con el niño a n en condiciones adversas, pero al tener un buen manejo de las herramientas psicoterapéuticas y establecer un vínculo de confianza se puede esperar excelentes avances.

Una vez aceptada la proposición de tratamiento, se establece una situación de psicoterapia que es distinta a cualquier otra situación de la vida real del niño; las sesiones se hacen usando, como ya se ha dicho, el juego, el trabajo con materiales de escritorio, dibujos, modelado en plastilina o en greda, como formas de comunicación, además de la palabra, si el niño ya habla.

Aquí conviene dar a conocer al niño como será el trabajo terapéutico: podrá jugar a lo que desee, podrá dibujar, conversar, etc., pero no podrá golpear al terapeuta ni dañarse a sí mismo, ni romper objetos de la sala. Los juguetes son para su uso personal dentro de la sala de atención.

En ocasiones el niño relata un sueño y se puede tomar ese material, se le pide que también lo dibuje, si fuera posible; en todo caso se trabaja al igual que las otras expresiones, con asociaciones al sueño y se le mostrará alguna relación con los contenidos que se están elaborando en las sesiones.

Cuando el niño es muy tímido y no juega, el terapeuta puede empezar a mover los juguetes e invitarlo a que lo siga en su juego, manteniendo siempre una actitud de espera a que el niño reaccione y quiera jugar por sí solo. También está, en el otro extremo, el niño muy activo que quiere jugar a todo, usar todo el material a la vez y no desea terminar la sesión, en tal caso, es necesario explicitar de nuevo los límites de ésta.

Si el niño es muy pequeño y necesita entrar acompañado, se pide al adulto que participe lo menos posible y deje que demuestre su actividad, ya que el terapeuta está a su cargo. Otra modalidad es observar la relación que se establece entre la madre y el niño. Hacer tratamiento desde los primeros meses es un resguardo para la salud mental tanto del niño como de la madre y a n más de la familia, dado que muchas veces el niño aparece como el depositario de la sintomatología del grupo familiar.

En ocasiones el niño trae una revista o un juguete de la sala de espera, se incluye su análisis en la sesión, lo mismo si trae un dibujo o juego desde su casa. Ese objeto cumple a veces el rol de objeto acompañante o también como una parte de identificación del niño. Cuando el niño haya resuelto el motivo por el cual necesita llevar este objeto acompañante, lo dejará por sí solo.

El terapeuta debe tener la disposición, paciencia, respeto y consideración por el niño, pero también estableciendo las limitaciones necesarias para conducir la psicoterapia en el marco de realidad y que el niño se responsabilice de su participación en el trabajo terapéutico. Esto conviene hacerlo desde la primera reunión.

La labor del terapeuta es mostrar al niño los aspectos inconscientes de estas expresiones y devolverlos en palabras. Él puede aceptar o no lo que dice el terapeuta, puede mostrar cambios en la actitud, cambios de matices en el juego, incluyendo más personajes o dramatizando. También puede hacer modificaciones en sus dibujos, usando otros colores, dejando de usar el color negro, sus trazos serán más suaves, mostrando cambios en su actitud corporal o hablando de otros temas que antes no había mencionado y podrá agregar otros datos sobre lo que dice el terapeuta, haciendo que la comunicación sea más fluida.

El terapeuta intervendrá a través de «interrogar, informar, confirmar o rectificar, clarificar, recapitular, señalar, sugerir, indicar, encuadrar la tarea, hacer meta-intervenciones, etc.» (Fiorini, 2002).

Se reserva el concepto de interpretación en términos analíticos sólo cuando se señala el significado inconsciente que se «descubre» en las expresiones del niño. Esto le permite darse cuenta o reconocer situaciones ante las cuales siente diversas emociones: culpa, rabia,

amor, ambivalencia entre rabia y amor, pena, deseos de destruir, deseos de arreglar. Al reconocer estas emociones podrá manejarlas en mejor forma y expresarlas en el momento y lugar adecuados.

A través del proceso, cuando se interpreta se puede observar que el juego se amplía o cambia, muestra otras facetas. Si esto no ocurre significa que la interpretación no llegó al núcleo del conflicto y que no resuelve las ansiedades mostradas en el juego. Significa que el terapeuta no ha alcanzado a comprender la expresión inconsciente del niño.

El terapeuta debe estar alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y que le son «devueltos», de tal manera que el niño obtiene insight, es decir toma conciencia, se da cuenta de su mundo interior. También el terapeuta puede quedarse en silencio o intervenir con monosílabos, en tono de pregunta o de afirmación, lo esencial es comprender lo que el niño quiere y puede comunicar, sin llevarlo en una dirección determinada.

Para lograr que se establezca el vínculo terapéutico, las sesiones deben ser constantes (al menos una vez a la semana), que los padres se comprometan llevando al niño y planteando sus inquietudes al terapeuta. Para la teoría kleiniana, el objetivo final del tratamiento es alcanzar a vivir la posición depresiva, es decir que el yo funcione organizadamente, distinga a las personas como totalidades, sobre las que proyecta emociones ambivalentes y logre integrar sus emociones: lo bueno y lo no tan bueno, pero que predominen los impulsos amorosos sobre los impulsos agresivos (Segall, 1968).

En palabras sencillas, que el niño sea capaz de reconocer en los otros y en sí mismo sus emociones, que en algún momento son agresivas y a veces son amorosas, pero que al momento de establecer contacto con las personas llegue a ser más amoroso que agresivo, tanto con los otros como consigo mismo.

En ese mismo sentido, que su superyo sea más benigno y no rígido y castigador por tener esos impulsos «negativos». Todo lo dicho aquí es válido para los niños y adolescentes en los cuales sus impulsos no sean tan destructivos. Mención aparte merecen las personas con rasgos psicopáticos, para quienes es más difícil elaborar el paso de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva, pues

predominan en ellos los impulsos agresivos y sus mecanismos de defensa frecuentes son la disociación y la proyección, no habiendo logrado la integración de sus aspectos buenos y malos y sin asumir la culpa de haber dañado a sus objetos buenos.

Los avances en el proceso del tratamiento se pueden distinguir a través de varias formas, por ejemplo, que el yo pueda mostrar una mayor organización en las percepciones de la realidad que le ha tocado vivir, ser capaz de captar las dificultades y bondades de su medio familiar, social, y responder a ello sin perder la integridad del yo, a pesar de las dificultades del medio.

Todo ello se puede observar en el juego: si el niño juega de manera desorganizada, sin una historia, en que sólo nombra los juguetes, si dibuja con pocos elementos y sin unión entre ellos o si estos dibujos no son acordes al desarrollo esperado para su edad y si habla poco o no lo hace.

A medida que avanza el tratamiento, el niño va demostrando sus capacidades, juega creando historias, toma los juguetes y dramatiza; sus dibujos son más completos, usa los colores o cambia los colores oscuros por otros más claros, habla y mira directamente al terapeuta cuando conversa, etc.

De este modo, sus impulsos siguen apareciendo, pero de forma más moderada y poco a poco más constructiva, por ejemplo si al comienzo del tratamiento sentía rabia si no le resultaba un dibujo, rompía hojas tras hojas o rayaba su dibujo, ahora puede borrar y comenzar de nuevo. Si antes sacaba bruscamente un brazo o la cabeza a un muñeco, ahora lo puede verbalizar «le sacaría el brazo,» o «le cortarían la cabeza»... hasta que llegará el momento en que quiera cuidarlo para que eso no suceda y también podrá reconocer que esos impulsos se refieren a sus deseos de agresión hacia sus padres o hermanos, a quienes también ama y quiere cuidar.

La función del superyo aparece aquí menos castigadora, pero pone límites a los impulsos, protegiendo de ese modo también al yo del niño que no es arrasado por los impulsos destructivos, que le provocan más angustia.

En resumen, la psicoterapia pretende ayudar al desarrollo del niño, fortaleciendo al yo, como mediador entre los impulsos del

ello y el superyo, reconociendo cuáles son y cómo se expresan éstos, permitiendo que se manifiesten en forma moderada y que el superyo cumpla sus funciones de protección y también de poner los límites para evitar el daño a sí mismo o a otros.

Klein en su obra *Psicoanálisis de niños* (1932) señala los siguientes aspectos técnicos a ser considerados en el desarrollo de un tratamiento de orientación psicoanalítica: una interpretación adecuada, saber qué interpretar y hacerlo en el momento oportuno, una permanente resolución de las resistencias, referencia constante a las situaciones vividas con la madre o el padre, tanto positivas como negativas y cuales son los sentimientos asociados a ellas. Esto permite mantener una correcta situación analítica. Durante el tratamiento pueden emerger puntos de urgencia que es preciso trabajar por la necesidad del niño, sin perder de vista cómo éstos se relacionan con el foco de trabajo.

En algunos momentos el terapeuta necesitará adoptar un rol en cierto sentido educativo en temas de sexualidad, en los diferentes niveles de edad y puede apoyarse en material visual. Además explicará a los padres la conveniencia de adoptar un rol más activo en este tema, dando lugar a conversar y responder inquietudes de su hijo.

Un desafío importante que plantea la psicoterapia de niños es el encuentro que se produce entre dos mundos: el adulto, que provee el terapeuta y el infantil aportado por el niño. Ambas miradas presentan diferencias que deberán superarse con el objetivo de conseguir un encuentro genuino, constructivo y cálido que será finalmente sobre lo que se construirá la psicoterapia.

Una de estas diferencias se observa en relación al lenguaje adulto con respecto al lenguaje infantil. Habitualmente, los adultos tienen un desarrollo más acabado del mismo, utilizan gran cantidad de abstracciones y conceptos complejos que distan bastante de cómo el niño se comunica, quien por su parte, se expresa en gran medida, a través de registros no verbales y simbólicos.

Debido a lo anterior, los niños serán más sensibles a las expresiones no verbales y simbólicas del terapeuta, percibiendo en ocasiones, en el tono de la voz o en la expresión facial el estado emocional, la aceptación o el rechazo del terapeuta hacia el niño. He aquí uno

de los primeros desafíos propuestos, el encuentro con el niño exige autenticidad de parte del adulto.

Otro elemento importante de tener en consideración es la evaluación que los niños hacen del espacio, (quien no recuerda que la escuela de su niñez era un edificio alto y grande que incluso causaba miedo, y que al visitarla de adulto no corresponde a la visión de sus recuerdos), y del tiempo apreciando que el tiempo es muy largo entre un suceso y otro. Se considera que en las diferentes edades la percepción del tiempo varía, y menor será la tolerancia a la espera o a la ausencia, por esto se deberá ser cuidadoso con los atrasos o inasistencias al momento de atender al niño.

Por otro lado, el espacio en que desarrolla la psicoterapia no es indiferente para el niño, representando su mundo interno en los juguetes, trabajos y objetos como elementos del sí mismo; en este sentido, cualquier alteración o eliminación de estas representaciones, tiene su repercusión en el aparato psíquico del niño, con el consecuente resentimiento emocional por el cambio imprevisto.

Por lo anterior, es posible concluir que el trabajo con niños requiere de una mayor capacidad empática, ya que no se trata sólo de ponerse en el lugar de otro, sino además de «otro» que mira el mundo desde un paradigma distinto al del adulto, el enfoque infantil. Una oportunidad importante para desarrollar esta capacidad tiene que ver con la práctica, la experiencia, el poder acercarse al mundo infantil, observar a niños de distintas edades realizando variadas actividades, conversar con ellos, escucharlos activamente, ver programación infantil, leer literatura para niños, en fin todo aquello que nos contacte con la mirada infantil.

Artificialmente se puede dividir el proceso de psicoterapia infantil en tres fases, pero no se debe perder de vista que el número de sesiones que se requieran para ir transitando por cada una de ellas dependerá de las características del niño.

4.3.2. Primera Fase: Formación del vínculo

Habitualmente está constituido por las cuatro primeras sesiones de psicoterapia, durante este periodo se pondrá especial énfasis en crear un clima de confianza, aceptación y autenticidad que le permita al niño ir derribando sus defensas y al terapeuta «llegar» al niño. Las intervenciones, en general, se caracterizan por ser más «superficiales», es decir no se recomienda realizar interpretaciones ya que estas podrían resultar amenazantes si no hemos conseguido fortalecer el vínculo previamente.

Se trabajará en mostrarle al niño algunas emociones predominantes y se realizarán actividades que permitan una autoexploración libre.

4.3.3. Segunda Fase: De insight o reparatoria

Incluye las sesiones siguientes, es decir, alrededor de la quinta a la décima sesión. Durante este periodo se realiza un trabajo más arduo y profundo sobre la base de un vínculo bien formado y fortalecido, se construyen las interpretaciones que permitirán dar salida al material «inconsciente», es por esto que la intervención por excelencia en este proceso será la interpretación.

Habitualmente este es un periodo muy intenso en donde podrían darse reacciones transferenciales y contratransferenciales, a las cuales será importante estar atento sobre todo ante las reacciones negativas que podrían dañar el vínculo con el niño. Una de las situaciones que puede surgir en las sesiones es que el niño, debido a la intensidad de sus conflictos, pueda permanecer en silencio (no es frecuente en niños, sí en adolescentes).

Aquí cabe esperar, mostrando una actitud acogedora y si el silencio está acompañado de mucha angustia, señalar a través de una intervención verbal o siguiendo el juego que traía el niño, una salida a esa ansiedad. Lo fundamental es que el terapeuta entienda ese silencio como una pausa, debida a la ansiedad presente en ese momento. No se le debe forzar a hablar o a seguir jugando.

El objetivo central de esta fase será propiciar el darse cuenta de aquellos aspectos del sí mismo que, si bien permanecen temporalmente fuera de la conciencia, influyen en como el niño se adapta a la realidad y qué tan satisfecho o feliz se siente con su vida.

Los elementos que se trabajan en esta fase estarán determinados por el foco que ha sido propuesto y el conflicto nuclear que se ha explorado y descrito en la fase diagnóstica.

4.3.4. Tercera Fase: Término del tratamiento

¿Cómo reconocer en qué momento dar término al tratamiento?

Es importante elaborar el final de tratamiento porque es el término de un vínculo afectivo del niño con el terapeuta, y cualquier separación de una persona significativa provoca un sentimiento de pérdida. Si el niño ha logrado incorporar una relación «buena» y ha alcanzado a tener confianza en la permanencia de esta relación, aunque no esté presente la persona, podrá separarse con menos dolor y con confianza en sus propios recursos.

Experimentará pena y rabia por perder su psicoterapia, pero al recordar los momentos gratos vividos en las sesiones, se permitirá «perdonar» que su terapeuta se aleje y lo mantendrá como imagen interna protectora y acompañante, aún en ausencia. Esto es elaborar la posición depresiva: sólo se hace «duelo» si se siente dolor por alguien amado o apreciado al momento de perderlo.

En situaciones en las cuales la psicoterapia se interrumpe sin llegar a este final, es probable que el niño se quede con la sensación de un nuevo abandono, sumado a otros anteriores y lo viva con rabia y pena, pero sin una imagen interna que lo proteja y lo cuide de sus impulsos agresivos. De ahí que sea importante cerrar los tratamientos en el momento en que el niño pueda vivenciar el «duelo».

El terapeuta toma conocimiento de si hay avances en el tratamiento y se propone revisar de acuerdo con el niño si se han cumplido los objetivos propuestos en las primeras sesiones. Para dar un término al tratamiento se conversa con el niño recordando desde el

momento en que llegó por primera vez a la consulta y se van revisando los dibujos que han sido guardados en una carpeta individual. Conviene preguntar al niño si le ha servido venir a la terapia y en qué se da cuenta que así ha sido.

Es esperable que surjan ansiedades por el término, el cual equivale a una nueva separación. Se conversará sobre estas ansiedades y se le mostrará si está preparado para seguir solo, teniendo ahora mayor confianza en sus propios recursos para estar en mejor relación con sus padres, con sus compañeros y amigos, con su medio real y cotidiano.

El niño también es capaz de reconocer si ya puede dejar de asistir y estará contento de hacerlo, porque ya no tiene las dificultades por las cuales consultó. Él mismo va perdiendo el interés por el juego habitual e intenta probar nuevos juegos, tratando de recuperar sus significados emocionales. A la vez, ha ampliado sus relaciones con sus pares y familiares, por lo tanto puede expresar fuera de sesiones una mayor amplitud de emociones. Se fijará un número de 3 a 4 sesiones para trabajar el término.

Dado que se trata de psicoterapia breve, y no de psicoanálisis, se permite la entrega por parte del terapeuta de una tarjeta de saludo o de un dibujo como regalo de despedida, generalmente es un dibujo realizado durante las sesiones. Puede recibir del niño también un regalo simbólico. Se le indica que si en algún momento él necesita volver, sus padres pueden llamar y ahí el terapeuta estará disponible.

Además de estas sesiones con el niño, se realiza una sesión con los padres o la persona a su cargo y se le informa del término de la psicoterapia. Se les solicita información acerca de cómo ven ellos el avance de la terapia, del logro de los objetivos que se habían planteado en conjunto y conocer su opinión respecto de la oportunidad de terminar o no el tratamiento en ese momento.

También el terapeuta les informa acerca de cómo él evalúa el trabajo realizado. Si hay acuerdo en la conveniencia de poner término al proceso terapéutico se les ofrece algunas sugerencias en su relación con el niño y en algunos casos se les pide hacer una consulta de seguimiento después de 3 ó de 6 meses, según sea necesario.

Capítulo IV

Palabras finales

Para finalizar se puntualizan algunos aspectos:

En el ejercicio profesional no basta tener una buena formación teórica, es imprescindible alcanzar la práctica y ojalá con supervisión de algún psicólogo con mayor experiencia durante el primer año y después cuando el psicoterapeuta novel se encuentre «entramado» en la atención de niños.

El trabajo del psicólogo o del psiquiatra que atiende niños exige un alto grado de interés, de compromiso y características personales especiales para introducirse en el mundo interno y mágico del niño.

Al realizar un buen psicodiagnóstico ya se está interviniendo y eso es terapéutico, de ahí la responsabilidad del profesional en realizar su tarea en forma eficiente.

En Psicología Infantil se reconoce la importancia que el niño sea acogido amorosamente por la madre y el padre o por alguien que lo cuide por un periodo estable, en su primera infancia. En alguna medida el terapeuta provee esa figura por un tiempo y con una calidad emocional dedicada a reparar lo que el niño no tuvo o fue percibido negativamente por él.

En la comprensión de la psicología infantil actual es necesario integrar los conceptos de formación del apego temprano, la capacidad de resiliencia y el desarrollo normal esperado para cada edad, además de los aportes psicoanalíticos, principalmente la idea de inconsciente.

Quizás todas estas teorías o partes de ellas sean superadas por nuevas visiones del desarrollo infantil y de la formación de la personalidad; los aportes desde la física cuántica y cómo se están integrando estos conocimientos para explicar la salud y la enfermedad puedan ampliar la visión de la psicoterapia del niño.

Invitamos a buscar nuevos caminos en la comprensión y tratamiento de los niños y el mundo que les rodea.

Bibliografía

Bibliografía

- Aberastury, A. (1984). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Paidós: Buenos Aires.
- Axline, V. (1994). *Terapia de juego*. Diana: México D.F.
- Axline, V. (1995). *Dibs, en busca del yo*. Diana: México D.F.
- Bellak, L., Bellak, S. (1993). *Manual Test de Apercepción temática para niños con figuras de animales*. Paidós: Buenos Aires.
- Bellak, L., Bellak, S. (1989). *Manual Test de Apercepción temática para niños con figuras humanas*. Paidós: Buenos Aires.
- Bellak, L., Bellak, S. (1995). *Manual Test de Apercepción temática para niños con figuras de animales (suplementario)*. Paidós: Buenos Aires.
- Bender L. (1988) *Test gestáltico visomotor, usos y aplicaciones clínicas*. Paidós: México, D.F.
- Berdicewski, O., Milicic, N. (2002). *Manual de la prueba de funciones básicas*. Universitaria: Santiago de Chile.
- Blinder, C., Knobel J., Siquier L. (2004). *Clínica psicoanalítica con niños*. Paidós: Buenos Aires.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Paidós: Buenos Aires.
- Braier, A. (1984). *Psicoterapia breve de orientación analítica*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Campo, A.J., Ribera, C. (1989). *El juego, los niños y el diagnóstico*. Paidós: Buenos Aires.
- Celener, G. (2000). *El cuestionario desiderativo*. Lugar: Buenos Aires.
- Corman, L. (1967). *Test del dibujo de la familia*. Kapeluz: Buenos Aires.
- Cornejo, L. (1996). *Manual de terapia infantil gestáltica*. Cuatro Vientos: Santiago de Chile.
- Cortés, J., Hernández, P. (2006). «Instrumentos de evaluación psicológica en adolescentes», en *Psiquiatría del adolescente*, compilación

- Mario Valdivia y Ma. Isabel Condeza, Ed. Mediterráneo, Santiago de Chile.
- Delval, J. (1996). *El desarrollo humano*. Siglo veintiuno: Madrid
- Dolto, F. (1990). *Los niños y su derecho a la verdad*. Atlántida: Buenos Aires.
- Dolto, F., Nasio, J. (1992). *El niño del espejo, el trabajo psicoterapéutico*. Gedisa: Barcelona.
- Dolto, Françoise (2003). *¿Niños agresivos o niños agredidos?* Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Echeverría, M., Herrera, M., Segure, T. (2002). *Manual test de vocabulario en imágenes*. Universidad de Concepción: Concepción, Chile.
- Elkisch, D. (1978). «Expresión artística libre», en Rabin y Haworth, *Técnicas proyectivas para niños*. Paidós: Buenos Aires.
- Erikson, E. (1980). *Infancia y sociedad*. Hormé: Buenos Aires.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado (edición revisada y ampliada)*. Paidós: Buenos Aires.
- Esquivel, F. (1994). *Psicodiagnóstico Clínico del niño*. Manual Moderno: México.
- Exner, J.E. (1996). *Manual de interpretación del Rorschach*. Psimática: Madrid.
- Filho, L. (1978). *Test ABC*. Paidós: Buenos Aires.
- Fiorini, H. (2002). *Teoría y Técnica de psicoterapia*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Font, L. (1978). *Test de la familia*. Oikos-tau: Barcelona,
- Freud, A. (1986). *Los mecanismos de defensa del yo*. Paidós: Buenos Aires.
- Freud, S. (1920). *Análisis de la fobia de un niño de 5 años*. Obras Completas. Biblioteca Nueva: Madrid.
- Freud, S. (1920). *Etiología de las Neurosis y Psicosis*. Obras Completas. Biblioteca Nueva: Madrid.
- Furth, G. (1998). *El secreto mundo de los dibujos: sanar a través del arte*. Océano: Barcelona
- García, M. (2003). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Haeussler, I. (1985). *Manual Test de desarrollo psicomotor*. Universitaria: Santiago de Chile.
- Grassano de Piccolo, E. (1977). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Grinberg, R. (1977). Consideraciones sobre la técnica en análisis de

- niños, en *Prácticas psicoanalíticas comparadas en niños y adolescentes*. Paidós: Buenos Aires.
- Hammer, E. (1992). *Test proyectivos gráficos*. Paidós, Barcelona.
- Harris, D. (1992). *Test de Goodenough*. Paidós: Buenos Aires.
- Klein, M. (1981). *El psicoanálisis de niños*. Hormé: Buenos Aires.
- Klein, M. (1986). *Análisis de un niño* Paidós: Buenos Aires.
- Koppitz, E. (1981). *Test gestáltico visomotor de Bender*. Ed. Oikos-tau, Barcelona.
- Koppitz, E. (1995). *Dibujo de la Figura Infantil*. Ed. Guadalupe: Buenos Aires.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., Alvarez, C. (1996). *Resiliencia, construyendo en la adversidad*. Ceanim: Santiago de Chile.
- Lowenfeld, V. (1985) *Desarrollo de la capacidad creadora*, Kapeluz: Buenos Aires.
- Luquet, G. H., (1967). *El dibujo infantil*. Médica y Técnica: Barcelona.
- Milicic, N., Schmidt, S. (2003). *Manual de la prueba de precálculo*. Universitaria: Santiago de Chile.
- Segal, H. (1981). *Contribuciones a la teoría de Melanie Klein*. Paidós: Buenos Aires.
- Siquier de Ocampo, M., García, M., Grassano, E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso de psicodiagnóstico*. Nueva visión: Buenos Aires.
- Oaklander, V. (1996). *Ventana a nuestros niños*. Cuatro Vientos: Santiago.
- Papalia, D., Wendkos, S. (1997). *Desarrollo Humano: Con aportaciones para Iberoamérica*. Mc Graw Hill: México.
- Piaget, J. (1965). *La construcción de lo real en el niño*. Proteo: Buenos Aires.
- Porot, M. (1969). *La familia y el niño*. Miracle: Buenos Aires.
- Portuondo, J. (1997). *Figura humana test proyectivo de Karen Machover*. Biblioteca Nueva: Buenos Aires.
- Pualan, L. y M. Gomberoff (1994). *Psicología de niños y adolescentes en América Latina. Desarrollos y perspectivas. Vol. 1*, compilado por Saúl Peña y Dana Cáceres. CEPAL 1ª edición, páginas 93-183.
- Querol, S. y Chaves, M. (2004). *Test de la persona bajo la lluvia*. Lugar: Buenos Aires.
- Raven, J., Court, J. (1999). *Manual Test de Matrices Progresivas*. Paidós: Buenos Aires.

- Raven, J. (1995). *Test de Matrices Progresivas*. TEA S.A: Madrid
- Sechehaye, M.A. (1973). *La realización simbólica: Diario de una esquizofrénica*. Fondo de Cultura Económica: México D.F.
- Spitz, R. (1985). *Una teoría genética de campo sobre la formación del yo*. Fondo de Cultura Económica: México D.F.
- Tallaferro, Alberto (1986). *Curso básico de psicoanálisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires
- Vilches, L. (1987). *La evaluación psicológica del niño*. Universitaria: Santiago
- Wechsler, D. (1974). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños*. TEA S.A.: Madrid.
- Wechsler, D. (1976). *Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria*. TEA: Madrid.
- Weigle, C. (1998). *Cómo interpretar el Rorschach: su articulación con el psicoanálisis*. Guadalupe: Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós: Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego*. Gedisa: Barcelona.
- Xandró, M. (2002). *Test de Machover (pareja y familia)*. Xandró: Madrid.

Anexos

Anexo I

Pauta para la realización de la entrevista de anamnesis

(Se recomienda utilizar frases textuales dadas por los padres)

a) Antecedentes prenatales

(En los comentarios se recomienda incluir citas del padre y la madre)

1. Número de embarazos previos y distanciamiento entre ellos

2. Dificultades para concebir: sí _____ no _____

Comentarios

3. Antecedentes genéticos, hormonales y neuronales de los padres

4. Planificación del embarazo: sí _____ no _____

Comentarios

5. Respuesta emocional de los padres al momento de conocer del embarazo

6. Intentos o deseos de abortar: sí _____ no _____
Periodo en que ocurrieron, con este niño y con embarazos anteriores

7. Cómo fueron evolucionando los sentimientos iniciales de ambos padres a lo largo del embarazo?

8. Embarazo controlado: sí _____ no _____

Comentarios:

9. Síntomas de pérdida: sí _____ no _____
Momento de la gestación en que ocurrieron

Comentarios

b) Antecedentes perinatales

(Se recomienda revisar las tablas que se adjuntan sobre talla y peso esperado según edad gestacional)

1. N° semanas de embarazo: _____

a. término (38-42 semanas) b. prematuro c. post maduro

2. Peso al nacer: _____

a. normal b. bajo c. sobrepeso

Talla al nacer: _____

a. normal b. pequeño c. grande

3. Parto:

a. normal b. cesárea c. inducido

Complicaciones del parto (uso de fórceps u otras maniobras, incubadora, hipoxia, ictericia, etc.)

4. Uso de drogas y anestésicos: sí _____ no _____

Tipo:

Periodo (Por cuánto tiempo fueron utilizadas):

5. Conocimientos de la madre acerca del proceso de parto:

6. Madre estuvo acompañada o sola durante el parto

7. Recuerdo del primer contacto con el niño (padre y madre):

8. Apgar del niño _____

9. Tipo de adaptación del niño:

a) fácil b) difícil c) lenta

Criterios creados por Thomas, Chess y Birch para determinar el tipo de adaptación (fácil, difícil o lenta) del niño:

1. nivel de actividad
2. ritmicidad y regularidad de las funciones biológicas básicas (alimentación, eliminación y sueño)
3. aproximación o retirada a estímulos nuevos
4. adaptabilidad a situaciones nuevas
5. umbral de respuesta a los estímulos
6. intensidad de las reacciones
7. cualidad predominante del humor
8. distractibilidad frente a los estímulos
9. persistencia en la respuesta y capacidad de prestar atención

c) Antecedentes postnatales:

Lactancia:

1. Reflejo de succión (cuánto demoró en aceptar el pecho y condiciones del pezón):

2. Ritmo de alimentación:

3. Actitud de la madre y estado emocional de esta al momento de amamantarlo, al igual, que las condiciones en que lo hacía:

4. Fantasías de la madre respecto de la lactancia:

5. Utilización de chupete: sí _____ no _____

Características del destete:

6. Cómo lo calmaba cuando lloraba y qué pasaba si no lograba calmarlo:

7. Situación familiar a la llegada del niño:

De pareja:

Laboral:

Económica y social:

8. Reacciones y adaptación del niño frente al cambio de pecho a mamadera y de ésta a alimentos sólidos

9. Periodo de dentición (características):

Conducta de dormir:

1. Horarios y siestas:

2. Trastornos de sueño:

- a. pesadillas
- b. somnambulismo
- c. bruxismo
- d. inversión del ciclo
- e. terrores nocturnos
- f. Otros:

3. Actitud de los padres frente a la conducta de dormir del hijo:

Objeto de transición

1. Presencia de objeto: sí _____ no _____

Edad: _____

Características del objeto:

Relación del niño con su objeto:

Proceso de duelo del objeto (Momento en que abandona el objeto y características de esta separación)

2. Amigos imaginarios: sí _____ no _____

Características:

Desarrollo psicomotor:

Logro	Edad esperada	Edad logrado	Clasificación R-N-A
Sentarse solo	5 a 8 meses		
Gateo	5 a 10 meses		
Caminata solo	11 a 15 meses		
Subir escaleras	14 a 22 meses		

Anexos

Se caía o golpeaba más de lo común: sí _____ no _____

Reacciones de los padres y el niño:

Cómo fue el proceso de aprender a caminar. Quién (es) estuvo a cargo de éste:

Respuesta emocional de los padres ante esta separación:

Desarrollo del lenguaje

Logro	Edad esperada	Edad logrado	Clasificación R-N-A
Baluceo	6 a 10 meses		
Primeras palabras	10 a 14 meses		
Palabra frase	16 a 24 meses		
Frase	18 a 24 meses		

Cómo estimulaban el lenguaje y actitud de ambos padres:

Control de esfínteres

Edad diurno (18-24 meses):

Edad nocturno (30-36 meses):

Quién realizó el entrenamiento y cómo fue llevado a cabo:

Actitud de los padres frente a este proceso (sentimientos, comentarios y fantasías o creencias):

Dificultades y recaídas durante el proceso y/o posteriores (enuresis y/o encopresis secundaria):

Actitud del niño frente al proceso (sentimientos, comentarios y fantasías):

Antecedentes mórbidos

Hospitalizaciones:	sí	no
--------------------	----	----

Motivo:

Anexos

Duración:

Edad:

Contacto con la madre:

Caídas y golpes importantes: sí _____ no _____

Edad:

Pérdida de conciencia sí _____ no _____

Tratamiento:

Consecuencias:

Enfermedades importantes:

Edad:

Tratamiento:

Consecuencias:

Antecedentes del desarrollo sexual del niño

Actitud de los padres frente a este:

Conducta masturbatoria (edad y respuesta de los padres):

Cuidados y mensajes dados al niño entorno a su sexualidad:

Desarrollo de actitudes y conductas propias del género y reacción de los padres:

Desarrollo físico: características sexuales primarias y secundarias (especialmente para adolescentes):

Historia escolar

Edad y motivos de ingreso al jardín o sala cuna:

Características del proceso de adaptación del niño al nuevo medio social y a la separación de los padres.

Actitud de los padres frente a la separación del hijo:

Quién llevaba e iba a buscar al niño:

Ingreso al colegio (edad y comentarios):

Desarrollo social o contacto con pares:

Dificultades del aprendizaje y/o conducta problemática escolar:

Cambios de establecimiento: sí _____ no _____

Motivos:

Edad:

Actitudes de los padres y del niño:

Repitencias:

☐ sí
 ☐ no

Edad y curso

Motivos:

Reacción de los padres y del niño:

Antecedentes familiares

Padre, madre y hermanos:

	Padre	Madre	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3
Edad					
Salud					
Limitaciones físicas					

Anexos

	Padre	Madre	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3
Escolaridad					
Ocupación					
Relación con el paciente					

De la relación de los padres:

Tipo de unión:

Relación entre ellos:

Diferencias o temas de discusión habitual:

Participación social de la familia:

Religión:

Otros familiares significativos y su relación con ellos:

Cómo se desarrolla un día en la vida diaria del niño:

Cómo se desarrolla un domingo o feriado en la vida diaria del niño:

Cómo es un día de cumpleaños del niño:

Se recomienda realizar un genograma del grupo familiar del paciente identificando las principales dinámicas del sistema.

Tabla 1: distribución del peso esperado (en grs.) según edad gestacional (sexo femenino)

Edad gestacional	Peso mínimo esperado	Peso máximo esperado
22	350	350
23	450	450
24	480	480
25	485	485
26	520	520
27	520	520
28	610	610
29	650	650
30	780	780
31	900	900
32	1020	1020
33	1140	1140
34	1270	1270
35	1480	1480
36	1785	1785
37	2100	2100
38	2400	2400
39	2574	2574
40	2670	2670
41	2720	2720
42	2660	2660

Tabla 2: distribución del peso esperado (en grs.) según edad gestacional (sexo masculino)

Edad gestacional	Peso mínimo esperado	Peso máximo esperado
22	390	800
23	470	810
24	510	920
25	530	1023
26	570	1110
27	600	1310
28	680	1470
29	700	1600
30	800	1850
31	950	2050
32	1100	2250
33	1195	2500
34	1370	2750
35	1550	3000
36	1835	3320
37	2150	3620
38	2460	3850
39	2650	4000
40	2740	4140
41	2805	4240
42	2740	4300

Tabla 3: distribución de talla (en cm) esperada según la edad gestacional sexo femenino

Edad gestacional	Talla mínima esperada	Talla máxima esperada
22	23,9	32,4
23	24,6	33,8
24	25,4	35,2
25	26,3	36,5
26	27,3	38,0
27	28,3	39,3
28	29,4	40,7
29	30,5	42,2
30	31,8	43,5
31	33,1	44,6
32	34,5	45,6
33	36,2	46,5
34	38,1	47,2
35	39,8	48,0
36	41,5	48,9
37	43,1	49,9
38	44,4	50,7
39	45,4	51,4
40	46,2	52,0
41	46,8	52,5
42	47,1	53,0

Tabla 4: distribución de talla (en cm) esperada según la edad gestacional sexo masculino

Edad gestacional	Talla mínima esperada	Talla máxima esperada
22	23,8	32,6
23	24,6	34,0
24	25,5	35,4
25	26,4	36,8
26	27,4	38,2
27	28,5	39,6
28	29,6	40,9
29	30,9	42,2
30	32,2	43,5
31	33,6	44,7
32	35,1	45,9
33	36,9	47,0
34	38,8	48,0
35	40,5	49,0
36	42,2	49,9
37	43,9	50,8
38	45,1	51,5
39	46,0	52,2
40	46,7	52,8
41	47,0	53,3
42	47,1	53,7

Anexo II

Indicadores, sistemas de puntuación e interpretación de las pruebas de evaluación cognitiva

1. Test de figura humana de Koppitz

La siguiente es una lista de indicadores esperados en la realización del dibujo de figura humana según edad y sexo:

Niños:

- ˆ 5 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas.
- ˆ 6 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos.
- ˆ 7 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos en dos dimensiones, pies.
- ˆ 8 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos en dos dimensiones, pies, piernas en dos dimensiones.
- ˆ 9 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos en dos dimensiones, pies, piernas en dos dimensiones.
- ˆ 10 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos en dos dimensiones, pies, piernas en dos dimensiones, cabello, brazos hacia abajo y cuello.
- ˆ 11 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos en dos dimensiones, pies, piernas en dos dimensiones, cabello, brazos hacia abajo y cuello.
- ˆ 12 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos en dos dimensiones, pies, piernas en dos dimensiones, cabello, brazos hacia abajo, cuello y hombros.

Niñas:

- ˆ 5 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos.
- ˆ 6 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas, brazos, cabello, pies.
- ˆ 7 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas y brazos en dos dimensiones, cabello, pies.

˘ 8 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas y brazos en dos dimensiones, cabello, pies.

˘ 9 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas y brazos en dos dimensiones, cabello, pies, cuello.

˘ 10 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas y brazos en dos dimensiones, cabello, pies, cuello, brazos hacia abajo.

˘ 11 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas y brazos en dos dimensiones, cabello, pies, cuello, brazos hacia abajo.

˘ 12 años: Cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, piernas y brazos en dos dimensiones, cabello, pies, cuello, brazos hacia abajo, hombros.

Calificación:

Se asignará 1 punto por cada indicador esperado y dibujado por el niño.

Se restará del puntaje final 1 punto por cada indicador esperado no dibujado.

Se asignará 1 punto por cada indicador excepcional (correspondiente a lo esperado en una edad superior).

Índices de madurez y rendimiento intelectual.

Una vez obtenido el puntaje final se clasifica el desempeño del niño según las siguientes categorías:

˘ 8-7 Normal alto o superior

˘ 6 Normal alto

˘ 5 Normal

˘ 4 Normal a Normal bajo

˘ 3 Normal bajo

˘ 2 Bajo

˘ 1-0 Inferior

Anexo III

Indicadores, sistemas de puntuación e interpretación de las pruebas de evaluación emocional

1. Test de dibujo libre

Elkisch, 1970, trabajó en el desarrollo de indicadores que son ampliamente usados:

´ *Ritmo v/s Regla*: Donde el ritmo del trazo se asocia a un yo que está desarrollando defensas sanas, cierta plasticidad. Mientras que el uso de la regla habla de un yo más débil, de mayor rigidez.

´ *Complejidad v/s Simplicidad*: Donde la complejidad moderada indica relaciones objetales potencialmente buenas y la simplicidad sugiere fijaciones en etapas anteriores del desarrollo.

´ *Expansión v/s Compresión*: Compresión revela un sentimiento de malestar de estar encerrado, de compulsión y presión. La expansión indica límites yoicos bien establecidos dentro de los cuales no sólo es probable que se establezcan relaciones objetales buenas, sino también que haya espontaneidad.

´ *Integración v/s Desintegración*: Integración supone un alto grado de maduración. La desintegración hablaría de problemas en los límites yoicos, relaciones objetales defectuosas, predominio del proceso primario y por ende de un desarrollo más primitivo.

2. Indicadores Test de Figura Humana

Indicadores Test de Figura Humana según Machover:

´ *Cabeza*: Área de la inteligencia, de aspiraciones intelectuales, del control y la fantasía.

´ *Rasgos faciales*: Recepción de estímulos internos, contacto sensorial con la realidad.

´ *Ojos*: Ver la realidad y lo que pasa, contacto social, también se relaciona con tendencias paranoides.

´ *Orejas*: Tendencias paranoides, tiene que ver con lo escuchado y con la crítica social.

´ *Nariz*: Aspecto fálico, sobresaliente.

´ *Boca*: Nutrición, lenguaje, dependencia, polo receptivo.

´ *Cabello*: Componente fálico-histérico utilizado como medio de seducción, en este sentido los moños son vistos como un medio de ajuste a la realidad mediante las relaciones interpersonales.

´ *Cuello*: Órgano de unión entre el área de control y el área de los impulsos. Indica cómo se están coordinando estas áreas.

´ *Hombros*: Poder físico, percepción de potencia y poder ante los demás.

´ *Brazos*: Herramientas para controlar o cambiar el ambiente, forma de contactarse con el mundo exterior y con lo que le rodea.

´ *Manos*: Tiene que ver con el ajuste en la interacción social.

´ *Tronco*: Centro de las necesidades básicas o impulsos.

´ *Línea de la cintura*: Diferenciación entre los impulsos básicos y sexuales.

´ *Nalgas*: Lo anal a veces se encuentra sobre dimensionado en niños con encopresis.

´ *Piernas*: Autonomía, flexibilidad, movilidad.

´ *Pies*: Movilidad, lucha por la autonomía, componente fálico y contacto con la realidad.

´ *Ropa*: En qué se pone énfasis, estilo, botones, cierres, marcas, etc.

Indicadores test de Figura Humana según Koppitz:

´ *Pobre integración de las partes*: Inestabilidad, impulsividad, falta de integración entre las partes de la personalidad.

´ *Sombreado*: Angustia, ansiedad frente a la parte sombreada, la cual puede tener una base fisiológica o psicológica.

´ *Asimetría marcada de las partes*: impulsividad, falta de coordinación.

´ *Figura pequeña*: timidez, inseguridad, retraimiento y depresión.

´ *Figura grande*: Expansividad, inmadurez y falta de control interno.

´ *Inclinación de la figura*: inestabilidad, falta de equilibrio, como característica general del niño, falta de una base sólida.

´ *Transparencia*: Impulsividad, inmadurez.

´ *Monstruo o figura grotesca*: sentimiento de inadecuación y pobre concepto de sí mismo.

´ *Nubes, lluvia, nieve*: niños ansiosos presionados por su ambiente y por sus padres. Se observa también en niños con trastornos psicosomáticos.

´ *Inclusión de más aspectos personas o cosas*: ansiedad, evaluar qué incluye.

3. Indicadores Test del dibujo de una familia

Interpretación según Louis Corman.

1. Plano gráfico:

- a) Fuerza del trazo: Fuerte, pulsiones poderosas, débil, timidez, inhibición y sentimiento de fracaso.
- b) Amplitud: Amplio expansión. Restringido, tendencia a replegarse en sí mismo.
- c) Ritmo: Sí se convierte en estereotipia el modo de dibujar a cada miembro hablaría de falta de espontaneidad y puede relacionarse con un carácter obsesivo.
- d) Sector de la página: Arriba, expansión imaginativa. Abajo, instintos primordiales depresión y apatía. Izquierda, tendencias regresivas. Derecha, metas en relación al futuro.

2. Plano Estructural:

- a) Tipo Sensorial: Trazan líneas curvas que expresan dinamismo vital, se les considera espontáneos y sensibles al ambiente.
- b) Tipo Racional: Dibujan de manera más estereotipada y rítmica, escaso movimiento y personajes aislados, se les considera más inhibidos y guiados por reglas.

3. Plano del contenido:

Omisión de un miembro de la familia, comparación con la familia real a quién valora, a quién devalúa, tamaño de los miembros en relación al tamaño real y la historia que realiza.

Interpretación según Font:

1. Características generales del dibujo:

- a) Tamaño: Grandes, individuos que responden de manera agresiva y expansiva a las presiones del ambiente. Pequeños, sentimientos de inferioridad e inseguridad.
- b) Emplazamiento: Arriba, fantasías, ideas espirituales. Abajo, lo concreto, lo sólido. Al centro, los afectos y el corazón.
- c) Sombreado: Índice de ansiedad.
- d) Borraduras: Ansiedad y conflictos emocionales, más conscientes que los que mostraría el sombreado.
- e) Distancia entre los personajes: Refleja la distancia emocional real entre estos; a mayor distancia menor comunicación.

2. Valorización:

- a) Personaje dibujado en primer lugar: el niño dibuja primero a quien teme, envidia o admira, puede estar a la izquierda o al centro.
- b) Personaje dibujado en último lugar: puede ser considerado índice de desvalorización, a no ser que se dibuje al final por orden jerárquico.
- c) Supresión de algún elemento: puede ser una defensa para negar una realidad que produce conflicto intrapsíquico. Para este autor es símbolo de devaluación y conflicto.
- d) Otros: aumento de tamaño, dibujo con más detalle, perfeccionamiento de la figura o dibujo más a distancia.
- e) Omisión de manos y rasgos faciales: desvalorización, problemas de contacto interpersonal.
- f) Adición de elementos: puede significar según la historia del niño desvalorización hacia el bloque parental.

3. Componentes jerárquicos:

- a) Bloque parental: si los dibuja o no, la distancia entre ellos y si alguien se intercala entre ellos quien es este personaje.
- b) Jerarquía de los hermanos: la alteración en relación a la familia real es común y se asocia a rivalidades entre los hermanos.
- c) Jerarquía familiar: la alteración tiene que ver con conflictos, valorización o desvalorización.

4. *Test de apercepción temática para niños*

(Descripción de cada lámina)

CAT-A y CAT-H:

- ˆ Lámina 1: Busca favorecer respuestas que giren en torno a la comida, los problemas con ésta, lo afectivo y la rivalidad fraterna.
- ˆ Lámina 2: Intenta obtener narrativas con temas edípicos, en relación con la identificación psicosexual. También explora sentimientos de rivalidad.
- ˆ Lámina 3: Explora cómo el niño se representa la figura paterna.
- ˆ Lámina 4: Temas relacionados con la rivalidad fraterna y con el origen de los bebés y la cercanía o no de la madre.
- ˆ Lámina 5: Temas relacionados con la escena primaria, así como con la curiosidad sobre qué sucede con los padres en la cama.
- ˆ Lámina 6: De nuevo lo relacionado con la escena primaria como complemento de la lámina 5, ya que además explora más evidentemente los sentimientos de exclusión.
- ˆ Lámina 7: Miedo a la agresión y reacciones frente a ella.
- ˆ Lámina 8: cómo se percibe el niño a sí mismo dentro de la constelación familiar.
- ˆ Lámina 9: Son comunes las respuestas referidas al miedo a la oscuridad, al miedo a ser abandonado por los padres.
- ˆ Lámina 10: Conduce a cuentos del tipo falta-castigo, que de alguna manera son reveladores de los conceptos morales del niño. También puede dar indicadores de maltrato físico y/o psicológico.

CAT-S

- ˆ Lámina 1: Una situación de juego entre pares por lo que permite la expresión de problemas en las actividades sociales con otros niños en general, y específicamente con el sexo opuesto.
- ˆ Lámina 2: Temas relacionados con el ambiente escolar y el aprendizaje.
- ˆ Lámina 3: Fantasías sobre el deseo de ser adultos.
- ˆ Lámina 4: Temas relacionados con la necesidad de recibir afecto, la autonomía frente a la dependencia y los sentimientos regresivos.
- ˆ Lámina 5: Sentimiento de incapacidad física o bien, sentimiento de inadecuación general.
- ˆ Lámina 6: Aparece el tema de juego entre pares, por lo tanto la competencia y rivalidad entre hermanos o compañeros de juego.
- ˆ Lámina 7: Ideas acerca de la imagen corporal.
- ˆ Lámina 8: Relatos acerca de temores y vivencia de enfermedad física, visitas al doctor y a hospitales.
- ˆ Lámina 9: Diferencias sexuales entre niños de su edad, así como entre niños y adultos.
- ˆ Lámina 10: Ideas sobre de dónde vienen los niños y las fantasías y temores relacionados con el tema.

Pautas de interpretación

Desarrollada por Bellak:

- ˆ Tema Principal: qué historias hace y por qué cómo se repiten los temas a lo largo del test.
- ˆ Héroe Principal: con quien se identifica el niño y en torno a quien gira la historia.
- ˆ Necesidades principales del héroe.
- ˆ Figuras y objetos introducidos que se juzgan como una evidencia de los impulsos y necesidades del niño.
- ˆ Percepción de su medio.
- ˆ Cómo percibe a las principales figuras con las que se relaciona y el tipo de vínculo que establece.

- ˆ Conflictos significativos en cada lámina y a lo largo del test los que se repiten.
- ˆ Naturaleza de las ansiedades.
- ˆ Principales defensas.
- ˆ Severidad del superyó.
- ˆ Integración del Yo: se observa en los relatos, hasta qué punto el niño es capaz de armonizar sus necesidades internas con las demandas de la realidad y los mandatos del superyó.

Desarrollada por Baringoltz:

- ˆ Qué animales ve y cómo los ve: adiciones, omisiones y distorsiones.
- ˆ Qué elementos no animales ve en la lámina y de que manera los ve.
- ˆ Posibilidad de dar pasado, presente y futuro en la historia.
- ˆ Secuencia lógica o ilógica en la construcción de una historia.
- ˆ Tipo de lenguaje utilizado.
- ˆ Posibilidad de fantasear, pensamiento creativo y si es capaz de organizar esto en una historia.
- ˆ Tipo de interacción entre los personajes a nivel descriptivo (planteo de la problemática).
- ˆ Cual es el tema de las relaciones objetales inconscientes en la interacción, necesidades y defensas.
- ˆ Intento por resolver o no los conflictos en la historia.

Anexo IV

Protocolo cuestionario de Roberto o Rosita

Instrucciones:

«Conozco a un niño (a) llamado (a) Roberto (Rosita), y quiero saber si t puedes adivinar qué clase de niño (a) es, y por qué act a de esa manera».

Dime lo primero que se te ocurra:

- 1) R. no juega con los otros niños. ¿Por qué?
- 2) El profesor de R. quiso hablar con él (ella) después de clases. ¿Por qué?
- 3) Cuando el papá de R. llega tarde en la noche. ¿Qué pasa?
- 4) R. despierta en medio de la noche. ¿Por qué?
- 5) R. tuvo un sueño una noche. ¿Qué soñó?
- 6) R. trajo ayer la libreta de notas. ¿Qué pasó?
- 7) R. llegó a la casa llorando el otro día. ¿Por qué?
- 8) R. hizo rabiar a su mamá el otro día. ¿Por qué?
- 9) R. se fue a su pieza. ¿Por qué?
- 10) R. siente que lo (la) tratan mal a veces. ¿Por qué?
- 11) R. le tiene mucho miedo a algo. ¿A qué?
- 12) La mamá de R. está muy enojada por algo. ¿Por qué?
- 13) Ayer pasó algo malo. ¿Qué fue?
- 14) Hay algo que a R. no le gusta de su papá. ¿Qué es?
- 15) R. piensa que su papá y su mamá no lo quieren. ¿Por qué?
- 16) R. no quiere ir a la escuela. ¿Por qué?
- 17) Hay algo de su profesor que a R. le gusta mucho. ¿Por qué?
- 18) A veces R. se enoja en la escuela. ¿Por qué?
- 19) A veces R. no quiere hacer lo que su mamá le dice ¿Por qué; qué pasa entonces?
- 20) R. desearía ser grande. ¿Por qué?
- 21) A veces R. pelea con sus hermanos. ¿Por qué, qué pasa entonces?

- 22) A R. no le gusta un niño de su clase. ¿Por qué?
- 23) A veces R. se pone nervioso en la escuela. ¿Por qué?
- 24) Un día R. y su mamá tuvieron una gran pelea ¿Por qué?
- 25) Un día R. se fue de la casa. ¿Por qué?
- 26) A R. le desagrada algo de su profesor. ¿Por qué?
- 27) A veces R. se pone muy triste. ¿Por qué?
- 28) R. casi siempre quiere estar solo. ¿Por qué?
- 29) Una vez R. quiso correr lejos de la casa. ¿Por qué?
- 30) A R. no le gusta que lo llamen adelante en la clase. ¿Por qué?
- 31) ¿Cuántos años crees que tiene R?
- 32) Si R. pudiera hacer lo que él quisiera. ¿Qué crees que haría?
- 33) ¿Qué es lo que R. desea más que nada en el mundo?
- 34) Si R. tuviera poderes mágicos y pudiera cambiar a sus padres ¿Cómo los cambiaría?
- 35) Si R. pudiera convertirse en un animal. ¿Qué animal crees que le gustaría ser?, ¿Por qué? ¿Qué animal crees que nunca le gustaría ser?, ¿Por qué?

Anexo V

Pauta para la realización de informes psicológicos

1. Datos de identificación

- Nombre: ambos nombres y apellidos.
- Fecha de Nacimiento: día, mes y año.
- Escolaridad: curso en que está el niño o adolescente y el colegio.
- Nombre del profesional o institución que lo solicita.
- Atenciones con profesionales anteriores: detallar el motivo, el profesional y la edad, aquí también se incluye si el niño está actualmente en algún tipo de tratamiento.
- Fecha del examen: periodo en que fueron realizadas las sesiones de diagnóstico.

2. Motivo de consulta

Por qué lo traen, utilizar frases textuales dichas por los padres y el niño, señalándolas en comillas, respecto de lo que le pasa al niño. Si ha sido derivado indicar las características de la derivación y en lo posible el nombre del profesional que lo envía.

3. Antecedentes relevantes

Sólo agregar los datos significativos y que faciliten la comprensión de la información que se dará a conocer más adelante.

4. Comportamiento observado

Actitudes y comportamientos desplegados por el niño durante el examen: cómo se presenta el niño y los padres, cuál fue su conducta a lo largo del proceso de evaluación, cómo nos impacta su conducta.

5. Instrumentos utilizados

Se confecciona un listado con las pruebas aplicadas así como también las entrevistas realizadas. En caso de haber abreviado algunas escalas debe especificarse.

6. Resultados

Cada uno de los puntos que se detallan a continuación se incluirán según lo evaluado en el proceso de diagnóstico:

- Nivel y Funcionamiento intelectual

Si se realizó una evaluación del desarrollo psicomotor, evaluación cognitiva. Indicar además el CI o rango diagnóstico equivalente, las funciones intelectuales medidas, un análisis cualitativo respecto de las discrepancias en el rendimiento, las funciones que aparecen normales, disminuidas y un juicio respecto si el rendimiento refleja la capacidad real o potencial del individuo.

Funciones Básicas: consignar la presencia o no de madurez escolar si se trata de un niño que va a ingresar a la enseñanza básica.

Lecto-escritura: cuando corresponde a un escolar iniciado en la enseñanza básica.

- Área emocional y social

Se incluyen los aspectos emocionales observados y sus dinámicos, las áreas de conflicto o desajustes, imagen de sí mismo, auto valoración y evaluación del nivel de desarrollo psicosocial. También es posible incluir la relación que el niño establece con sus figuras significativas, en caso de que el colegio sea quien solicita el informe será importante también describir la capacidad del niño para relacionarse con sus pares y profesores.

7. Síntesis y recomendaciones

Se relatan de manera breve los principales hallazgos encontrados que servirán de fundamento para la exposición de las recomendaciones, debe quedar claramente consignado en el informe a quién se dirigen las recomendaciones y la justificación de cada una.

Fecha en que se extendió el informe.

Nombre completo del psicólogo y su firma.

Anexo VI

Presentación casos clínicos

Caso 1: María, 13 años

Motivo de consulta

Los padres la traen por sugerencia del colegio debido a que «le cuesta estudiar, tiene problemas de concentración y baja autoestima», cuando era más pequeña los padres cuentan que era tímida, pero que pudo superarlo y así quieren que ella mejore sus problemas escolares. Sus padres se separaron cuando ella tenía 5 años y actualmente vive con su madre la pareja de ésta, su hermano y su hermanastro. La niña coincide en «que le cuesta estudiar, no se concentra y no tiene amigos».

Fase diagnóstica

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: Entrevista Clínica con los padres y la niña, Dibujo Libre, Dibujo de la figura humana, Dibujo de la familia, Batería de exploración verbal para trastornos de aprendizaje, Test de figura humana de Goodenough.

A través de la Batería de exploración verbal para trastornos de aprendizaje, se encontró que la niña efectivamente presentaba problemas para concentrarse y para retener información principalmente verbal. Su nivel intelectual es normal promedio, apreciándose por tanto la interferencia de problemas emocionales en el uso de su potencial intelectual.

Al analizar el resto de los test se muestra el fuerte impacto que provocó la separación del padre, cuando ella tenía 5 años de edad y mantenía una relación cercana con él. Esto llevó a que no elaborara adecuadamente la fase edípica al no tener a su padre u otra figura masculina cercana. Actualmente ella revive la competencia con sus

medios hermanos y no acepta la separación de los padres, manteniendo un estilo regresivo que le permite revivir la etapa edípica y quedarse con el padre. Relacionado con este mismo estilo regresivo se encuentran los deseos inconscientes de la niña de repetir de curso y no ocupar sus capacidades (es decir, su deseo de no crecer) lo que afecta en el uso de sus recursos intelectuales.

Hipótesis diagnóstica

La sintomatología presentada por la niña se podría entender como la dificultad de crecer, no pudiendo integrar sus aspectos femeninos y masculinos en la búsqueda de su identidad (tarea esperable para su etapa vital en la formación de su personalidad), debido a la ausencia de su padre durante su crecimiento. Ella permanecería en la etapa infantil, su deseo sería no crecer.

Foco

Elaborar la separación del padre y los sentimientos asociados a esto permitiendo así, configurar una nueva relación con el padre desde su actual etapa del ciclo vital (pre-adolescencia).

Conflicto nuclear: detención en su desarrollo emocional, debido a la separación de sus padres a la edad de 5 años, lo que no permitió su relación con el padre como figura importante en la integración de sus aspectos amorosos y predominan sus aspectos resentidos, rabiosos tanto con la madre como con el padre.

Objetivos Terapéuticos

- Expresar los sentimientos de rabia y pena asociados a la separación de sus padres.
- Elaborar el duelo de la separación. Esto es, reconocer la pena y rabia con ambas figuras parentales.
- Favorecer el desarrollo de actividades propias de su etapa del ciclo vital.
- Actualizar sus recursos personales, encontrando una nueva forma de verse a sí misma y a los demás.
- A partir de lo anterior, establecer una nueva relación con el padre desde su etapa actual.

Plan de tratamiento

Se planifica realizar además de las 4 sesiones diagnósticas, 14 sesiones de psicoterapia, usando la conversación y el dibujo como herramientas principales para lograr la expresión emocional de María.

Intervención realizada

A lo largo del proceso se fue integrando el episodio de la separación de los padres a su vida actual. Se trabajan los recursos con los que cuenta ahora para hacer frente a esa situación contrastando éstos con los ella contaba a los 5 años.

Se abordó la etapa del ciclo vital en la que se encuentra actualmente y de esta manera fue cambiando la manera que se veía a sí misma, esto la motivó a comenzar a estudiar y a través de esto subió sus notas.

Además se exploran los sentimientos ambivalentes relacionados con la madre y logró descubrir un nuevo modo de relación con sus hermanos.

Se trabajó mediante el dibujo, modelado con plastilina, conversación, imagerías y fotografías de ella de distintas etapas de su vida para ir elaborando una nueva imagen de sí misma.

Al finalizar el tratamiento ella comenzaba a tener mayor amistad con sus compañeros/as y logra relacionarse con su padre de una manera más propia de su edad. Había subido sus notas, como un medio para alcanzar metas futuras.

Caso 2: Carlos, 6 años

Motivo de Consulta

La madre consulta derivada por el colegio debido a que el niño «se aísla, no tiene amigos, es peleador, tiene baja autoestima, conducta destructiva, le pega a sus compañeros y se atemoriza ante las demás personas».

En la primera entrevista la madre manifestó su preocupación por la elevada violencia que existe al interior de la familia, de parte del padre tanto hacia ella, como hacia los niños, especialmente aque-

llos que presentaban discapacidades físicas. Las agresiones son físicas y psicológicas, pero la madre se mostró preocupada sólo por esta última validando la agresión física como un modo de corregir a los niños. Principalmente le preocupaba las constantes ideas de muerte manifestadas por el niño como intención de matarse.

Fase Diagnóstica

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: Entrevista clínica con la madre y con el niño, Dibujo de figura humana, Test de Roberto, Dibujo de familia y Hora de juego.

A través de la información recogida se reconoce que el niño ha sido víctima desde tempranas etapas de constantes maltratos físicos y psicológicos, haciendo de él un niño atemorizado y a la vez dispuesto a la agresividad, lo que lo ha llevado a tener constantemente fantasías de muerte y destrucción y al vivir en un contexto amenazante hace realidad estas fantasías, lo que explica sus ideas de morir o que partes de su cuerpo estuvieran muriendo.

Hipótesis diagnóstica

La conducta alterada del niño se podría explicar por las continuas amenazas y agresiones parentales, (tanto del padre como de la madre al aceptar ésta el maltrato físico y a veces a provocar al padre a que lo realice) que hacen que el niño viva en situación de stress y no cuenta con los medios apropiados para defenderse. Sus padres en vez de protegerlo lo agreden, por lo tanto él lo hace a su vez con los otros.

Todo lo anterior incide en un grave retraso de su desarrollo psicológico, a consecuencias de la violencia física y psicológica de ambos padres.

Foco

Primero que nada impedir se siga dando la violencia intrafamiliar, para lo cual se tiene reuniones con los padres y se les sugiere psicoterapia familiar.

Con el niño, elaborar las ansiedades y temores que siente, a través del desarrollo de recursos propios que le permitan hacer frente a la realidad amenazante que vive en su ambiente familiar.

Objetivos terapéuticos

- Lograr que el niño reconozca sus recursos personales que le permitan hacer frente a la realidad amenazante que vive.
- Favorecer que el niño experimente en la transferencia un vínculo positivo, reparador y seguro.
- Favorecer la expresión del lenguaje oral y escrito como un modo de sentirse más seguro y con más herramientas para poder protegerse de la realidad que vive.
- Lograr que la familia asuma un tratamiento para impedir la agresión física y psicológica que ejerce el padre y que la madre tolera pasivamente.

Plan de tratamiento

Se planifica realizar las sesiones que sean necesarias para alcanzar los objetivos propuestos, con entrevistas periódicas con la madre para evaluar los cambios de la situación familiar.

En las sesiones se utiliza el juego y dibujo, el niño logra hablar a medida que avanza el tratamiento.

Intervención realizada

A lo largo del proceso de psicoterapia se han ido abordando cada uno de los objetivos planteados anteriormente, mediante la conversación, el trabajo con greda, plastilina, hora de juego y dibujo entre otros.

Principalmente se potenció el vínculo establecido con el niño como una manera de elaborar las experiencias que vive en su familia, se trabajó también el control de impulsos, que Carlos aprendiera a esperar su turno, a encausar su esfuerzo por un objetivo, a terminar los trabajos y a expresar sus ideas y sentimientos de manera verbal y escrita lo que constituyó un gran desafío ya que en un principio en las sesiones el niño no hablaba producto de su discapacidad, tenía inhibida la función lingüística por miedo al ridículo.

Además se logró trabajar las ideas de muerte y diferenciar más claramente la fantasía de la realidad. Los padres comenzaron a asistir a un proceso de terapia familiar en paralelo al proceso del niño, pero posteriormente al abandonar los padres la psicoterapia fami-

liar, se acude a pedir medida de protección alejando al padre de ésta familia, regulando sus visitas con presencia de otros adultos.

Caso 3: Ema, 10 años

Motivo de consulta

La madre consulta por los problemas de concentración y atención de la niña, no le interesa estudiar, a pesar de esto tiene buenas notas. Es «mala para comer», callada, inhibida, tímida «no se sabe lo que le pasa porque no habla, no expresa nada». Hay problemas familiares debido a que los hermanos la molestaban «le tiran el pelo, no la dejan jugar, la aíslan».

Fase diagnóstica

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: Entrevista Clínica con la madre y la niña, Dibujo libre, Dibujo de la figura humana, Dibujo de la familia, Hora de juego y Test de Apercepción Temática para niños, versión H.

Ema presenta un estilo regresivo, introvertida y una tendencia depresiva, producto de vivir actualmente una situación de abuso por parte de sus hermanos mayores quienes la acosan constantemente, vive una sensación de indefensión que la hace replegarse sobre sí misma, esta inhibición ha llevado a que actualmente manifieste sintomatología depresiva. Ve a la madre como protectora, pero rechaza al padre lo que se manifiesta como falta de integración entre los aspectos femeninos y masculinos, rechazando estos últimos.

Hipótesis diagnóstica

La conflictiva de la niña se podría entender como resultado de las experiencias vitales de la falta del padre y de la presencia agresiva de sus hermanos, esto la lleva a sentir pena y rabia que no puede expresar por no sentirse apoyada por sus padres.

Foco

Integrar aspectos femeninos y masculinos, mediante la elaboración de la conflictiva edípica.

Conflicto nuclear

Sentimientos de abandono de parte de sus padres y como consecuencia la presencia de baja autoestima, lo que permitió ser abusada.

Objetivos terapéuticos

- Parar de inmediato la situación de abuso reiterado.
- Comenzar a resignificar su experiencia de abuso.
- Desarrollar redes sociales que le permitan estar en contacto con otras niñas y niños para así llevar a cabo actividades propias de su edad.
- Mantener contacto con figuras femeninas además de la madre.
- Elaborar los sentimientos de rabia latentes hacia el padre y hermanos.

Intervención realizada

A lo largo del proceso de terapia se han abordado los objetivos antes planteados a través del trabajo con greda, plastilina, dibujo, collage, conversación, entre otros. Se hacen interpretaciones relacionadas con los sentimientos latentes que existen en relación al padre y a los hermanos. Se ha incentivado la búsqueda de nuevas relaciones sociales y el reconocimiento de sus propios recursos para hacer frente a la situación que vive con los hermanos.

También, se ha trabajado con la madre de la niña para impedir que la situación de abuso de los hermanos se repita e instarla a poner límites claros que le permitan a la niña contar con un espacio propio en la casa.

Los síntomas depresivos se han superado progresivamente, tiene una pieza para ella sola, la situación de abuso paró. Los sentimientos hacia el padre han sido abordados, lo que permite que Ema tenga una imagen más real tanto de la madre como del padre. Ha ido desarrollando aspectos de mayor fuerza, lo cual le ha permitido poner en marcha nuevos comportamientos para superar su situación anterior de pasividad e inhibición.

Han surgido aspectos más histéricos como una nueva defensa,

esto se trabajó cautelando que esta nueva manera de acercarse a la realidad pueda potenciar su desarrollo psicológico y no entorpecerlo. Cabe mencionar que los objetivos que se plantearon en un principio fueron bastante acotados considerando que a fin de año ella debía volver a su ciudad natal con su familia, ciudad de la que se había trasladado a principios de año junto a su madre en busca de ayuda psicoterapéutica, cuando recién se reconoce la presencia del abuso intrafamiliar.

Caso 4: Pedro, 5 años

Motivo de consulta:

Los padres de Pedro consultan por los «temores y ansiedades del niño frente a la tía y al colegio en general», dicen que el niño no quiere ir el próximo año al colegio y que actualmente asiste con muchas dificultades, estos problemas se manifiestan principalmente cuando se tiene que ir al colegio: «le duele el estómago, tiembla y llora a pesar de que se va con sus hermanos mayores en el mismo bus del colegio». Cuando llega a la casa de vuelta se muestra contento: «dice que mañana quiere ir, pero a medida que se acerca el día siguiente es otra vez lo mismo». Ante esto el niño plantea que los compañeros le pegan y la profesora no hace nada que le dice «no, no, estoy muy ocupada» que no respeta su ritmo de aprendizaje como frases como «porqué no te apuras, siempre eres el último» y además plantea que la tía «es grande y golpea fuerte la mesa cuando reta a los niños»

Esta situación ocurre sólo cuando tiene que ir al colegio, en otras situaciones sociales no muestra dificultades. En la casa, a veces tiene «como estallidos de rabia» que contrastan con su apariencia tímida e inhibida en el colegio.

Además los padres refieren que tiene «miedos tontos» como atorarse con un chicle o a los fantasmas, y a pesar de que le explican continúa sintiendo los mismos miedos «es como si no nos creyera, igual nos da un poco de rabia y ya no le explicamos más».

Aspectos histórico-genéticos individuales:

Pedro, de 5 años es el hijo menor de cuatro hermanos su her-

mana mayor tiene 12 años, le sigue un hermano de 10 años, luego otro varón con 8 años. El embarazo no fue planificado, pero los padres plantean que ellos no han planificado ningún embarazo así que lo aceptaron bien; la madre no tuvo enfermedades ni síntomas de pérdida. Nació por parto normal, su talla y peso fueron normales, el padre no estuvo en el parto porque a él le dan «asco esas cosas», se acerca a sus hijos cuando ya caminan, antes de eso si les hace cariños.

La lactancia de Pedro fue normal, pero interrumpida a los cuatro meses por el término del permiso post natal; a partir de ese momento ambos padres reconocen que se fueron alejando de Pedro y que la nana (una señora que trabaja con ellos desde que nació la primera hija) se hizo cargo de él, en todo aspecto, la mamá dice «yo creo que lo tomó como un hijo y nosotros la dejamos porque llegábamos cansados del trabajo y los hijos mayores eran más dependientes y entonces demandaban más tiempo»

El control de esfínter fue a los dos años y medio tanto diurno como nocturno y lo realizó la nana. Ambos padres asocian ese hecho a que el niño tenga problemas para ir al colegio actualmente. Desde que nació tiene un «tuto», un trozo de género que a él lo usa y se angustia mucho si se lo lavan o si los hermanos se lo han escondido.

Presenta pesadillas con una frecuencia de aproximadamente dos veces por semana pero los padres plantean que ellos no tienen muy claro cuanto ya que «cuando tiene pesadillas se va a acostar con la nana y al otro día, a veces ella nos cuenta que el niño estuvo con pesadillas». Actualmente se observa también que el niño tiene problemas para controlar su saliva esta se le cae constantemente sin que se de cuenta. Consultaron con un médico quien les dijo que esto se asociaba a veces a la caída de dientes pero que en el caso de él estaba muy aumentada y que podía deberse a estrés.

Aspectos histórico-genéticos grupales:

Pedro pertenece a una familia de clase media-alta, ambos padres son profesionales. En su historia familiar se registran dificultades de contacto con Pedro, además de que ambos trabajan y llegan

muy tarde a la casa compartiendo muy poco tiempo con los niños especialmente con el paciente. A lo largo del matrimonio han aparecido algunas dificultades entre los padres vinculadas principalmente a diferencias en sus personalidades «ella muy callada y tímida y yo me impongo, además soy desordenado», ante esta definición la madre asiente. Estas dificultades hicieron que ellos se separaran un tiempo al momento de nacer el tercer hijo. Luego de un tiempo se reconciliaron porque ellos plantean que se quieren a pesar de las dificultades y en esta segunda etapa nace Pedro.

Hace alrededor de un año y medio muere repentinamente el abuelo de un ataque al corazón, esta noticia impactó profundamente a los niños ya que era muy unido a sus nietos los llevaba constantemente a pasear y realizaban actividades semanales con él. Los padres adoptaron como estrategia para ayudarlos, el no esconder nada y permitirles participar en todos los ritos en que ellos quisieran estar, ellos plantean que «se lo tomaron muy normal ellos saben que su abuelo murió que a todos nos dio pena y les permitimos darles unos dibujos para que se fueran con él porque especialmente a Pedro le preocupaba que su abuelo iba a quedar solo».

Aspectos histórico-genéticos sociales:

Los padres están casados y se manifiestan creyentes sin embargo los hijos están en un colegio laico. La familia nuclear históricamente ha contado con el apoyo de la familia materna con quienes mantienen estrechos lazos. Los padres no registran redes de amigos ni tampoco participación en otras organizaciones sociales.

Momento evolutivo individual:

Pedro según su edad se encuentra saliendo de la etapa pre escolar y entrando a la escolar muestra características físicas propias de esta etapa, tales como cambio de configuración corporal, cambio de dientes y mayor pericia en el ámbito psicomotor. En el desarrollo cognitivo según los resultados del Bender-Koppitz presentaría una madurez visoperceptiva y por ende de las funciones cognitivas acordes a su edad, sin embargo este potencial estaría interferido por las dificultades emocionales y la ansiedad que el niño presentaría ac-

tualmente lo que lo ubicaría según las pautas del Goodenough en un rango inferior a la media esperada para su edad, sin embargo, esto no ha repercutido en su rendimiento académico de manera sustancial.

En el ámbito del desarrollo social, el grupo de pares durante esta etapa del ciclo vital cobra gran importancia transformándose en un referente del concepto de sí mismo, esto explicaría el que las dificultades de Pedro reportadas por la profesora y los padres en ese espacio sean vistas como un problema y es lo que motiva la consulta actualmente.

Respecto del desarrollo de su personalidad, según Erikson el niño se encontraría elaborando la crisis iniciativa v/s culpa donde el niño se centra en la exploración de su propia sexualidad y las diferencias de género, en este periodo según este autor sería central la labor de los padres en términos de permitir al niño conocer su propio cuerpo, responder las dudas referidas al ámbito de la reproducción y canalizar esta energía de manera positiva; una educación restrictiva y castigadora o bien negligente y poco protectora provocaría fuertes sentimientos de culpa que impedirían la sana identificación sexual.

El equivalente de esta etapa según Freud correspondería a la fase edípica en la que también se buscaría que el niño pueda resignar a sus objetos originarios (padre y madre), logre una sana identificación sexual, integrando tanto aspectos paternos como maternos y producto de esto, se fortalezca el Yo permitiéndole al niño salir del triángulo edípico y explorar nuevas relaciones con personas del ámbito social (amigos, profesores, etc.), logrando la libidinización de actividades y relaciones constructivas sublimando la energía sexual inicialmente dirigida hacia los padres. Estos logros se han visto dificultados en Pedro debido a conflictos previos, no se observa la problemática edípica en la fase diagnóstica, ya que esta se encontraría interferida por otros conflictos explicados en el conflicto nuclear.

Momento evolutivo grupal:

Ambos padres se encuentran finalizando la etapa de la adultez temprana y entrando a la adultez media, los hijos mayores estarían

abordando las tareas de la etapa escolar y la nana, que resulta una imagen fundamental para el paciente, se encontraría en la adultez tardía.

Momento evolutivo social:

La familia se encuentra actualmente muy ligada a la abuela materna, además participan en actividades con la familia paterna pero con menor frecuencia e intensidad. Los hermanos mayores del paciente asisten a actividades extra programáticas en el colegio vinculadas con los deportes; él por su edad no tiene acceso todavía a estas actividades.

Conflicto nuclear subyacente:

La sintomatología del niño se puede entender si observamos la dificultad crónica de los padres para hacerse cargo de él, para contener su ansiedad y constituir figuras «suficientemente buenas» de modo que él pueda integrarlas. Pedro muestra durante la fase de diagnóstico, fuertes ansiedades paranoides, temor a ser dañado, abandonado y devorado por las figuras de autoridad esto se ve agudizado en el colegio en que nuevamente se encuentra con una profesora que es indiferente a sus miedos y necesidades. Esto lo lleva a refugiarse en su mundo interior como una manera de conservar los aspectos buenos de sí mismo y de protegerse de la agresión, sin embargo, al permanecer inconscientes estos conflictos surgen en él momentos de descontrol (rabietas en la casa), pesadillas, dolor estomacal y descontrol de la saliva como un modo de expresar su agresión. Estas manifestaciones se alternan, es decir, entre la inhibición (por temor a que la agresión se vuelva hacia él) y el descontrol (forma de expresión de la agresión) lo que muestra la falta de integración de los aspectos del Yo, dado como se enunció anteriormente, por el «abandono» implícito que han hecho los padres de su cuidado, impidiendo la internalización de estas figuras primarias.

Situación actual estructurada en torno al eje:

Debido al conflicto enunciado anteriormente Pedro ha desarrollado lo que descriptivamente podría definirse como un trastor-

no de ansiedad generalizado, lo que ha dificultado su desarrollo social y de la personalidad. Las defensas que aparecen predominantemente en el proceso de diagnóstico son: proyección de sus aspectos agresivos, identificación proyectiva, negación, desplazamiento, identificación introyectiva de la agresión implícita de los padres y anulación a través de la salivación se busca anular lo que se quiere decir «limpiarlo» pero sin embargo esto trae implícito la agresión de escupir a los padres y profesora.

Objetivos terapéuticos:

- Elaborar y reparar las figuras de ambos padres, esto le permitirá a Pedro integrarlos y fortalecer su Yo, al mismo tiempo de favorecer su desarrollo psicológico vinculado a la temática edípica.
- Disminuir la sintomatología que actualmente presenta el niño a través de la elaboración de su ansiedad.
- Fortalecer y desarrollar la red social en el colegio considerando la importancia evolutiva que tiene esto en su etapa del ciclo vital.
- Favorecer el autoconocimiento y la exploración de sí mismo en la relación terapéutica.

Proceso de terapia:

Pedro ha asistido a 3 sesiones de diagnóstico y 12 de terapia, actualmente se está elaborando el cierre del proceso y la evaluación de los objetivos terapéuticos. En cada sesión se le dejó trabajar libremente y la mayoría de las veces prefirió conversar de temas que él proponía libremente o trabajar con los materiales de escritorio, rara vez eligió jugar y cuando lo hizo rápidamente volvía a conversar o a trabajar con plasticina.

En un primer periodo aproximadamente las cuatro primeras sesiones, manifestaba constantemente sus miedos, los temas de conversación y trabajos estaban vinculados con brujas, fantasmas, dragones, el viejo del saco y su preocupación constante era el daño que podían hacer estos elementos a los niños como robárselos, comerlos, cocinarlos, etc. En este periodo también su descontrol de la saliva era bastante grande, llegando a mojar los trabajos que realizaba, su ropa y la mesa.

Durante esta primera etapa todas estas manifestaciones se le mostraban referidas al foco: a sus temores de ser dañado, a la rabia que podía generarle a él no tener padres cercanos que puedan ayudarlo a vencer sus miedos, a que la terapeuta sabía que él podía controlar su saliva y que era capaz de hacerlo pero que él elegía no hacerlo en este momento porque necesitaba mostrar cómo se sentía ya que a veces a los padres y a la profesora les costaba darse cuenta de otras maneras que él los necesitaba.

Progresivamente en un segundo periodo las muestras de ansiedad y temores más básicos fueron disminuyendo. Seguía dibujando o modelando figuras que lo podían dañar, pero fue incorporando figuras protectoras a través de superhéroes que luchaban con las figuras malas, de a poco estos personajes buenos fueron ganando. Respecto a su saliva en este período en sesión comenzó a hacer un sonido con la boca cuando intentaba incorporar su saliva, se le mostró como un avance y que yo creía que pronto él iba a poder decir lo que necesitaba y que silbar (porque ese era el sonido que emitía) era un primer avance. En este periodo se intentó también, que trabajara la integración de aspectos positivos y negativos de los padres de una manera más realista haciendo la comparación con las figuras buenas y malas que aparecían ahora en sus historias, interpretando esto como su deseo de ser protegido y cuidado y cómo él deseaba que los padres fueran así y que en algunos momentos él los sentía así, le mostré la preocupación de ellos de traerlo puntualmente a cada sesión, y que ellos quizás se daban cuenta que habían cosas en las que se habían equivocado y que ahora querían reparar esos aspectos.

La última fase la constituye la evaluación y cierre en la que el proceso se encuentra actualmente. Los síntomas han desaparecido, los problemas de salivación casi no se presentan ya que la mayor parte del tiempo él logra controlarlo, ha fortalecido sus redes sociales, tiene amigos y ha logrado una mayor comprensión de las situaciones sociales con frases como: «El otro día hablé con el Félix (un compañero que lo había agredido en varias oportunidades anteriormente y a quién Pedro le tenía mucho miedo) porque me quería pegar de nuevo porque yo tenía un palito y él decía que era de él y le dije por qué me hacís esto?...que tu no sabís que los animales se

pegan y las personas hablan?...y le di el palo, ¿ para qué me voy a buscar problemas?». No ha sufrido agresiones de parte de sus compañeros y esta situación de enfrentamiento a su compañero lo hizo sentir más seguro de sí mismo.

En este periodo surgió de él los deseos de contar más de su abuelo que quería que la terapeuta lo conociera y trabajamos esto a través de dibujos y le escribió una carta, en ese momento trabajamos el concepto de la internalización de los objetos, es decir, cómo él tenía cosas parecidas a las de su abuelo (el gusto por los animales, la naturaleza, etc.) que hacían que su abuelo permaneciera en él para siempre.

Como modo de evaluación se vuelve a aplicar los dibujos de figura humana y familia y se observan diferencias sustanciales tanto en el aprovechamiento de su potencial intelectual, como también en la imagen de sí mismo y en su desarrollo emocional. En el test de la familia él reconoce que está con sus papás y que están con los brazos arriba porque están contentos por que él ya no es tan miedoso. Llama la atención el sombreado que aparece en la zona genital del padre y de él, que indicarían que estaría elaborando aspectos de la relación edípica, en su identificación con el padre que constituía uno de los objetivos terapéuticos también.

Se realizan tres sesiones de cierre con el niño y una última sesión de evaluación del tratamiento con los padres.

Este libro
se terminó de imprimir
en los talleres digitales de RIL® editores
Teléfono: 225-4269 / ril@rileditores.com
Santiago de Chile, octubre de 2007



En este manual, dirigido especialmente a psicólogos y psiquiatras jóvenes, se abordan aspectos teóricos y prácticos acerca de cómo realizar un estudio del desarrollo normal y de los conflictos que puedan presentar los niños desde la temprana infancia hasta los trece años. Se analiza el procedimiento para efectuar la evaluación psicodiagnóstica mediante la entrevista clínica y tests específicos para estas edades. Además, se presentan algunos conceptos de psicoanálisis, de psicología evolutiva y de psicopatología infantil, mostrando indicadores de utilidad para los psicólogos y psiquiatras que se inician en la clínica infantil.

Se incluye también una descripción de cómo realizar la psicoterapia breve de niños, de orientación psicoanalítica en base al juego, dibujo y expresiones verbales y se indica la necesidad de la integración de elementos de la teoría humanista y sistémica para lograr una visión amplia y comprensiva del niño en evaluación y tratamiento. Finalmente, se destacan importantes aspectos relacionados con la formación y ética de los terapeutas de niños, que muestra diferencias marcadas con la formación del terapeuta de adultos.



RIL editores

ISBN 978-956-284-570-0



9 789562 845700