



Universidad  
**UNIVER MILENIUM**  
*Ser, Crecer, Saber y Dar*

**Textos Básicos**  
**Psicoterapia Infantil**

**Autor:**

**M. Y Lic. Psicóloga Arianne Lizeth Aguilar  
Alvarez**

**ENERO 2014**

# **Licenciatura:**

Psicología

**Clave**

MPS1038

**Décimo Cuatrimestre**

## PRESENTACION

La presente antología ha sido elaborado con la finalidad de proporcionar al alumno una herramienta que complemente su preparación profesional.

La vocación del psicólogo es muy demandante; ya que continuamente debe estar al tanto de los conocimientos existentes, incluso de dar propias aportaciones para que tenga las suficientes herramientas en el cumplimiento de la demanda del paciente; sobre todo cuando es niño.

A aquellos quienes están interesados en esta área de aplicación de la psicología; debe saber que el compromiso es mayor; y el trabajo agotante debido a que el niño (según sea la edad) aún carece de todas las herramientas de resolución, razón por la cual el contacto con el padre de familia será indispensable.

Los recursos con los que cuente el profesional de la salud mental determinarán el curso de la terapia cumpliendo los objetivos que inicialmente se hayan planteado enfocados en el MOTIVO DE CONSULTA. Por lo tanto, debe entenderse que la Psicoterapia es un proceso que consta de la detección, Evaluación, Interpretación y Planeación; mismas fases que son abordadas en esta antología.

Se espera que el recurso presente realmente pueda reforzar los elementos básicos de la ejecución psicoterapéutica; y que el representante de la profesión actúe con ética y compromiso aplicando cada uno de estos principios; entendiendo que la intervención en la INFANCIA, es decir, realizando una detección temprana de los padecimientos podrá prever situaciones futuras mas complejas.

# INDICE

|   | Página |
|---|--------|
| Presentación.....                             | 2      |
| Índice .....                                  | 3      |
| Unidades de aprendizaje.....                  | 5      |
| Criterios y procedimientos de evaluación..... | 10     |
| Bibliografía.....                             | 12     |

## Unidad de aprendizaje No.1 GENERALIDADES DE PSICOTERAPIA

|  |                |
|--|----------------|
| <b>1.1. Generalidades de la Psicoterapia .....</b>         | <b>14</b>      |
| <b>1.2. Psicoterapia infantil .....</b>                    | <b>17</b>      |
| 1.2.1 Modelo Psico dinámico .....                          | 19             |
| 1.2.2 Modelo Conductista .....                             | 20             |
| 1.2.3 Modelo Sistémico .....                               | 21             |
| 1.2.4 Modelo Centrado en el cliente .....                  | 21             |
| <b>1.3 Psicoterapia y estudio evolutivo del niño .....</b> | <b>22</b>      |
| 1.3.1 Psicoterapia del lactante .....                      | 23             |
| 1.3.2 El niño entre 3 – 6 años .....                       | 25             |
| <b>Actividad de aprendizaje 1.</b>                         | <b>ANEXO 1</b> |

## Unidad de aprendizaje No. 2 ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA INFANTIL

|   |                |
|---|----------------|
| <b>2.1. Evaluación Psicológica .....</b>                  | <b>27</b>      |
| <b>2.2. El proceso de una psicoterapia infantil .....</b> | <b>33</b>      |
| 2.2.1 Entrevista Psicoanalítica .....                     | 38             |
| 2.2.2 Entrevista Fenomenológica .....                     | 44             |
| 2.2.3 Entrevista Conductual .....                         | 48             |
| <b>2.3 Observación Directa e Indirecta .....</b>          | <b>52</b>      |
| <b>Actividad de aprendizaje 2.</b>                        | <b>ANEXO 2</b> |

## Unidad de aprendizaje No.3 LENGUAJE

|  |                |
|--|----------------|
| 3.1 Conceptos y características del lenguaje.....  | 54             |
| 3.2 Funciones del lenguaje .....   | 57             |
| 3.3 Desarrollo del lenguaje en el niño .....   | 59             |
| 3.4 Relación entre Lenguaje y Pensamiento .....  | 61             |
| 3.5 El Inconsciente infantil .....   | 62             |
| <b>Actividad de Aprendizaje 3.</b>   | <b>ANEXO 3</b> |
| <b>Unidad de aprendizaje No.4 ESTRATEGIAS DE LA EVALUACIÓN EN LA PSICOTERAPIA INFANTIL</b> |                |
| 4.1 El dibujo como instrumento terapéutico .....   | 70             |
| 4.2 Pruebas proyectivas de la psicoterapia infantil .....                                  | 70             |
| 4.2.1 Dibujo de la figura humana .....   | 70             |
| 4.2.2 Dibujo HTP.....  | 73             |
| 4.3 El juego terapéutico .....   | 78             |
| 4.3.1 Los juguetes en la terapia de juego .....  | 78             |
| 4.3.2 Aplicación en la terapia de juego .....  | 81             |
| 4.4 Los roles de los padres en la psicoterapia infantil.....                               | 82             |
| <b>Actividad de Aprendizaje 4.</b>   | <b>ANEXO 4</b> |
| <b>Unidad de aprendizaje No.5 ENFOQUES EN PSICOTERAPIA INFANTIL</b>                        |                |
| 5.1 El niño como objeto de estudio de distintos modelos Teóricos .....                     | 83             |
| 5.2 Modelos Teóricos .....   | 85             |
| 5.3 Teorías evolutivas y estudio del niño .....  | 87             |
| 5.4 La psicología y las técnicas e intervenciones en el trabajo Profesional .....          | 91             |
| 5.4.1 Modalidades psicoterapéuticas .....  | 96             |
| <b>Actividad de Aprendizaje 5.</b>   | <b>ANEXO 5</b> |

## OBJETIVO GENERAL DE LA ASIGNATURA

El alumno será capaz de detectar y aplicar los diferentes enfoques teóricos en el tratamiento de trastornos infantiles

## UNIDADES DE APRENDIZAJE

### Unidad de aprendizaje: 1

Nombre de la unidad de aprendizaje: **PSICOTERAPIA**

| Objetivo  | Actividades de aprendizaje   | Bibliografía.   |
|---|--|---|
| Conocer los principios básicos de la psicoterapia infantil e identificar cómo en la práctica clínica se diferencia de la terapia de adultos | <p><b>BAJO LA CONDUCCIÓN DE DOCENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboración de conclusiones personales del tema.</li><li>• Evaluación de caso práctico</li><li>• Ejercicio de debate referente al tema</li></ul> <p><b>DE MANERA INDEPENDIENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Investigación personal de conceptos complementarios.</li><li>• Elaboración de un cuadro comparativo relacionado a la lectura.</li><li>• Lectura de artículos complementarios que serán analizados en clase.</li></ul> <p><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>A través de la entrega de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cuadro comparativo</li></ul> | <p>Kaufman Alan,<br/>Psicometria razonada con el WISC-R, Ed. Manual Moderno 1999</p> <p>O'Connor / Schafer,<br/>Manual de terapia de juego, Ed. Manual Moderno 2000</p> <p>Honmann/ Weikar, La educación de los niños pequeños en acción., Ed. Trillas 1999</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación en el debate</li> <li>- Implementación de controles de conducta.</li> </ul> |  |
|--|--|--|

## UNIDADES DE APRENDIZAJE

### Unidad de aprendizaje: 2

Nombre de la unidad de aprendizaje:

#### **ENTREVISTA PSICOTERAPEUTICA INFANTIL**

| <b>Objetivo</b>   | <b>Actividades de aprendizaje</b>  | <b>Bibliografía.</b>   |
|---|--|--|
| <p>Desarrollar las competencias para efectuar una entrevista psicoterapéutica:<br/>Elaboración de guión, Desarrollo de la entrevista con el paciente, Evaluación, resultados.</p> | <p style="text-align: center;"><b>BAJO LA CONDUCCIÓN DE DOCENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de conclusiones personales del tema.</li> <li>• Aplicación en casos reales de los conceptos analizados.</li> <li>• Elaboración de ejercicios prácticos: Guión de entrevista,</li> <li>• Elaboración de simulaciones de Entrevista.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>DE MANERA INDEPENDIENTE</b></p> <p>Cuestionario<br/>Elaboración de caso</p> <p style="text-align: center;"><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>A través de la resolución de un cuestionario y la entrega de informes</p> | <p>Cairns &amp; Ornstein (1983) <i>Psicología Evolutiva: una perspectiva histórica.</i> En Marchesi, A.</p> <p>Carretero, M. &amp; Palacios, J. (comp.) <i>Psicología Evolutiva. 1. teorías y métodos.</i> Madrid: Alianza.</p> <p>Carli, S. (2006) <i>Notas para pensar la infancia en la Argentina (1983-2001).</i> En Carli, S.</p> |

## UNIDADES DE APRENDIZAJE

### Unidad de aprendizaje: 3

Nombre de la unidad de aprendizaje:  
**LENGUAJE**

| Objetivo   | Actividades de aprendizaje  | Bibliografía.   |
|--|---|---|
| <p>Identificar los diferentes recursos para la evaluación de los hitos del desarrollo esperados en cada una de las etapas del LENGUAJE del niño.</p> | <p style="text-align: center;"><b>BAJO LA CONDUCCIÓN DE DOCENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de conclusiones personales del tema.</li> <li>• Conocer los diferentes instrumentos de la evaluación del lenguaje en el psicodiagnóstico del niño.</li> <li>• Revisar por medio de videos los hitos del desarrollo esperados en el lenguaje.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>DE MANERA INDEPENDIENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leer lecturas complementarias.</li> <li>• Realizar práctica con algún paciente.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>EVALUACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregas de reportes de lecturas</li> <li>• Entrega de reporte semanal de las observaciones que haya realizado con su</li> </ul> | <p>Fornari, N, Santos, G. &amp; Saragossi, C. (2002) La subjetividad infancia como práctica social: una forma de abordarla. En <i>Memorias de las IX Jornadas de Investigación en Psicología, tomo II</i>. Bs. As., Facultad de Psicología, UBA.</p> <p>Fornari, N. (2003) El imaginario poder de la infancia y el debilitamiento de la función</p> |

|  |          |  |
|--|----------|--|
|  | paciente |  |
|--|----------|--|

## UNIDADES DE APRENDIZAJE

### Unidadde aprendizaje: 4

Nombre de la unidad de aprendizaje: **ESTRATEGIAS DE LA ENTREVISTA**

| Objetivo  | Actividades de aprendizaje   | Bibliografía.  |
|---|--|--|
| <p>Aplicar, Evaluar e Interpretar los instrumentos de evaluación diagnóstica que se aplican como parte de las estrategias de la entrevista.</p> | <p><b>BAJO LA CONDUCCIÓN DE DOCENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de conclusiones personales del tema.</li> <li>• Desarrollo e Interpretación de casos clínicos.</li> <li>• Aplicación del proceso de evaluación clínica.</li> </ul> <p><b>DE MANERA INDEPENDIENTE EVALUACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de fichas técnicas de cada instrumento de evaluación.</li> </ul> | <p>Cole, M. &amp; Scribner (1978) Introducción. En Vygotski, L. <i>El desarrollo de los procesos, psicológicos superiores</i>. Barcelona: Crítica.</p> <p>Coll, C. (1979) El concepto de desarrollo en Psicología Evolutiva: aspectos epistemológicos. <i>Infancia y Aprendizaje</i>.7, 61-73</p> <p>Delval, J. (1988) Sobre la historia del estudio del niño. <i>Infancia y Aprendizaje</i>.44, 59-108.</p> |

## UNIDADES DE APRENDIZAJE

### Unidad de aprendizaje: 5

Nombre de la unidad de aprendizaje: **ENFOQUES EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

| Objetivo  | Actividades de aprendizaje  | Bibliografía.  |
|---|---|--|
| <p>Identificar las características particulares del ejercicio práctico de cada enfoque teórico.</p> | <p><b>BAJO LA CONDUCCIÓN DE DOCENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de conclusiones personales del tema.</li> <li>• Reconocimiento de los estilos terapéuticos en base a cada perspectiva teórica.</li> <li>• Resolución de casos clínicos para ejemplificar cada enfoque</li> </ul> <p><b>DE MANERA INDEPENDIENTE EVALUACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de cuadro comparativo de las perspectivas teóricas.</li> <li>• Recopilación y entrega de casos clínicos.</li> </ul> | <p>Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Ed. Salvat .1991.</p> <p>Karl A . Slaikeau :<br/>Intervención en crisis.<br/>Manual Moderno. 1988</p> <p>Ariès, P. (1973) <i>El niño y la vida familiar en el antiguo régimen</i>. Madrid: Taurus.</p> |

## **CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN**

Esta asignatura es en un 90% práctica por lo que su desarrollo y evaluación consistirá en la realización de ejercicios, tareas, culminando con un caso práctico integral que se desarrollara en el transcurso del cuatrimestre.

El caso práctico integral se evaluara durante todo el cuatrimestre mediante entregas parciales por sesión, por lo que la entrega final solo representará un 15% de la evaluación del caso práctico.

Según lo anterior la forma de evaluación quedara como sigue:

|  |            |
|--|------------|
| <b>Dos exámenes parciales</b>                              | <b>30%</b> |
| <b>Caso practico</b>                                       | <b>30%</b> |
| <b>Actividades : Informes,<br/>Ejercicios de Antologia</b> | <b>40%</b> |

## **GUÍA DE TRABAJO GENERAL**

Por la características de la asignatura y la dificultad que presenta para los alumnos la comprensión de la técnica aplicada, según experiencia propia, el desarrollo del curso será en su totalidad presencial, sin embargo no se establecerá como obligatoria la asistencia sino solo en un 50% de las sesiones.

La participación de los alumnos resulta vital para la consecución de los objetivos, no obstante en la mayoría de las unidades de aprendizaje el profesor desarrollara las sesiones con la correspondiente retroalimentación y actividades de los alumnos.

## NÚMERO DE SESIONES

Del total de las 14 sesiones programadas, se plantea que todas ellas sean presenciales, en virtud de tratarse de una asignatura práctica y con cierto grado de dificultad para los alumnos. De estas sesiones, dos se utilizarán para la realización de los exámenes parciales y solo será obligatoria la asistencia a el 50% de las sesiones de clase y a la de los exámenes. La distribución de las mismas se muestra en las guías de las unidades de aprendizaje.

Para el desarrollo de la exposición de las unidades de aprendizaje se utilizarán 7 sesiones y las restantes 5 sesiones serán de repaso de la unidad de aprendizaje No. 5 por representar la parte más compleja del curso

## BIBLIOGRAFÍA

- Kaufman Alan, Psicometria razonada con el WISC-R, Ed. Manual Moderno 1999
- O'Connor / Schafer, Manual de terapia de juego, Ed. Manual Moderno 2000
- Honmann/ Weikar, La educación de los niños pequeños en acción., Ed. Trillas 1999
- Ma Teresa Padilla Velazquez, Psicoterapia de Juego, Ed. Plaza Valdez 2004
- A. Lazarus : Terapia multimodal. Editorial IPPEM. 1981
- I. Romero y A. Fernandez : Salud mental. Formación continuada en atención primaria. IDEPSA. Bristol-Myers, SAE, 1990.
- DSM-IV .Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson , 1991.
- J.Poch y A. Talarn : Entrevista psicológica e historia clínica. En J. Vallejo Ruiloba :
- Introducción a la psicopatología y la psiquiatria. Ed. Salvat .1991.
- Karl A . Slaikeau : Intervención en crisis. Manual Moderno. 1988
- Ariès, P. (1973) *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus.
- Bruner, J. (2004) La teoría del desarrollo como cultura. En Bruner, J. *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- Cairns & Ornstein (1983) Psicología Evolutiva: una perspectiva histórica. En Marchesi, A.
- Carretero, M. & Palacios, J. (comp.) *Psicología Evolutiva. 1. teorías y métodos*. Madrid: Alianza.
- Carli, S. (2006) Notas para pensar la infancia en la Argentina (1983-2001). En Carli, S.(comp.) *La cuestión de la infancia. Entre la escuela, la calle y el Shopping* Buenos Aires: Paidós.

- Cole, M. & Scribner (1978) Introducción. En Vygotski, L. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Coll, C. (1979) El concepto de desarrollo en Psicología Evolutiva: aspectos epistemológicos. *Infancia y Aprendizaje*.7, 61-73
- Delval, J. (1988) Sobre la historia del estudio del niño. *Infancia y Aprendizaje*.44, 59-108.
- Delval, J. (1994) *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
- Fernández Lópiz, E. (2000) *Explicaciones sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Fornari, N, Santos, G. & Saragossi, C. (2002) La subjetividad infancia como práctica social: una forma de abordarla. En *Memorias de las IX Jornadas de Investigación en*
- *Psicología, tomo II*. Bs. As., Facultad de Psicología, UBA.
- Fornari, N. (2003) El imaginario poder de la infancia y el debilitamiento de la función paterna. Una producción de hoy: “Las chicas superpoderosas”. En *Memorias de las X*
- *Jornadas de Investigación en Psicología*. Bs. As., Facultad de Psicología, UBA. Lewkowicz,

## ***UNIDAD DE APRENDIZAJE No. 1***

### **1.1 GENERALIDADES DE LA PSICOTERAPIA**

#### **DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA**

Se puede definir la psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. Estas generalmente utilizan la interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de los diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada maladaptativa para el individuo. Este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios y que poseen el entrenamiento y la experiencia para la aplicación de tales técnicas.

La definición enunciada subraya el hecho que la psicoterapia es un tratamiento, lo que supone que el sujeto presenta un trastorno o condición maladaptativa definida. En este sentido, la psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto nosológico psiquiátrico. Aun cuando la psicoterapia contribuye a un crecimiento personal, o bien a una ampliación de la conciencia de los conflictos, su finalidad es el alivio o la curación de trastornos mentales. Este solo aspecto de la definición de psicoterapia acota enormemente su campo de acción.

Por otra parte, cada técnica psicoterapéutica está estrechamente ligada a una teoría psicológica particular. Ello otorga a cada forma un sello característico, y al mismo tiempo determina objetivos específicos. De allí que algunos autores clasifiquen las psicoterapias en tres grandes grupos:

- a) Psicoterapia de apoyo (terapia ocupacional, reaseguramiento).
- b) Psicoterapia reeducativa (terapia cognitiva, conductual).
- c) Psicoterapia reconstructiva (terapia psicoanalítica).

Sin embargo, todos los autores reconocen que cualquier forma de psicoterapia comparte elementos de apoyo, de educación y de elaboración de conflictos profundos de la personalidad, si bien alguno de estos elementos puede ser privilegiado.

### **Campo de acción**

Quizás uno de los logros más notables en la última década ha sido el desarrollo de nuevas estrategias psicoterapéuticas para los diversos trastornos mentales y la demostración de su eficacia a través de ensayos clínicos. Revisaremos brevemente algunos resultados que ilustran lo anterior.

Los trastornos afectivos, en particular la depresión, son probablemente los más extensamente estudiados. Está bien demostrado que la psicoterapia tiene una eficacia comparable a la farmacoterapia y algunos estudios sugieren que podría tener un efecto específico en relación a algunos de sus síntomas. En relación con los trastornos de ansiedad, se ha visto que el trastorno de pánico se beneficia con una estrategia combinada que incluye terapia de exposición (exposición sistemática a los componentes neurovegetativos del ataque de pánico), terapia cognitiva (evaluación de las creencias falsas en relación a los ataques de pánico), junto a elementos educativos (enseñar al paciente los mecanismos fisiológicos de este trastorno y los fundamentos de su tratamiento). Estudios preliminares de la eficacia de esta técnica combinada han demostrado un 85% de buena respuesta, permaneciendo el 81% de los pacientes sin síntomas después de 2 años. Por otra parte, en agorafobia, diversos estudios han mostrado

la eficacia de las técnicas de desensibilización sistemática (exposición planificada a las situaciones que provocan la angustia).

En el caso de la esquizofrenia, la experiencia acumulada en diversos estudios demuestra que existen dos áreas donde la psicoterapia tiene impacto. Por una parte, se ha demostrado que una relación de apoyo y estrategias de rehabilitación en habilidades sociales reducen el riesgo de recaída y mejoran el funcionamiento social. Por otra parte, se han desarrollado técnicas de intervención familiar con el objeto de disminuir la hostilidad y las críticas dirigidas al paciente por parte de la familia, lo que ha tenido un impacto significativo en la recaída y consecuente rehospitalización de los pacientes.

En relación al abuso de sustancias, un hecho interesante es que los trastornos psiquiátricos o los trastornos de personalidad antisocial coexistentes tendrían claros beneficios con psicoterapia, tanto cognitivo-conductual como psicodinámica, existiendo en la actualidad una considerable investigación de la eficacia de diversas modalidades de terapia de grupo y de terapia cognitiva dirigida a la prevención de recaídas.

Otro interesante campo de aplicación de la psicoterapia ha sido el de los trastornos psicosomáticos, tales como cefalea crónica, hipertensión arterial y dolor crónico, en los cuales existe considerable evidencia de la eficacia de este tipo de tratamiento. Investigaciones más recientes han demostrado de manera consistente el beneficio de la psicoterapia en el cáncer. De particular interés es un estudio realizado en 86 pacientes con cáncer de mama metastásico, las cuales fueron divididas en dos grupos: uno que siguió los controles de rutina y otro que recibió psicoterapia de grupo semanal, focalizada en los temores y dificultades que producía la enfermedad para sí mismas y para la relación con su familia. Entre los hallazgos iniciales se encontró que el grupo que recibió psicoterapia presentó

menos alteraciones del ánimo, menos respuestas fóbicas y menos dolor. Pero lo más sorprendente es que la supervivencia de las pacientes que recibieron psicoterapia resultó ser el doble, 36,6 versus 18,9 meses, en comparación al grupo control.

Estos hallazgos han servido de base para el estudio del efecto preventivo de la psicoterapia, tanto de trastornos psiquiátricos adaptativos como de trastornos somáticos. Por ejemplo, existen trabajos que demuestran en forma consistente el beneficio de una preparación psicoterapéutica antes de la cirugía. Por último, existen estudios que muestran el efecto de la psicoterapia en pacientes con un alto índice de consulta médica, encontrándose una disminución en el uso de medicamentos de hasta un 47%.

El conjunto de todas estas investigaciones, sin incluir numerosos estudios en otros trastornos donde la psicoterapia tiene reconocida eficacia (fobia social, trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación, etcétera), demuestran que la psicoterapia es una herramienta terapéutica válida.

## **1.2 PSICOTERAPIA INFANTIL**

En los últimos años la psicología ha alcanzado un requerimiento importante por parte de los pacientes; por lo que los niveles de intervención y los beneficiarios de la misma también han ido aceptando los cambios y la evolución de la misma.

En este sentido el sector social al cual se le ha prestado mayor atención es a los niños, debido a que nos permite asegurar un desarrollo armonioso de la personalidad del niño y por consiguiente la prevención de problemas emocionales en el adulto.

El niño se encuentra sometido a diversos agentes estresantes y en muchas oportunidades la idea o pensamiento de que los niños no tienen problemas no nos dejan prevenir e intervenir cuando ellos necesitan ayuda y/o apoyo emocional;

esta situación hace que el niño se desadapte y tenga una serie de conductas inadecuadas que lo hacen sentirse mal y al mismo tiempo a sus padres o personas relacionadas directamente a el.

Es importante mencionar que en la intervención terapéutica con niños el problema no sólo es de los infantes, sino también de los padres y/o personas que los crían, es por ello que la terapia familiar y con el niño van de la mano en una estrecha e importante relación.

Virginia Axline (1947) es la terapeuta que sistematizó el tratamiento de niños a través del juego, siguiendo los principios del método terapéutico de Carl Rogers. Axline considera que los juegos terapéuticos representan la libertad de expresión que se le da al niño dentro de una relación terapéutica. El tratamiento comienza desde la primera sesión y se acepta al niño tal y como es, sin censura por parte del terapeuta, dándole muchas oportunidades para que exprese sus sentimientos en un clima tan tolerante como lo permita la situación, ayudándole a reconocer y aclarar sus sentimientos.

Siguiendo este método, no se hace consciente ningún intento de interpretación o manipulación. El terapeuta pone en juego sus capacidades para captar los sentimientos del niño, reflejando sus actitudes de manera que pueda lograr una mejor comprensión de sí mismo. La idea básica es impulsar la autorrealización del niño a través de un incremento cualitativo y una madurez armoniosa de la personalidad.

Existen claras diferencias entre la psicoterapia para adultos y niños, los principios básicos pueden ser similares pero se tiene que tomar en cuenta otros factores como maduración tanto física como emocional, adaptación al ambiente, nivel de relaciones interpersonales, etc.; es por ello que mencionas algunas de las diferencias más resaltantes:

El niño no posee la motivación para el tratamiento, esto se refiere a que el niño no sabe lo que ocurre y por ende la búsqueda de ayuda no es manifiesta a

diferencia del adulto, es decir no tiene consciencia del problema, es por ello que el terapeuta que intervenga a un niño debe estar preparado para ciertas conductas y actitudes por parte de este a no realizar la terapia.

Los objetivos del tratamiento, a diferencia del adulto el cual discute la finalidad del tratamiento y lo que quiere logara el niño hace lo que puede para entender la finalidad del tratamiento, siendo guiado por el terapeuta para que se de cuenta del problema y de lo que es mejor para su desarrollo.

El desarrollo verbal en el niño es claro agente que limita en ciertas ocasiones un adecuado desarrollo de la terapia, es por esta razón el empleo del juego terapéutico a través del cual la expresión de sus sentimientos e ideas puede hacerse mas simple y al mismo tiempo mas rica para la terapia.

La dependencia del niño, es algo a veces difícil de manejar debido a que no le podemos exigir ni someter a ser mas responsable de sí mismo es por ello que el trabajo con los padres y/o personas significativas para el niño es fundamental para el éxito de la terapia.

La plasticidad de la personalidad del niño, muchas veces se compara al niño con una esponja debido a que es en esta etapa de su vida es donde captan estímulos y respuestas del mundo y las adoptan como propias manifestándolas en situaciones iguales o similares.

Existen diversos modelos de tratamiento en niños que parten de los enfoques teóricos sobre los cuales se basa el estudio de la conducta. Estos son:

### **1.2.1 El Modelo Psicodinámico**

En este modelo se teoriza que los niños deben superar adecuadamente las fases del desarrollo psicosexual (oral, anal, fálica y genital). Los trastornos mentales están originados por los procesos inconscientes que defienden a la persona contra la ansiedad y los conflictos psíquicos y por lo tanto los síntomas

son manifestaciones del inconscientes; es por ello que se utiliza mucho la imaginación en esta terapia y así mismo el juego en sentido de poner al niño en situaciones para que explique en la medida de lo posible sus sentimientos e ideas, este tipo de terapia cabe resaltar que ha ido mejorando con el transcurrir del tiempo, y algo que también es muy usado por los psicodinámicos es la interpretación de los sueños del niño, siendo estos explicados en forma clara y entendible no solo para el sino también para su familia, tratando de buscar y generar el cambio de su entorno.

### **1.2.2 El Modelo Conductista**

Rechaza el origen somático y organicista de la enfermedad (el origen no es un problema orgánico) ya que considera que el trastorno se origina en la interacción persona- medio y por lo tanto los síntomas patológicos se adquieren. La intervención a través de este modelo se basa en el cambio generado por refuerzos y castigos, existen diversas posturas en este modelo siendo algunas mas radicales que otras, peor en todas ellas se observa el trabajo con los padres que son de quienes en mayor medida depende el cambio de comportamiento en el niños, es común realizar el contrato terapéutico con el niño y trabajar con las conductas observables de este no tomando, en ciertos casos, el aspecto emocional en el que luego se verá mejorado por la recompensa que logre ayudando a que el niño se sienta mejor y aumente su autoestima y ganas de seguir la terapia.

### **1.2.3 El Modelo Sistémico**

Es la que atribuye a las relaciones familiares con problemas, un papel primario en la causalidad de los problemas emocionales de los niños. Según esta posición las relaciones familiares inadecuadas provocan problemas emocionales en lo niños y los problemas emocionales de cualquier miembro, repercuten u se mantienen vivos mediante las relaciones internas de la familia. Por tanto la familia debe tratarse como un todo.

La tarea del terapeuta es estudiar a la familia, ver como funciona, como se comunica y como resuelve sus conflictos desde la perspectiva de observador participante. El terapeuta se vale de una serie de procedimientos técnicos tales como filmar a la familia en acción, observarla a través de espejos especiales, etc. De la misma forma se suele realizar preguntas circulares y también otros métodos como adaptarse a la familia para entenderla mejor respetando sus puntos de vista y buscando la exageración de las emociones y sentimientos para que ellos mismos tanto la familia como el que lo realizó se den cuenta del efecto que tiene su conducta e idea dentro de ese sistema.

### **1.2.4 El Modelo centrado en el Cliente**

Este modelo es desarrollado principalmente por Virginia Axline en base a las ideas de Carl Rogers. Algunos de sus principios básicos son los siguientes:

- El terapeuta debe desarrollar relaciones calidas y amistosas con el niño.
- Se debe aceptar al niño tal como es.

- El terapeuta establece un sentimiento de tolerancia en la relación, de modo que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos de una manera completa.
- Se debe permanecer atento para reconocer los sentimientos que exprese el niño y reflejar esos sentimientos en él, de tal modo que de tal modo que obtenga discernimientos sobre su conducta.
- Se debe mantener respeto por la capacidad del niño para resolver sus propios problemas, si se le da la oportunidad de hacerlo. El niño tiene la responsabilidad de hacer elecciones o instituir cambios.
- El terapeuta no trata de dirigir la conversación a los actos del niño en ningún momento.
- No se busca apresurara la terapia, es un proceso gradual.
- El terapeuta establece sólo las limitaciones necesarias para afianzar la terapia en el mundo de la realidad y hacer que el niño este consciente de su responsabilidad en la relación establecida.

### **1.3 PSICOTERAPIA Y ESTADIO EVOLUTIVO DEL NIÑO**

Para la valoración de los trastornos psíquicos en la infancia no es posible utilizar los mismos criterios que se emplean para el adulto ya que toda forma de comportamiento infantil puede ser transitoria y tener escasa significación psicopatológica en una determinada etapa de desarrollo. Por tanto, siempre se ha de tener en cuenta la psicología específica de cada etapa.

La indicación de un tratamiento psicoterapéutico en la infancia se tiene que hacer, no tanto en base a los síntomas neuróticos por sí mismos, sino en la repercusión de éstos sobre el estadio del desarrollo de cada niño en particular. Anna Freud en 1945 ya señalaba que durante la infancia sólo existe un factor de una importancia tan fundamental que su limitación por una neurosis obliga a una

intervención inmediata. Este factor no es otro de la capacidad de desarrollo del niño. Por tanto, lo más decisivo para determinar la gravedad de la sintomatología en la infancia, es el grado de inhibición del desarrollo. El acento se desplaza así, desde el aspecto puramente clínico del caso, a un criterio basado en el desarrollo infantil.

### **1.3.1 PSICOTERAPIA DEL LACTANTE**

En el caso de los lactantes y niños muy pequeños es donde se aprecia una mayor unidad psicosomática, siendo difícil distinguir las cuestiones de orden psíquico y las de orden fisiológico (Mazet y Stoleru, 1990).

Las perturbaciones psicológicas a esta edad se producen como consecuencia de una inadecuada gratificación de las necesidades (somáticas o emocionales). Esta inadecuación puede ser debida a un déficit, a un desequilibrio o a un exceso de gratificación. Por tanto, en el tratamiento debe estar incluida necesariamente la madre o persona que se encarga del bebé.

Por otra parte, varios autores han señalado la interdependencia entre el funcionamiento psíquico del bebé y el funcionamiento psíquico de la madre. Sin embargo, tal como señalan Tomàs y col. (1995), no se debe caer en el error de relacionar una perturbación infantil con un "perfil psicológico" determinado de la madre o el padre. La relación del bebé no depende sólo de su ambiente, sino de lo que él mismo aporta, de su dotación innata. Algunos bebés son más receptivos a la alimentación, cuidados y caricias, más capaces de tolerar la espera y responden mejor cuando se les consuela.

La falta de diferenciación entre lo psíquico y lo somático tiene como consecuencia que los acontecimientos traumatizantes de cualquier tipo, son

recibidos por un organismo que responde a ellos de un modo generalizado e inespecífico (Spitz, 1950). Es por ello que el tratamiento plantea la necesidad de un abordaje a la vez médico y psicológico.

La psicoterapia del lactante ha adoptado tradicionalmente tres formas (Cramer, 1990):

Un primer tipo, con intervenciones relativamente simples, donde lo que se pretende es el cambio sintomático y la forma de interacción manifiesta entre el bebé y su madre. Aunque este tipo de abordaje no permite un conocimiento profundo de las causas subyacentes, sí permite tratar una dificultad concreta, suprimiendo los obstáculos ambientales que representan un impedimento para la correcta gratificación de las necesidades del bebé.

Un segundo tipo, que puede realizarse con lactantes desde el final del segundo semestre de vida, en el que se plantearían ya interacciones lúdicas como las descritas por Winnicott en las consultas terapéuticas, basadas en una infraestructura teórica y con pretensión de "comunicación inconsciente".

Por último, es posible centrar la intervención terapéutica en la relación de la madre y el niño. En los trastornos funcionales, este tipo de terapia permite poner en evidencia la relación entre el comportamiento infantil y el psiquismo de la madre, en base a las proyecciones e identificaciones mediante las cuales la madre otorga un sentido al síntoma del niño. Las interpretaciones se articulan sobre el tipo de interacción observada y fantasmática, al mismo tiempo.

Hasta hace poco tiempo, las intervenciones terapéuticas directas con niños muy pequeños eran muy escasas, salvo las técnicas de estimulación precoz, y el tratamiento, en la mayoría de los casos, se llevaba a cabo a través de la madre.

Actualmente el campo de la psicoterapia se está ampliando a niños de corta edad aunque está centrada casi exclusivamente a niños autistas o con problemas relacionales importantes. En estos casos la intervención terapéutica va dirigida directamente al niño a través de interacciones lúdicas que, en ocasiones se realizan en presencia de la madre, al objeto de que ésta pueda identificarse con el terapeuta.

A este respecto, Manzano y col. (1993), señalan que el elemento central en intervenciones de este tipo es permitir al bebé establecer una relación paralela a la que mantiene con su madre. Estos autores hablan de una relación complementaria y no sustitutoria y definen su intervención en este sentido como directa (sobre el niño) e indirecta (a través de la madre) a la vez.

### 1.3.2 **EL NIÑO ENTRE 3 Y 6 AÑOS**

Esta es una etapa del desarrollo caracterizada por la terquedad y la angustia. Los síntomas más frecuentes a esta edad son: terrores nocturnos, fobias, rabietas, celos, tartamudez, enuresis y encopresis.

En cuanto a las opciones de psicoterapia, Anna Freud y sus seguidores proponen la utilización de interpretaciones educativas únicamente. Desde esta perspectiva se intenta inducir al niño hacia una actitud de colaboración consciente en la que pueda relatar sus experiencias y sentimientos proporcionándole un ambiente adecuado. En esta técnica es importante la verbalización. El juego, aunque se utiliza, no es considerado en absoluto como un sustituto de la asociación libre de los adultos, sino un medio para establecer y mantener una relación de colaboración.

Otra opción es la propuesta por M. Klein, donde se da especial importancia a los aspectos transferenciales y el juego es considerado como la expresión de los

conflictos inconscientes, debiendo ser interpretado al mismo nivel de profundidad que las asociaciones libres en el psicoanálisis de adultos.

Por último, Zulliger (1981) ha desarrollado una técnica de juego sin interpretación, basándose en la idea de que el juego del niño no es la "palabra" sino la "acción". El terapeuta debe comprender qué es lo que está actuando el niño por medio del juego y responder con aceptación y tolerancia. Debe también participar en el juego y hacer intervenciones que podrían calificarse de "sugerencias", sin hacer interpretaciones de los contenidos inconscientes, ni recomendaciones pedagógicas. La actitud tolerante del terapeuta es lo que permite al niño, según este autor, flexibilizar su forma de pensamiento y actuar de manera más productiva.

## ***UNIDAD DE APRENDIZAJE No. 2***

### ***ENTREVISTA PSICOTERAPÉUTICA***

#### **2.1 LA EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA**

- Popularmente, el término "evaluar" en psicología se asocia a la aplicación de tests, cuestionarios y otros instrumentos con los que los psicólogos efectuamos un psicodiagnóstico. Evidentemente, la evaluación es un proceso mucho más complejo que requiere además, por parte del profesional, el estudio, integración e interpretación de la diferente información recogida para efectuar el diagnóstico psicológico.
- Según definición de Fernandez Ballesteros (1.983), la Evaluación Psicológica: *"es aquella disciplina de la Psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios), de un sujeto o de un grupo de sujetos determinado, en su interacción recíproca con el ambiente físico y social, con el fin de describir, clasificar, predecir, y, en su caso, explicar su comportamiento"*.
- La evaluación o psicodiagnóstico es el paso previo para construir la intervención o tratamiento psicológico ante un trastorno clínico.

## Objetivos de la Evaluación

1- Conocer las causas y factores que intervienen en el origen, desarrollo y configuración del problema. Identificar los factores de riesgo en su entorno familiar-escolar y social.

2- Conocer el desarrollo psicobiológico del niño. Cuales son los signos, síntomas, síndromes o enfermedades que presenta o ha presentado. Para ello es necesario la recogida de datos mediante la entrevista y cuestionarios para los padres. Deberán también aportar aquellos informes médicos u psicológicos relevantes que hayan sido efectuados hasta la fecha.

3- Formular el juicio clínico en base a los datos obtenidos: Psicodiagnóstico.

4- Preparar y aplicar el plan de Intervención (Tratamiento).

## Peculiaridades de la Evaluación infanto-juvenil

- La evaluación o psicodiagnóstico infanto-juvenil, mantiene algunas similitudes con la de los adultos, especialmente en lo referente a la necesidad del estudio científico de conductas y de contar con instrumentos fiables (que sean precisos en la medición) y válidos (que midan la variable que pretenden medir y no otras). Sin embargo, la evaluación con niños supone un gran desafío para el clínico y requiere de conocimientos y técnicas especiales. El niño es un "ser en desarrollo", en permanente cambio y, aunque dicho desarrollo puede considerarse que se da a lo largo

de toda su vida, es en la etapa infantil y adolescente cuando se dan los cambios biológicos y comportamentales que mayor trascendencia van a tener en la "construcción" de la persona adulta. La maduración va a ser el resultado de su dotación genética en interacción con el ambiente.

- A continuación se exponen algunas de las peculiaridades de la evaluación en niños y que le confieren una identidad propia respecto a la de los adultos:

### **a) Características específicas evaluación niños:**

- |           |   |
|-----------|---|
| <b>1-</b> | El niño no acude a consulta por propia iniciativa ni se percibe a sí mismo como sujeto susceptible de evaluación y/o tratamiento psicológico. Son los adultos los que lo remiten y, por tanto, el planteamiento del problema, motivo de consulta, vendrá condicionada por los valores de los adultos y las expectativas que éstos tengan sobre el niño  |
| <b>2-</b> | El problema se evaluará teniendo en cuenta que los adultos forman, en menor o mayor grado, parte de la génesis, evolución y mantenimiento del problema, por tanto, su forma de afrontar el problema va a condicionar el proceso diagnóstico y de intervención psicológica. A menor edad, mayor necesidad de recurrir a personas allegadas al niño para la buena marcha del proceso terapéutico. |
| <b>3-</b> | La imprevisible remisión o no de algunos trastornos infantiles provoca, con frecuencia, cierto desconcierto en el sentido de que se puede esperar a que se produzca un cambio natural, a medida que el niño se haga mayor y, consecuentemente, no se intervenga tempranamente, con lo que se puede haber perdido un tiempo precioso (sobretudo en los casos más severos).                       |

|    |  |
|----|--|
| 4- | La información que nos puede transmitir un niño es mucho más limitada. Puede tener dificultades de expresión verbal, deficiencias cognitivas, etc... También pueden aparecer miedos o distorsiones en sus explicaciones al interactuar con un adulto que no conoce.  |
| 5- | El pronóstico evolutivo del trastorno varia en función de las diferentes edades en las que se ha iniciado el mismo, condicionando, a su vez, la gravedad y posible cronicidad de los síntomas.   |
| 6- | Resaltar la importancia de las variables ambientales. La razón es que el niño está sometido a un mayor control por parte del entorno físico y social que el adulto, siendo, por tanto, más susceptible a estos factores. Aún cuando el trastorno tenga un componente orgánico identificado, las variables ambientales deben ser tenidas en cuenta. Hay que recordar al respecto que organismo y ambiente interactúan constantemente. A menor edad se supone mayor influencia de las variables situacionales. |
| 7- | Es evidente que la evaluación en niños y adolescentes deberá también hacerse con "perspectiva de futuro", es decir, el niño no tan solo se ve en su medio y circunstancias actuales, sino con proyección hacia los retos o cambios vitales a los que se enfrentará.  |

Además de las características señaladas anteriormente, el evaluador infanto-juvenil deberá tener en cuenta tres principios generales para abordar con éxito la evaluación e intervención dentro de esta población. Estos principios se agrupan bajo las siglas **CAP (Creatividad-Asesoramiento-Prudencia)**.

### **b) Tres principios fundamentales: CAP**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>CREATIVIDAD</b> | Cuando tratamos de evaluar mediante las diferentes pruebas a niños y adolescentes, no basta con contar con la correspondiente formación profesional y el conocimiento técnico de cada una de las pruebas. Las peculiaridades de |
|--------------------|---|

|                             |   |
|-----------------------------|---|
|                             | <p>esta población hace necesario que seamos lo suficientemente hábiles para adaptarnos a las características de cada niño y sepamos envolver cada prueba de un color y una forma específica para que le resulte lo más atractiva posible. <b>Debemos ser creativos.</b> No es incompatible mantener el rigor de cada prueba con la aportación de elementos novedosos y motivadores a efectos de que el niño se implique más. Introducir el juego, utilizar el refuerzo, respetar los tiempos de cada niño son algunas de las formas de hacerlo.</p>   |
| <p><b>ASESORAMIENTO</b></p> | <p>Cuando se trata de evaluar e intervenir en niños, no hay que perder de vista que parte fundamental de nuestro trabajo, tanto en tareas de evaluación como de intervención, debe dirigirse al <b>asesoramiento de padres</b>, maestros u otros. Por tanto, el profesional debe tener una alta capacidad para sintetizar los resultados de las diferentes pruebas, trasladarlas a los familiares y ser capaz de dotarles de las herramientas necesarias para un funcionamiento autónomo. A medida que el niño es más pequeño (más dependiente de los padres) esto se hace más necesario.</p> |
| <p><b>PRUDENCIA</b></p>     | <p>La Evaluación infantil y juvenil tanto en su parte evaluativa como en la de tratamiento debe estar presidida también por el <b>principio de prudencia</b>. Ello hace referencia a que el niño es un ser en desarrollo y que puede haber cambios fisiológicos o en su entorno que puedan hacer variar el diagnóstico y los pronósticos efectuados. Por tanto, incluso en casos muy obvios, debemos ser muy cautos a la hora de establecer afirmaciones contundentes acerca del desarrollo futuro de cualquier trastorno, esto sirve igual para pronósticos buenos como para los malos.</p>  |

## La interacción niño-psicólogo en la evaluación

- En algunas ocasiones, el primer encuentro se puede producir con la familia y sin la presencia del niño si las circunstancias así lo aconsejan (por ejemplo niños con trastornos emocionales que no quieren salir de casa). Ello permite la recogida de información previa y preparar mejor el primer encuentro con el niño. De todas formas, lo habitual es que padres y niño o joven vengan juntos el primer día. Tras una breve presentación del psicólogo ante todo el grupo y roto el hielo podemos invitar al niño con la excusa de que realice alguna actividad (dibujo, juego u otro) a que vaya a otra sala. Esto permite que los padres se expresen más libremente evitando al niño que escuche como se explica su problema al psicólogo. Posteriormente podemos ya traer de nuevo al niño para iniciar con él alguna actividad y que se vaya familiarizando con el profesional en ausencia de los padres.
- Es, en el proceso terapéutico, donde aquello de que cada niño es un mundo, cobra un especial significado. Algunos niños se abren enseguida, de forma espontánea, informándonos de manera abundante. En otros casos, las dificultades para obtener información se complica con resistencias o temores.
- En los primeros contactos, debemos intentar sintonizar con el niño y tratar de buscar un canal comunicativo eficaz. Esto puede llevar algún tiempo. Debemos intuir cual es el mejor camino poniéndonos a su altura y utilizando medios, según su edad, que sabemos que son eficaces como, por ejemplo, el juego y el dibujo. Estas actividades el niño las vive de forma no intrusiva y sin riesgo.
- No forzar las situaciones. Si un niño no desea dibujar o realizar cualquier actividad no obligarle. Mire de plantear un juego a partir de los elementos de interés natural del niño
- El juego, como medio comunicativo, es el preferido hasta los 7 u 8 años de edad. Acompañado de diálogo imaginario donde el niño puede expresarse a partir de dibujos, objetos o juguetes es especialmente útil.

## **2.2 ¿Cómo es el proceso de una psicoterapia infantil?**

### **1º Entrevista inicial.**

Tras un primer contacto se debe comenzar la intervención con un encuentro personal con los padres (y el niño en función de los casos). Se trata de un primer encuentro gratuito en el que los padres y el psicólogo tienen la oportunidad de conocerse mutuamente, así como de narrar y expresar el motivo por el que consultan de forma cercana. Desde aquí valoramos profundamente el paso dado por la familia. Comprendemos que llevar un niño al psicólogo requiere de un gran esfuerzo por parte de los padres. Se trata de energía, tiempo, dinero, e incluso enfrentarse a algunos prejuicios sociales. Así, que se trata de un paso crucial, el primero, desde el que nos comprometemos a dar nuestra máxima entrega profesional por el bienestar del niño, así como explicamos los pormenores y asuntos prácticos del proceso más extensamente. Una vez pactado el inicio de la psicoterapia propiamente dicha, acontece la segunda fase.

### **2º Evaluación psicológica.**

La fase de evaluación suele comprender entre dos y tres sesiones, aunque todo depende de las situaciones concretas de cada niño. En esta fase se trata de evaluar lo más certeramente posible el motivo de consulta, así como el nivel de desarrollo y las facultades psicológicas, emocionales y relacionales del niño. En función de los resultados obtenidos en esta fase se propone un plan de trabajo individualizado, que recoja las características específicas del niño y el motivo de consulta, de forma que sea el proceso el que se adecue al niño y no al revés. Con esto queremos decir, que no creemos en una fórmula estandarizada para todos los niños y necesidades. Si no que el número, periodicidad y duración de las sesiones tratarán de adecuarse del modo más ajustado y adaptado posible a la realidad del niño. Los datos obtenidos en esta fase suelen obtenerse de la

siguiente forma: - Entrevista semi-estructurada con los padres. - Entrevista con el niño.- Observación de las conductas del niño (comportamiento, capacidad comunicativa, etc)- Hora de juego diagnóstica. - Uso de tests proyectivos.- Uso de tests psicométricos.- Uso de pruebas psicopedagógicas.- Lectura de informes complementarios (en caso de existir la posibilidad).- Encuentro con otras figuras relevantes, como profesores, otros familiares o profesionales (en caso de estar indicado).

### **3º Psicoterapia con el niño.**

El proceso de psicoterapia infantil trata de **adecuarse al lenguaje y características propias de la infancia**. De este modo, la comunicación terapéutica se basa fundamentalmente en el **juego**. Aunque la comunicación verbal también tiene un importante papel, se usan códigos alternativos como recursos musicoterapéuticos, dramatizaciones, marionetas, dibujos, etc. Dependiendo de las necesidades y el motivo de consulta, se elaboran fichas psicopedagógicas específicas, o se usan métodos de abordaje ya sistematizados. En este punto volvemos a insistir en algo ya mencionado, todo depende de las necesidades y características propias de cada situación, motivo de consulta y niño. En función de todos estos factores se llevaran a cabo procesos muy diversos. Trataremos de clarificar esto con dos ejemplos. Se puede estimar necesario para un niño realizar una sesión de psicoterapia de una hora semanal, especialmente enfocada a trabajar aspectos emocionales o relacionales mediante el juego y otros lenguajes ya citados. Sin embargo, para otro, puede estimarse que es necesario realizar un abordaje más frecuente, de dos o tres sesiones a la semana, en e que se trabajarían aspectos de corte más académico, apoyando directamente las habilidades escolares de forma continuada, para luego ir espaciando tales sesiones.

#### 4º Citas con padres.

A la vez que el proceso de psicoterapia con el niño, y como parte del mismo, se llevan a cabo encuentros con periódicos con los padres, en el que se informa del proceso, se dan recomendaciones, se obtiene otro tipo de información y se trabajan aspectos familiares y de interacción con el niño. La periodicidad también depende de las características propias del niño, como su edad o capacidad de adaptarse a nuevos entornos. En niños muy pequeños suele ser recomendable que el niño inicie el proceso acompañado de la figura de apego principal. 5º Encuentros con otros profesionales En ocasiones, se hace necesario, o al menos recomendable, llevar a cabo encuentros con otros profesionales que también trabajan con el niño, como el caso de profesores y educadores, entre otros. Estos encuentros pueden ser llevados a cabo para realizar recomendaciones educativas, para obtener información o comprobar la evolución del niño en otros entornos. Sólo se llevan a cabo con el consentimiento de los padres y en caso de que se estime necesario para el buen desarrollo de la intervención.

A CONTINUACIÓN ANEXAMOS UNA PROPUESTA DE ENTREVISTA TERAPEUTICA INFANTIL:

| HISTORIA CLINICA MULTIMODAL INFANTIL                               |
|--|
| Fecha:   |
| Nombre del niño/a:   |
| Edad:  |
| Nombre de los padres:  |
| Domicilio:   |
| Teléfono:  |
| Curso escolar actual:  |
| Centro escolar:  |
| Nombre del tutor/a:  |
| <b>1. MOTIVO DE CONSULTA</b>                                       |
| Descripción del problema por los adultos consultantes              |
| Preguntarle al niño si sabe por qué le traen hasta aquí            |
| <b>2. IDENTIFICACION DE DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA</b> |
| ¿Cuándo comenzó este problema?                                     |
| ¿A qué lo atribuyen los familiares y el mismo niño?                |
| ¿Como ha ido evolucionando?  |

¿Como han intentado solucionarlo cada familiar?

### **3. ANTECEDENTES PERSONALES**

Estado somático del niño actual y enfermedades pasadas relevantes

Otros problemas emocionales anteriores del niño

Habitos de salud: comida, sueño, esfinteres, ejercicio...Problemas

Datos de embarazo y parto

Desarrollo psicomotor (primeros pasos,promeras palabras..)

Desarrollo intelectual (nivel de lenguaje y conocimientos)

Desarrollo socioafectivo (relaciones con otros niños y adultos)

### **4. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Composición familiar: componentes, parentesco,edades y profesión

Antecedentes somáticos actuales y pasados

Antecedentes psicicos actuales y pasados

Problemas socioeconómicos

Problemas familiares y conyugales

### **5. PERFIL MULTIMODAL CON EL NIÑO Y FAMILIARES**

**Nota:** Permite ampliar la información anterior. Tiene subáreas para los familiares y el niño. A menudo, ecepto en casos de grave retraso en el desarrollo, es deseable la entrevista conjunta niño-adultos, y si es posible con el niño a solas después. Es importante explicar al niño que tiene derecho a la confidencialidad de sus datos respecto a los adultos (p.e los padres); e informar a los padres previamente de ello.

#### **5.1. Area cognitiva:**

Padres:

Como describen el caracter del niño, su manera de ser

Con qué padre le identifican más (¿a quien se le parece más?)

A qué causa atribuyen los problemas cada padre

Que normas exigen cumplir al niño (p.e estudios, aseo..)

Cuales considera cada padre, que són las mayores virtudes y defectos de su hijo/a

Preguntar si tienen proyectos sobre su hijo en el futuro

Preguntar sobre si le observan algun retraso del lenguaje, intelectual o psicomotor o dificultad escolar

Preguntar si el niño refiere preocupaciones-temores y de qué tipo

Niño/a:

Preguntarle que nos diga que tipo de niño/a es, que nos diga como es su manera de ser

Proyectos del niño: ¿Que te gustaria ser de mayor? .¿Que edad te gustaria tener?

¿Que clase de cosas te gusta soñar o imaginar ?

Sexualidad: ¿Si volvieras a nacer te gustaria ser niño o niña..? .¿Pudes explicarme en que se diferencia un niño de una niña ?

Contar algun sueño o pesadilla

Dibujar un niño y pedirle que nos cuente-invente una historia sobre él/ella

## **5.2. Area afectiva:**

Padres:

Que cosas han observado que le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza al niño/a

Como expresan su alegría y dijusto al niño (alabanzas, regalos, actividades conjuntas, etc)

Niño/a:

Pedirle que nos cuente que cosas le dán mas miedo, alegría, enfado y tristeza

Pedirle que nis haga un dibujo sobre los sentimientos ("dibuja un niño que está alegre, triste, asustado o enfadado ") y cuéntame que le pasa, como se siente

## **5.3. Area somática:**

Padres:

Problemas de salud actuales del niño y tratamiento en curso

Pedirles que nis describan si hay problemas de sueño, alimentación o control esfinterial

Niño/a:

Pedirle que nos diga si padece molestias o dolores corporales y a qué los achaca

Preguntarle si tiene problemas de sueño, comida o esfinteres

Pedirle un dibujo sobre la enfermedad y que se invente una historia al respecto

## **5.4. Area interpersonal:**

Padres:

Problemas familiares, conyugales, laborales y económicos

Como se relaciona el niño con cada padre, y hermanos, otros familiares cercanos, amigos y profesores.

Con quién se lleva peor y mejor. ¿Que sucede en eso?

Niño/a:

Pedirle que nos hable de su familia, padres, hermanos...

¿Que te gustaria que cambiara de (cada padre, hermano...)?

¿Tienes amigos/as? ¿Como se llaman? ¿Que te gusta hacer con ellos?

¿Cuales son tus juegos preferidos? ¿Juegas con tus padres, hermanos...?

¿Celebran tus cumpleaños? ¿Como? ¿Quienes participan?

Pedirle que dibuje a su familia y cuente una historia sobre ella. Después lo mismo con un amigo y el colegio.

## **5.5. Area conductual:**

Padres:

Qué conductas agradan mas y menos a los padres de su hijo/a y como actuan ante las mismas (castigos y premios)

Actividades, juegos y personas preferidas del niño, segun cada padre

Niño/a:

Colegio: Pedirle que nos diga que le gusta/dijusta mas del colegio y que asignaturas se le dan mejor/peor; asi como se lleva o le parece su profesores

Pedirle que nos cuente que actividades ,juegos y personas se los pasa mejor

Pedirle que nos diga cuáles personajes de los dibujos, cuentos, y tele son sus preferidos y que les gusta de ellos  
Como y con quién celebra su santo y cumpleaños y si se lo pasa bien  
Posibilidad de si tenemos juguetes a mano pedirle al niño que seleccione los que desee y se invente una historia con ellos y nos la cuente (preguntarle por los personajes, que ocurre, que siente y piensa cada uno, y como terminará la historia).

## **6. DIAGNOSTICO**

Eje I (Trastorno actual. Por ejemplo: Enuresis funcional)

Eje III( Trastornos somáticos)

Eje IV( Estrés actuales. Por ejemplo: Problemas de pareja entre sus padres)

Eje V (Adaptación psicosocial. Por ejemplo: Sociable con muchos amigos)

## **2.2.1 LA ENTREVISTA PSICOANALÍTICA**

Los profesionales que trabajan bajo una orientación psicodinámica distinguen entre:

1. Psicoanálisis.
2. Psicoterapia de orientación psicoanalítica.

El criterio más aceptado para establecer esa diferencia es el encuadre en que se desarrolla la interacción.

### **Encuadre en la entrevista propiamente psicoanalítica:**

Eliminación de la influencia del mundo exterior, mediante la introducción del diván, y el hecho de que el terapeuta se sitúe a la espalda del paciente. Esto provoca un contexto comunicativo peculiar.

Los canales comunicativos privilegiados son el verbal y el paralingüístico (la mirada, el rostro y la movilidad del cuerpo quedan excluidos).

Estos hechos, favorecen la emergencia de fantasías inconscientes. Cuando

el paciente tolera mal la ansiedad que le provoca la desaparición del interlocutor de su campo visual, ésta forma de interacción se sustituye por la entrevista cara a cara, psicoterapia de orientación psicoanalista.

Pero, el objetivo general de ambas clases de entrevista es común:

Mejorar la capacidad adaptativa del paciente, a través del desarrollo de su capacidad para comprenderse a sí mismo.

Según la teoría psicoanalítica, el origen de las dificultades del paciente consiste en un conflicto inconsciente. Para resolverlo, los términos tienen que ser previamente integrados en la conciencia, mediante el reconocimiento intelectual de los contenidos que, poco a poco, va rescatando de su inconsciente, y la emocionalización de los sentimientos que arrastran.

La tarea del entrevistador es facilitar el proceso.

Por tanto, los objetivos específicos de la entrevista psicoanalítica son:

- Captación emocional e intelectual del conflicto.
- Elaboración de las implicaciones que provocan los contenidos inconscientes, sobre las distintas esferas de la conducta del paciente.

La estructura de la entrevista de inspiración psicoanalítica tiende a ser directiva, aunque, el nivel de directividad depende de:

- Las preferencias personales del entrevistador
- .Las exigencias de cada etapa del tratamiento.
- Del estado más o menos organizado de las funciones yoicas del paciente.
- De hecho, el entrevistador, establece sus hipótesis y selecciona sus técnicas, en base a la información que posee sobre la organización yoica de su interlocutor.

Mackinnon: Los datos concernientes a la ORGANIZACIÓN YOICA se distribuyen en las siguientes CATEGORÍAS:

- Formación de defensas
- Resolución de conflictos
- Defensas que tienen éxito en la mediación entre los conflictos del ello y del superyó. Producen gratificaciones.
- Defensas que fallan en la mediación: Producen inhibición y funcionamiento restringido.
- Defensas que median sin éxito: Producen síntomas o rasgos patológicos.

#### **Tipos de defensa:**

- **Defensas maduras:** represión, racionalización, desplazamiento, identificación, simbolización, formación reactiva, sublimación.
- **Defensas primitivas:** Negación, proyección, introyección, disociación, aislamiento, regresión, conversión, evitación.

#### **Regulación y control de tendencias, afectos e impulsos**

Capacidad para posponer la gratificación y consiguiente capacidad para tolerar la tensión y la frustración.

Control apropiado de la descarga directa, manteniendo un grado de satisfacción adecuado (capacidad sublimatoria).

**Relación con los otros:**

Capacidad para subordinar las elecciones narcisistas o simbióticas; fusión de las imágenes buenas y malas, experiencia de los otros como un todo separado de uno mismo.

Capacidad para lamentar la pérdida y establecer nuevas relaciones.

Profundidad de las relaciones, capacidad empática.

Estabilidad y duración de las relaciones.

**Autorepresentación**

Competencia en el manejo del ambiente tal y como es percibida por los otros y contrastada con la percepción de la propia competencia.

Relación entre autoimagen y yo ideal.

Capacidad para fundir las autoimágenes positivas y negativas.

Funcionamiento integrativo sintético

Pensamiento, memoria, lenguaje, funciones visuales y motoras, concentración y atención.

Anticipación y aprendizaje, incluyendo los aspectos cognitivos y la planificación de la fantasía.

Capacidad de juicio: requiere el empleo analítico y sintético de los componentes anteriores.

Capacidad para integrar nuevas experiencias mediante la reconciliación de las inconsistencias.

Integración ejecutiva con el ambiente: requiere el empleo de todos los componentes anteriores, para alcanzar la capacidad de seleccionar, controlar e integrar los sistemas de actividad mental, en orden a gratificar las necesidades y a afirmar la seguridad mediante la adaptación al mundo externo.

### **Regulación de estímulos**

Umbral pasivo del exceso de estimulación interna y externa (sustrato neurofisiológico del yo).

Manejo activo del exceso de estimulación (incluye atención selectiva).

Mantenimiento de un nivel estimular adecuado (homeostasis tónica).

Regresión adaptativa al servicio del yo: Capacidad para reflejar regresivamente la agudeza perceptual y cognitiva necesaria para el disfrute emocional del sexo, la música, el arte, la comidas, la literatura, el teatro, el sueño, la imaginación creativa y el enamoramiento.

Apertura a experiencias nuevas en éstas áreas.

### **Prueba de realidad y sentido de la realidad.**

Percepción de si el estímulo se genera fuera o dentro del organismo.  
Precisión de la percepción (objetividad sobre la percepción sesgada del deseo).  
Atención selectiva como un proceso organizativo.

Chequeo de la realidad interna: conciencia reflexiva, autoconocimiento, apertura del self.

Sentido de realidad. Depende de la claridad de la frontera entre el yo y el mundo.  
Despersonalización o desrealización.

Según la teoría psicoanalítica, los sentimientos, fantasías, actitudes y deseos de mayor incidencia en la conducta son de naturaleza inconsciente, y están separados de la conciencia por la acción de diversos mecanismos de defensa.

La manifestación de estos mecanismos durante la entrevista se conoce como resistencias. Las resistencias son combatidas durante la entrevista mediante el empleo de diversas técnicas:

La regla fundamental: Enuncia la técnica de la asociación libre. Consiste en pedirle al cliente que verbalice el contenido que pase por su mente.

Para facilitarlo, el terapeuta puede ofrecer instrucciones breves, durante las primeras sesiones, para que el paciente se familiarice con el rol y comience a asociar libremente, sin necesidad de ser motivado externamente.

Ciertos contenidos privilegiados son: El relato de los sueños, los "lapsus linguae", y, en general, todo tipo de parapraxis.

### **Principio de abstinencia**

Es el principio al que debe someterse la conducta del terapeuta. El terapeuta debe mantenerse en estado de atención flotante, frente al discurso de

su cliente, evitando al expresión de sus emociones y los juicios de valor.

Una de las funciones del entrevistador es hacer de espejo, de modo que, el paciente solo pueda ver en él el contenido de sus propias proyecciones y no los rasgos de la persona que efectivamente es su interlocutor.

La transferencia y la contratransferencia: Análisis de las conductas del paciente y de las suyas propias, en relación con los constructos de la teoría que le sirve como punto de referencia.

**El manejo de la interpretación:** La forma en que el psicoanalista verbaliza las hipótesis que va elaborando a partir de los análisis, sobre las relaciones cognición-emoción. Conflicto del paciente.

Sólo se diferencia de otra clase de interpretación por el marco teórico en el que se apoya.

A diferencia de otras formas de psicoterapia, el psicoanálisis propone la entrevista como instrumento terapéutico único.

### **2.2.2 LA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA**

Carl Rogers, propuso como método clínico la terapia centrada en el cliente, a partir de una concepción del hombre y de la naturaleza de sus problemas muy influenciada por la fenomenología.

Para éstos terapeutas, las dificultades psicológicas proceden de un desarrollo personal insuficiente.

**Objetivo:** Promocionar al máximo el crecimiento psicológico de los pacientes.

Los terapeutas fenomenológicos se esfuerzan por promover la autoconciencia y el desarrollo del potencial humano individual de sus clientes.

La entrevista fenomenológica está concebida como una relación interpersonal real.

El objetivo es que el paciente comience a percibirse a sí mismo de una manera mas positiva y que llegue a asumir al terapeuta como una persona que le brinda una experiencia única.

Los contenidos que prevalecen en la entrevista son los referidos al presente: aquí y ahora de la experiencia interpersonal.

El cliente no es percibido como un enfermo sino como alguien que desconoce como su manera peculiar de percibir la realidad, afecta a sus conductas específicas.

Por eso, los temas privilegiados son los referidos a la forma en que el paciente experimenta emocional y conceptualmente su vida cotidiana.

Rogers considera que uno de los factores que influye más en el proceso de detención del desarrollo personal son los juicios y evaluaciones de los demás. Por eso, el entrevistador debe evitar al máximo este tipo de presiones.

Según Rogers, para que la relación entre entrevistador y cliente resulte terapéuticamente útil, el vínculo tiene que ser real (no simulado) y debe estar enmarcado por 3 actitudes del terapeuta:

- Aceptación incondicional. Implica evitar juicios o interpretaciones. Los consejos están fuera de lugar, aunque el paciente los pida con insistencia.

- Empatía. Percibir la experiencia del cliente desde su marco de referencia. La técnica que potencia al máximo la empatía del entrevistador es el reflejo de los sentimientos. El empleo del reflejo en la entrevista fenomenológica ha sido muy criticado. Sin embargo, esta técnica no es nada fácil ya que no se trata de una mera repetición de palabras, sino que implica una actividad cognitiva muy compleja, pues exige el establecimiento de inferencias a un tiempo sutiles y persistentes. Aunque, su empleo masivo es de utilidad dudosa.
- Congruencia. Ni ser paternalista, ni tener actitudes de superioridad. Se expresa a través de la consistencia interna de los sentimientos y conductas del terapeuta.

Para Rogers, la congruencia es la única forma de establecer, al mismo tiempo, una relación humana real y una relación terapéutica efectiva.

La técnica que mejor traduce la congruencia es la inmediatez.

La manifestación de la congruencia implica a todos los registros de la comunicación (opuesto al encuadre psicoanalítico, donde el terapeuta actúa como si fuera un espejo).

Se trata de una entrevista no directiva, en la que el reflejo y la inmediatez son formas de intervención especialmente frecuentes.

### **La entrevista fenomenológica estructura el CAMBIO en 7 ETAPAS:**

- Los contenidos de los mensajes se refieren a cosas externas. Falta voluntad de comunicar el self. Los sentimientos y significados personales no son concebidos como tales ni como propios. Los constructos son muy rígidos. Las relaciones cercanas son vividas como peligrosas. Algunas

veces se describen los sentimientos, pero como objetos del pasado externos al self.

- Son frecuentes las descripciones de sentimientos y significados no actuales, que son considerados como malos o inaceptables. Aparece un sentimiento incipiente de que algunos de los problemas son internos al individuo.
- Los sentimientos y significados personales son descritos como objetos actuales propiedad del self (ablandamiento incipiente de los constructos personales). Alguna expresión de autoresponsabilidad ante las dificultades.
- Se hace frecuente la expresión de sentimientos en el momento en que ocurren. Estos sentimientos se hacen propios o se aceptan. Se cuestiona la validez de muchos constructos personales. El paciente asume la responsabilidad ante sus propios problemas.
- Los sentimientos negados previamente ahora son experimentados con aceptación y de forma inmediata.
- El individuo vive cómodamente en el proceso cambiante de su experiencia. Experimenta nuevos sentimientos con riqueza e inmediatez y ésta experiencia interna es un referente claro para su conducta. La incongruencia es mínima y temporal.
- El cambio terapéutico se identifica con una mejoría generalizada del funcionamiento psicosocial del cliente, concretamente en: el incremento en el nivel de conciencia, autoaceptación, comodidad interpersonal, flexibilidad cognoscitiva y autoconfianza.

Pero, el proceso de entrevista y la interacción que en él se establece tiene sus restricciones:

- La entrevista ha de estar bien estructurada.
- Claros límites en lo que respecta a su duración.
- Límites en el alcance de las relaciones de dependencia.
- Límites en las manifestaciones agresivas del cliente.

- Límites en el grado de responsabilidad por la conducta del paciente que el entrevistador se impone a sí mismo.

Algunos terapeutas fenomenológicos han recogido otras aportaciones teóricas, como al teoría de la gestalt (Perls), y han introducido variaciones en las técnicas de intervención verbal de la entrevista. Una de las más importantes son los diálogos, que, en un momento concreto de la sesión, mantiene el paciente con interlocutores imaginarios.

### **2.2.3LA ENTREVISTA CONDUCTUAL**

**Objetivo fundamental:** Modificación de aquellas conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas, teniendo en cuenta, si fuera necesario, las cogniciones y emociones que las acompañan.

El valor terapéutico de esta entrevista radica en dos principios:

1. Existen relaciones funcionales entre las verbalizaciones de una persona y su conducta específica en el medio ambiente.
2. Las verbalizaciones de los sujetos, especialmente las emocionales, se vinculan con los componentes fisiológicos de las respuestas emocionales.

La entrevista conductual es propuesta como una técnica auxiliar de los programas de modificación de la conducta.

Sus funciones son:

- Crear un marco de interacción con el terapeuta.

- Reunir información sobre las pautas de comportamiento del paciente.
- Evaluar los datos obtenidos para delimitar objetivos y ver las técnicas a emplear.
- Evaluar momento a momento los resultados del tratamiento seleccionado.
- Modificar o mantener determinadas clases de conducta.
- Los hechos que interesan son:
  - La conducta verbal.
  - La conducta no verbal.
  - Las respuestas fisiológicas del paciente.

Bajo el prisma de la teoría del aprendizaje, la entrevista de evaluación y la terapéutica son difícilmente deslindables.

Sin embargo:

- La entrevista de evaluación está estructurada para recoger datos. Puede realizarse con al ayuda de diversos modelos (Kanfer y Saslow, Lazarus, etc.).
- La entrevista terapéutica integra diversas técnicas de modificación conductual (condicionamiento verbal, retroalimentación, modelado, etc.).

Las técnicas de la entrevista conductual suelen ser:

- Condicionamiento verbal.
- Modelado.
- Instrucciones.

Instigación verbal: Presentación de estímulos verbales que incrementan la posibilidad de emisión de una respuesta, que, en situaciones no terapéuticas, suele estar controlada por estímulos menos notorios.

La clase de estímulos empleados son: nombres de objetos, personas o lugares, descripciones de los elementos anteriores, preguntas directas o indirectas, palabras o frases relacionadas con la conducta, etc.

Se dirige a fomentar conductas que el paciente tiende a evitar por haber sido castigadas anteriormente.

Especialmente útil en conductas no asertivas, algunas compulsiones y fobias (favorece la instalación de una conducta antes evitada y la extinción de la ansiedad concomitante).

Ensayo conductual: Emisión de una conducta por parte del cliente, ante una petición explícita del terapeuta quien, así, tiene la oportunidad de reforzar o extinguir algunas facetas de dicha conducta.

Suele emplearse en relación con conductas no asertivas, y en general, ante situaciones interactivas en las que el paciente no sabe comportarse con fluidez.

Retroalimentación: Consiste en la enunciación de aquello que el terapeuta considera correcto o incorrecto de la conducta del paciente. Las retroalimentaciones positivas mantienen e incrementan la frecuencia de la conducta.

Las retroalimentaciones negativas son aquellas que modifican la topografía o la tasa de la conducta.

La retroalimentación funciona como una señal para acciones posteriores y en esto se diferencia del refuerzo y del castigo.

El contenido de una retroalimentación puede constituir un poderoso estímulo discriminativo para la emisión de respuestas verbales y no verbales.

Una de las consecuencias de la retroalimentación consiste en la

potenciación del cambio porque permite al cliente observar y analizar su comportamiento en términos distintos a los empleados habitualmente.

Los sondeos: permiten buscar información en forma activa y directiva.

### **La entrevista conductual:**

- Presta una atención exclusiva a la conducta del paciente tal como se produce en su presente interacción con el medio. Lo que se quiere es hacer más adaptativas las respuestas que ya están en el cliente, favoreciendo el aprendizaje de conductas alternativas y la extinción de comportamientos que tienen una influencia negativa.
- No concede mucha importancia al estilo interactivo de los entrevistadores, aunque reconoce la influencia positiva de una relación cordial y relajada. En este sentido, el énfasis siempre ha recaído en los aspectos racionales (más que en los emocionales) de la interacción.

Concretamente, Bandura y Walters han criticado duramente la actitud de aceptación incondicional propuesta por los terapeutas fenomenológicos. Estos autores afirman que tal actitud refuerza tanto las conductas adecuadas como las inadecuadas, e incluso refuerza las respuestas incompatibles.

Los entrevistadores conductuales se comportan de forma permisiva y acrítica durante las entrevistas iniciales, con objeto de facilitar el rapport, mediante la extinción de la ansiedad del cliente.

Como parte de su actitud permisiva y tranquilizadora, el entrevistador ofrece tres tipos de comentarios:

El primero se refiere a la naturaleza de la enfermedad del paciente. El paciente recibe alivio de los comentarios comprensivos, tolerantes y tranquilizadores de su interlocutor.

El segundo tipo de comentarios ofrecen información sobre la génesis y explicación de sus dificultades. Su importancia reside, no tanto en las propias explicaciones, sino en la convicción que expresa el terapeuta.

Por último, el entrevistador conductual previene a sus pacientes en relación a la inutilidad de los esfuerzos prematuros por vencer sus dificultades.

### **2.3 OBSERVACIÓN DIRECTA E INDIRECTA.**

La Educación está basada en Observaciones que hacemos del mundo que nos rodea, del cual hemos obtenido todo el saber mediante la Observación Directa e Indirecta. La Observación es un proceso de identificación permanente en la interacción del hombre con su medio ambiente.

Las cosas que sabemos de nuestro mundo las hemos aprendido a través de nuestras experiencias personales, es decir en el contacto con el medio mismo, pero también aprendemos a partir de informaciones proporcionadas por otras personas, mediante la lectura de libros, revistas, periódicos, la radio y la televisión.

Cuando aprendemos a través de nuestras experiencias personales, decimos que lo hacemos mediante la Observación Directa; cuando lo hacemos por la vía de informaciones proporcionadas por otras personas, libros, revistas,

periódicos, la radio y la televisión, lo estamos haciendo por la Observación Indirecta.

Nuestra educación está regida, fundamentalmente, por Observaciones Indirectas; cuando estudiamos una asignatura, por ejemplo "Geografía", estamos estudiando las Observaciones hechas por otros, e inclusive el autor del libro no escribe sus propias observaciones, ya que lo más probable es que haya tomado buena parte de la información de otros libros o de otras personas, es decir, obtuvo datos mediante observaciones indirectas.

Toda Observación se hace con un propósito definido, el cual orienta el proceso y determina la naturaleza de los resultados o de las características que se observan; también ocurre cuando observamos que a veces no identificamos características realmente, ya que más bien hacemos suposiciones o inferencias, las cuales se llaman contraejemplos y deben ser eliminados del proceso de observación, ya que esto constituye un error, que solamente de esta manera podemos corregir.

En conclusión, el proceso de la Observación, directa o indirecta, sigue los siguientes pasos: se define el propósito de la Observación, se enumeran las características del objeto o situación a observar, se revisa para eliminar las suposiciones o inferencias (contraejemplos), con lo cual concluimos el proceso de Observación

## UNIDAD DE APRENDIZAJE No. 3

### EL LENGUAJE

#### 3.1 Conceptos, Características y Funciones Del Lenguaje

1. El lenguaje se desarrolla (dos niveles) cómo **conocimiento** y **práctica**.

Conocimiento en la relación del individuo con el sistema sígnico de la lengua, y la práctica en los actos concretos del habla. Los dos niveles de la lengua se desarrollan tanto en un plano del contexto social, el “*saber una lengua*” (aceptación social), como en el plano individual, hablante-oyente, “*hablar*” una lengua que a pesar del carácter de monólogo es introducido en la esfera social, ya que el ejercicio lingüístico exige como mínimo la existencia de dos personas.

Lo claro es que la puesta en práctica esta implícita en la emisión o producción y en la comprensión. La diferencia de los dos niveles:

| Autor                               | Nivel de conocimiento   | Nivel de práctica                                       |
|-------------------------------------|---|---|
| Humboldt<br>(enfoque<br>mentalista) | Es parte de nuestra existencia.<br>Crear mensajes infinitos por medios finitos  | El producto es<br>resultado de la<br>actividad creadora |
| Saussure                            | Por la práctica<br>De carácter psíquico y social, determinada<br>como objeto de la lingüística  | El habla<br>Individual y externa                        |
| Chomsky                             | Competencia lingüística, es el conocimiento<br>que habilita el hablante-oyente de una lengua<br>nativa; para comprender o emitir oraciones<br>bien construidas. | Actuación<br>lingüística                                |

2. Es **sistemático** y **creativo**. Sistemático por que es un sistema de signos y más que todo la organización de conocimientos de dicha lengua. Con la utilización de determinadas lenguas, los valores de los signos se determina por su relación con

los demás, para distinguir las oposiciones.- oposiciones fonológicas, léxicas, semánticas, morfológicas.

Los sistemas pueden ser **cerrados** –elementos gramaticales, formas, categorías y funciones, o **abierto**s en elementos léxicos. Y la **recursividad** (se deriva de la creatividad del lenguaje) para ampliar una oración de manera infinita con otros elementos, con signos de comunicación.

La **creatividad**, para Descartes es lo que diferencia al hombre del animal, para Humboldt y Chomsky es *capaz de construir... mensajes siempre nuevos a partir de los medios finitos que le da la lengua. Por tanto, la creatividad hace parte de la competencia lingüística.*

El lenguaje es creativo por que podemos comprender y producir cosas jamás realizadas. Y según Chomsky es de dos maneras, como creatividad que sigue las reglas o que se sale de las reglas, por factores socioculturales; así podemos distinguir ciertos parámetros de acuerdo a la aceptabilidad semántica, pueden ser gramaticales, o agramaticales (gramática y semánticamente inaceptables) – anómalas e impropias-

### 3. Se manifiesta primariamente como **vocal**.

El signo lingüístico está compuesto por el significado y el significante que es de tipo fónico, materializado por una cadena sonora. De esta manera la escritura se consideró paralingüística al proyectar un uso de la lengua.

El carácter oral o vocal del lenguaje se infiere de las siguientes reflexiones:  
Históricamente la oralidad está primero.

Requiere un aprendizaje especial para leer y escribir, ya que la mayoría de las lenguas del mundo no poseen escritura.

- i. La escritura es una remodificación de la lengua hablada; en su origen primero se representan las ideas o conceptos representados por los signos orales, como el chino que es

ideográfico, después la representación de unidades sonoras (escritura fonética) el alfabeto o abecedario, como el español.

- ii. Escritura como base del conocimiento de la sociedad. El alfabetismo es considerado una necesidad.

4Sus significantes se realizan en la **línea del tiempo**, el significante se manifiesta en la emisión de una cadena de sonidos, cada voz ocupa un espacio en el tiempo que es **la linealidad del significante**, se hacen perceptibles (grabar). Que no se da en otros tipos de signos como la pintura.

5. Se producen **cadena articuladas**, articular – equivale a unir, encadenar unas unidades con otras, así se va a hacer una producción de signos en cadena. Con dos articulaciones: (Martinet y lingüistas americanos)

*Unidades mínimas significativas*, portadoras de algún tipo de significado. Que son elementos más pequeños de las palabras. Jardín –ero; de una marca significativa de carácter léxico o gramatical. Que se nombran como monemas o lexemas, **morfemas**. Que están ligados a una palabra.

*Unidades mínimas distintivas*, elementos capaces de incidir significativamente en el primer tipo de unidades de las cuales son parte. Inciden en la significación de los morfemas y lexemas, ej. J,a,r,d,i,n,e,r,o.

Los fonemas son las vocales (5 vocálicos) y consonantes.

6. Cumple **diversas funciones**, no es su único fin la comunicación aunque sea la más importante, **Jakobson** considera el lenguaje como instrumento de comunicación, y hace énfasis en que es su función primaria o fundamental ya que en esta se apoya la esencia misma de la sociedad. **Chomsky** piensa que el manejo del lenguaje para la comunicación no es si no uno de sus usos “ni siquiera corresponde a su característica esencial” más bien, el lenguaje es “un medio destinado tanto a la creación como a la expresión del pensamiento en el sentido más amplio”. Lo anterior indica que en los monólogos y en el lenguaje interior la comunicación si existe, aunque de manera potencial o latente.

**7. Evolucionan** con el tiempo, los hechos demuestran que las lenguas se transforman con el correr del tiempo, por influjo de las distintas fuerzas sociales, como la política.

Saussure llamo la inmutabilidad y a la vez la mutabilidad del signo lingüístico.

- i. La lengua es una **herencia social**.- transmisible por la tradición, el individuo se adhiere a ella, por tanto es inmodificable. Puede hacer innovaciones si el grupo social lo acepta. Como los neolingüismos, extranjerismos; que impulsan la renovación lingüística.
- ii. i. Como **producto social**.- cambian por la acción de factores sociales, culturales y de acontecimientos, políticos, étnicos, etc. Como las lenguas nacionales, ej. Las lenguas romances.

Cambio lingüístico es el paso de una lengua a otra, como del latín al castellano.

Del desplazamiento de la relación significante-significado. Ej.

|                  |                    |                |               |
|------------------|--------------------|----------------|---------------|
| <b>Fonético</b>  | Latín              | Agora          | Ahora         |
| <b>Semántico</b> | Castellano antiguo | Fusil (chispa) | Arma de fuego |

### **3.2 Funciones del lenguaje**

Se ha establecido que el papel fundamental del lenguaje en la actividad humana es simbólico (en cuanto no es solo del pensamiento sino principio de organización y expresión de la personalidad total) y comunicativo por que es clave para mantener los vínculos del “uno” con el “otro”.

Se entiende por función la actividad o proceso que desarrolla el hombre con la ayuda del lenguaje, por lo tanto son las finalidades o propósitos de los usos correctos de los signos lingüísticos.

## Según Bühler.

**Representativa.-** es esencial, es la primera función que se da en el lenguaje, tiene relación con los contenidos y con los significados. Es la representación del mundo que nos rodea y el uso de las palabras abstractas.

P. ej. “dios es amor”

**Expresiva o emotiva.-** relacionada con los afectos, es su externalización objetiva y subjetiva. “que casa tan alegre”

**Apelativa.-** las modificaciones sobre la actitud, la decisión y el pensamiento del interlocutor a través del lenguaje, y está puede ser:

- Imperativa.- ¡caminá!
- La de sugerir.- ¿quieres caminar?

## El modelo de Jakobson.

- **Función referencial.-** relación mensaje-objeto, se trata de la propiedad del lenguaje de significar información objetiva, conceptual y lógica.
- **Función emotiva.-**relación mensaje-emisor, corresponde a la expresividad de sentimientos, actitudes y emociones.
- **Función conativa (o conminativa).-** relación mensaje-destinatario, trata de influir en la conducta de los demás.
- **Función estética o poética.-** relaciones internas del mensaje en si mismo., en el cual se aplican principios elementales de semiótica y estética.
- **Función fática.-** establecer contacto comunicativo y también mantener o detener el fijo de la palabra.
- **Función metalingüística.-** parafrasear o explicar hechos del lenguaje, haciendo uso del mismo lenguaje. Las teorías lingüísticas son metalenguaje.
- **Función heurística.-** percibir el lenguaje como un todo, es parte de nuestra función vital, ayuda a organizar y orientar.
- **Función lúdica.-** utiliza el lenguaje a manera de juego. Chistes.

### **3.3 Desarrollo del lenguaje en el niño.**

**La función simbólica.-** (o facultad semiótica – **Piaget**) es la capacidad o facultad de representación mediadora de la realidad, lo cual implica entrar en la construcción del conocimiento, que cubre los símbolos y los signos; que se reducen a la función representativa (símbolos) y comunicativa (los signos).

Hacen que los signos signifiquen algo de alguien sobre algo con destino a alguien. Los signos son, si, se constituyen en medio para compartir o confrontar el conocimientos con otros.

El hombre es capaz de crear símbolos para el desarrollo y la expresión del pensamiento y de su personalidad, y de adquirir signos articulados para este fin.

**Etapas y manifestaciones.-** (consideraciones de algunos autores sobre el tema, como Chomsky, Piaget, McNeill, Bruner, Jakobson, Vygotsky, Brown, Slobin y Oléron, entre otros)

1. **etapa prelingüística:** Etapa prelingüística: (0-2años) es el desarrollo de las características fonológicas-fonéticas, morfológicas, sintácticas y pragmáticas. Se comienza de las conductas reflejas a la formación de las frases, después los sonidos, que unidos son sílabas, de ahí a la formación de palabras y a la formación de frases.

a) Primeras vocalizaciones **i)** gritos y llantos **ii)** La repetición de sonidos indiferenciados **c)** El balbuceo **d)** Expresividad "*Kinésica*"

2. **Etapa lingüística.-** (2 – 18 años) marca el acceso a un tipo de información, estimulación, de educación semi formal y educación formal, que le permite la especialización y su búsqueda. Ej. Elegir una carrera determinada.

3. **Etapas post lingüística.**- (18 ) permite la investigación, el dominio del conocimiento, a partir de las estructuras lingüísticas para acceder a otros tipos de conocimientos.

Todo esto está apoyado por teorías dentro del marco de la lingüística y la semiótica. Por que son aquellas ciencias que extienden el signo lingüístico.

**Teorías ambientalistas.- (Saussure)** la lengua en el niño es desarrollada en función directa con el medio ambiente, así la entendía “el niño la va asimilando poco a poco”. Skinner, es fundamental la acción de estimulación verbal.

Estos ambientes pueden ser: sobreprotectores; sobre exigentes; bajo en estimulación; en ambientes normales, el niño escucha, recoge, imita, organiza, repite y logra hablar (aplica).

**Teoría cognitivistas.- según Piaget**, hay una relación directa del desarrollo de la inteligencia con las manifestaciones lingüísticas, proceso por el cual el lenguaje se desarrolla como conocimiento.

Periodos de desarrollo de la inteligencia: sensorio motor (0-2); prelógico (2-4); lógico (5-9); formal (13 )

**Teoría nativista.- según Chomsky**, el lenguaje es conocimiento y actuación. El lenguaje se da de manera natural por que es mental.

**Teoría culturista.- Bruner**, establece que el lenguaje mejora por el acceso que se tenga a la educación y a la cultura. Que es como un amplificador del pensamiento.

### **3.4 Relaciones del lenguaje y el pensamiento**

Cualquiera sea la concepción que se tenga de pensamiento, es indudable que se halla ligado al surgimiento de signos y símbolos. Y hay que aclarar que conceptos tienen de estos; la controversia se puede extender a relaciones como: lenguaje sin pensamiento y pensamiento sin lenguaje, en los que se distinguen dos sentidos básicos: en un sentido estricto y en un sentido amplio.

|             | Sentido estricto   | Sentido amplio   |
|-------------|--|--|
| lenguaje    | Es la facultad que habilita para la adquisición y usos de signos fónicos, regido por reglas en las lenguas naturales, que utiliza el hombre para su desarrollo y comunicación. | La capacidad del hombre para la representación simbólica y el uso de signos y códigos, para su desarrollo y la comunicación.   |
| pensamiento | Cubre el ejercicio del conjunto de funciones y operaciones intelectuales, en el carácter de conceptual del proceso, sólo posible por el lenguaje.                              | El mismo principio del ejercicio de funciones. Que se deriva de la construcción del mundo objetivo, del que parten experiencias objetivas, subjetivas y socioculturales. |

#### **Transformistas del lenguaje:**

| Piaget  | Vigodsky   | Chomsky  | Bruner   |
|---|--|--|--|
| No hay lenguaje sin pensamiento, y es por la mayor o menor inteligencia. (realidad de | El lenguaje produce el pensamiento es producto del | El lenguaje es independiente del pensamiento, que existe un conocimiento y | No son separadas, las dos son partes del conocimiento. |

|                   |          |   |  |
|-------------------|----------|---|--|
| manera subjetiva) | lenguaje | una actuación, y<br>son estructuras<br>separadas. |  |
|-------------------|----------|---|--|

Gracias al lenguaje se hace la construcción del concepto que se hace eficaz por la información científica influida por el medio.

### **3.5 EL INCONSCIENTE INFANTIL**

Para algunos estudiosos de la mente describen el inconsciente como esa parte activa de la mente de la cual uno no está consciente, pero que puede manifestarse y entenderse por medio de la interpretación de los sueños, tu conducta o el hipnotismo.

Quiere decir una ausencia total de lo que decimos y hacemos, como si estuvieras dormido(a) o una especie de trance, en donde lo bueno y malo no puedes juzgarlo.

¿Cómo es que se manifiesta? ¿Dónde surge? Para que te quede claro y lo comprendas, lo que hace que repitas las cosas es decir el ciclo o patrón del inconsciente son los instintos animales, eso que te permite sobrevivir en el mundo, en la sociedad: así que son los recuerdos del pasado, nuestra memoria animal, la que guarda toda la información acerca de nuestra evolución, antes incluso de nacer.

Cuando nace un bebé un nuevo proceso de inconsciencia inicia, cuando está en el vientre, todo está oscuro, pero está a salvo, seguro durante nueve meses, y cuando es lanzado al mundo, a la luz, es una repentina sacudida, y el bebé empieza a luchar por la sobrevivencia igual que el inconsciente.

Por lo que todo el proceso de supervivencia y crecimiento inicia a partir del nacimiento y se mueve en periodos también llamados ciclos de existencia, ejemplo el movimiento de rotación de la tierra, la estaciones del año, los días de la semana etc, todos somos regulados por el periodo mágico del número siete.

En los primeros siete años de existencia se desarrollo el cuerpo físico y la mente inconsciente, aquí empezamos a aprender mediante nuestros sentidos todo lo que pasa en el mundo el sentido del amor empieza a desarrollarse, el instinto de supervivencia o de vivir crea y desarrolla algo similar a un programa de computadora que va a recorrer toda la vida, y que se encargara de controlar todas nuestras acciones, durante este periodo de programación el niño va a captar y guardar en el inconsciente todos los hábitos dentro y fuera de su casa y la forma de comportamiento de todas las personas con las que convive, algunos estudiosos de la mente inconsciente dicen que los niños se comportan como sus padres cuando crecen, los científicos dicen que se debe a la genética, para mi es cierto el papel genético es un factor determinante, pero creo que solo en el aspecto físico, sobretodo en lo referente a la transmisión de enfermedades, como la diabetes, el asma, las enfermedades cardiovasculares, etc, pero considero que ninguna enfermedad mental es transmitida por la sangre, la mente es una parte de nuestro cuerpo totalmente independiente, y ningún gen puede transmitirse o pasarse de una mente a otra, porque no es una parte física del cuerpo. Luego entonces el inconsciente está totalmente desarrollado en un niño de esta edad y permanece en esa forma el resto de su vida. El crecimiento del inconsciente termina en esta edad, por lo que el programa básico computarizado quedo perfectamente instalado, con lo que el niño haya aprendido y grabado por medio de sus sentidos en esa corta edad, el niño interior ha alcanzado la etapa final de crecimiento y está listo para comportarse de muchas formas el resto de su vida.

**¿Pero qué ha aprendido realmente el niño?**

Pues ahora domina todos los patrones e instintos inconscientes de sus padres, es ahora su propio maestro, quien lo enseñó Usted, Mama y Papa, porque el niño estaba despierto mientras ustedes estaban dormidos en su mundo inconsciente, porque él siguió creciendo, observando. Y grabando todos y cada uno de los movimientos y acciones.

Es cierto que la base de ese crecimiento se da en el hogar es la escuelita básica, del desarrollo de la mente inconsciente, del aprendizaje de los actos inconscientes de las personas con las que convive.

Lo puedes observar en los diferentes matrimonios es un patrón, pregúntales porque se casaron y tienen hijos y te contestarán porque aquí todo mundo se casa y tienen hijos.

Ahora piensa si esta pregunta es tan importante en el desarrollo de nuestra vida y la respuesta del inconsciente es así que pasa con las cosas menos importantes. De donde surge esta respuesta, por el control del 90 por ciento de nuestra mente del inconsciente, la materia es totalmente inconsciente, pero los seres humanos somos considerados conscientes.

Se debe a que por o menos tenemos un 10 por ciento de conciencia, y tenemos también el potencial, la capacidad de volvernos totalmente conscientes, a diferencia de las piedras y los animales el ser humano es considerado el animal más evolucionado, porque puede utilizar sus semillas de conciencia para reducir y despertar su inconsciencia.

***UNIDAD DE APRENDIZAJE No. 4***

***ESTRATEGIAS DE LA EVALUACIÓN EN LA***

***PSICOTERAPIA INFANTIL***

## **4.1 EL DIBUJO COMO INSTRUMENTO TERAPEUTICO**

Cuando tratamos de ocultar lo que nos ocurre nos delatan los músculos del rostro, nuestras posturas, etc. Muchas veces son más expresivos que nuestras palabras. El lenguaje muchas veces es más lo que oculta que lo que expresa. La actitud de un paciente al enfrentar las pruebas puede revelar características de su personalidad (que dibuje con alegría o irritación, hablando o en silencio, tenso o calmado, confiado o dudoso, etc.) interesa saber si ofrece la cooperación básica o es solo superficial (**los dibujos de palotes, encubren deseos de no cooperar**).

Además hay evaluar la estructura o expresión (que abarca el tamaño, la presión y calidad de la línea, el emplazamiento, el grado y área de completamiento, los detalles, la simetría, perspectiva, proporciones, sombreados, reforzamientos y el borrado) y **el contenido de los dibujos** (que abarca la postura de las figuras, la expresión facial y la importancia que se da a los distintos detalles.

Los movimientos expresivos de los niños son un gran potencial diagnóstico. Los que en la consulta se retiran a un rincón y se mantienen retraídos, probablemente dibujen también ahí, y exprese lo mismo en su dibujo, el niño que se expande sobre la mesa, probablemente ninguna hoja será suficientemente grande para él, ya que los niños se expresan de una manera más franca y directa que los adultos quienes utilizan defensas para encubren sus necesidades básicas, por lo que a menudo se ha considerado que las técnicas proyectivas poseen mayor utilidad que con los adultos.

Wolf demostró la confiabilidad en los movimientos expresivos, la correlación entre la personalidad y los patrones **psicomotores**.

La secuencia en que emergen los impulsos, las defensas y adaptaciones, nos van mostrando cambios dinámicos y económicos, que ponen de manifiesto los rasgos estructurales del sujeto ej: quien primero dibuja un sujeto con hombros pequeños (muestra de inferioridad) que luego borra (intenta encubrir como) y dibuja hombros compensatorios (una mascara de idoneidad y adecuación).

Casi tan importante como observar esta secuencia, **es observar la secuencia de dos dibujos diferentes**, lo que da indicios sobre el impulso y la energía de la persona, y el control sobre dichos impulsos (ej: si se pasa de un dibujo a otro y viceversa, continuamente). La secuencia de tratamientos que realiza a la línea, a veces también tiene una importancia diagnóstica. Estas secuencias muestran una serie de conductas registradas en el papel.

El tamaño da indicios del realismo de la autoestima, de su autoexpansividad característica o sus fantasías de omnipotencia (ej: **los dibujos pequeños hablan de sentimientos de inferioridad, inadecuación y quizás de tendencias al retraimiento, la dependencia. Los muy grandes expresan fuertes corrientes agresivas o de descarga motora, y si estos tienden a presionar los bordes de la página, manifiestan sentimientos de constricción ambiental acompañado de acciones o fantasías sobrecompensatorias.**)

La presión, así como el tamaño, es un indicador del nivel energético de la persona. Los que dibujan contrazos más fuertes (muchas veces presentes en psicópatas, orgánicos, epilépticos, encefálicos y personas extremadamente tensas) son más asertivos que los que hacen trazos livianos (con bajos niveles de energía o restricción y represión) muchas veces presentes en esquizofrénicos crónicos, catatónicos avanzados, débiles mentales, depresivos y personas que se sienten desubicadas.

El trazo largo indica un fuerte control en la conducta; el corto, una mayor impulsividad; los rectos, autoafirmación, y son asociados a los estados de ánimos agresivos; los circulares, mayor dependencia y emotividad, asociados a la

fameneidad; las líneas dentadas se asocian a lo más agresivo y hostil; las quebradas, indecisas o que poseen continuidad solo porque fueron varias veces reforzadas, muestran inseguridad o ansiedad; las se ven como tirantes (delgadas y como estiradas a lo largo) muestran estados emocionales rígidos o tensos. Si las líneas fragmentadas o esbozadas están muy destacadas, expresan ansiedad, timidez, falta de autoconfianza, vacilación en la conducta y en el enfrentamiento con situaciones nuevas. Hay personas que dibujan figuras con las líneas todas desconectadas (ej: los ojos fuera del rostro) sin ninguna conexión, lo que es un claro indicio de tendencias psicóticas.

Los detalles inadecuados transmiten una sensación de vacío y reducción energética, y son los preferidos de las personas con claras tendencias al retraimiento, que utilizan el aislamiento emocional como defensa, y en ocasiones en depresivos. El empleo excesivo de detalles (en cualquier objeto del dibujo) es característico de los obsesivos compulsivos (en una población emocionalmente perturbada). **Los dibujos con elementos rígidos** (como personas con la cabeza y el cuerpo erecto, las piernas apretadas entre sí, y los brazos pegados al cuerpo, **dibujos con actitudes de escasa libertad**) y repetitivos, es propio de neuróticos que necesitan ordenar su mundo interno y/o externo creando un mundo ordenado y estructurado, sin dejar en las líneas ni en el dibujo en conjunto fluir nada de ellos en forma relajada, como todo reunido a la fuerza, como si sintieran que sin esta presión todo se desmoronaría.

**Los dibujos demasiado perfectos y controlados, son comunes en obsesivos compulsivos, esquizofrénicos incipientes y orgánicos**, quienes intentan mantenerse integrados, hipervigilantes, evidenciando un yo débil que teme la irrupción de los impulsos; son personas para las que las relaciones espontáneas con los demás y el mundo representan una amenaza, son incapaces de relajarse y actuar en forma espontánea e impulsiva, solo pueden actuar bajo la imposición del deber.

**Los dibujos con falta de simetría revelan inadecuados sentimientos de inseguridad en la vida emocional.** Si la simetría bilateral está acentuada al punto de la rigidez, el control emocional es del punto obsesivo compulsivo, y puede expresarse como represión e intelectualización exagerada. Los depresivos también someten sus dibujos a una inflexible simetría.

**Los niños que realizan sus dibujos con un emplazamiento al medio de la hoja manifiestan una conducta más emotiva y centrada en ellos mismos, indica una alta seguridad** (a menos que sea un centramiento en extremo minuisioso).

**Los que hacen dibujos descentrados son más dependientes e incontrolados.** Cuanto más a la derecha este el dibujo, es más probable que el sujeto tenga un comportamiento estable y controlado, que postergue la satisfacción de sus necesidades e impulsos, y que prefiera las satisfacciones intelectuales (o inhibición) a las emocionales, son sujetos introvertidos (que se asocia a la capacidad de postergar las satisfacción). Cuanto más a la izquierda, es más probable de que el sujeto actúe en forma impulsiva, y busque la satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos, son sujetos extrovertidos (que se asocia a la búsqueda de satisfacción inmediata). El emplazamiento en el eje vertical arriba, indica que el sujeto siente que tiene que realizar grandes esfuerzos por alcanzar sus metas, que son casi inalcanzables; o que busca la satisfacción en las fantasías; o que se mantiene distante y relativamente inaccesible. Si esto se da en niños, estos en general alcanzan altos niveles de éxito y ejercen constantes esfuerzos para lograrlos; pero si se da en adultos, estos en general son personas inseguras (en el aire). En el eje vertical abajo, indica que se sienta inseguro e inadaptado, lo que le produzca estados de depresión o de actitudes derrotistas; o que se encuentre ligado a la realidad u orientado a lo concreto.

**Pero es común que los niños pequeños (y los sujetos regresivos) realicen sus dibujos en el cuadrante izquierdo superior; si están pegados al**

**borde de la hoja, se evidencia necesidad de sostén, temor a la acción independiente y falta de seguridad.** Y que a medida que avance la edad los dibujos se vayan desplazando hacia el centro.

Solo ocasionalmente aparece movimiento en los dibujos proyectivos, y cuando parecen generalmente es en dibujos de niños dotados. Los depresivos dibujan pocos elementos móviles, los psicóticos muy pocos o muchos, y los niños débiles mentales son los ue menos los incluyen.

Las síntesis defectuosas en los dibujos (masas confusas y desordenadas de detalles sin ninguna idea directriz) es característico de personas con trastornos emocionales graves, propio de la **psicosis**. Además, muchas veces mezclan medios, como la escritura y la pintura, como un intento por compensar la posibilidad de ruptura de la capacidad de comunicación básica. El arte psicótico mantiene un monologo interno (el artista genuino mantiene un diálogo con el mundo). Muchas teorías rechazan la hipótesis de que este carezca de significado, dicen que las proyecciones simbólicas son todas significativas aunque no tengamos las capacidades para comprenderlas.

## **4.2 ALGUNAS PRUEBAS PROYECTIVAS (DIBUJOS) EN LA PSICOTERAPIA INFANTIL.**

### **4.2.1 DIBUJO PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA**

Pese a que su interpretación, a igual que para el Roschach o cualquier otra técnica **psicológica**, no tiene suficiente validación experimental, es una fructífera, económica y profunda fuente de información y comprensión de la personalidad. En ocasiones Freud cometió el error de hacer interpretaciones simples, como que un sombrero simbolizara un órgano genital, pero se corrigió al descubrir la complejidad del símbolo y de la formación del síntoma (un sombrero en un sueño, una fantasía o un dibujo puede tener un gran número de significados según el contexto o la matriz organizacional que lo produce. Todo dibujo, síntoma, fantasía o acto tiene una historia (campo de vectores organizado y dinámico, multidimensional) de la cual surgieron; el dibujo o símbolo es económico y está sobredeterminado.

### **Supuestos básicos:**

- 1) todos los actos están determinados. Pero para que los dibujos proyectivos sean una técnica **psicodiagnostica**, debe ocuparse de segmentos nucleares de conducta.
- 2) Los dibujos están determinados por factores **psicodinámicos** nucleares
- 3)Esta nuclearidad surge del concepto de "imagen corporal". Cada uno de nosotros posee en su aparato psíquico una imagen de sí mismo.
- 4) Aunque los dibujos estén determinados por una combinación de factores culturales, personales, transitorios o caracteriológicos, pueden ser aislados identificados y, asta cierto punto, cuantificados.
- 5) Existen operaciones intermedias entre los detalles de un dibujo y las fuerzas que lo determinan; estas operaciones poseen una gramática y una sintaxis similar a las de los símbolos oníricos, las fantasías y los síntomas.

### **Técnica:**

**Es un tipo de test situacional en que se enfrenta al examinado, no solo a dibujar sino tb a una situación determinada y a adaptarse a ella. Éste se compromete en conductas verbales, expresivas y motoras. Estas conductas así como el dibujo ofrecen datos para el análisis psicológico.**

### **Proceso básico:**

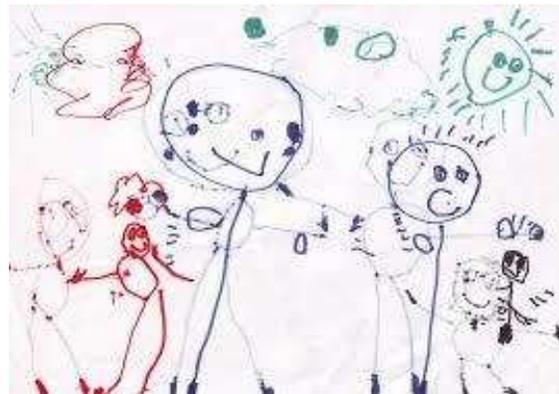
Se entrega al examinado un lápiz blando y papel en blanco de 21 por 28 prox. ubicados al alcance de su mano para que seleccione la hoja y la posición que desee. El escritorio debe tener una superficie liza e iluminación suficiente. Debe estar sentado con comodidad, con espacio suficiente para piernas y brazos, que asuma un estado de relajación habitual, y así poder suponer que cualquier tensión psíquica es endógena y no provocada por la situación física externa. Consigna: luego de establecido el rapport, el examinador dice: “por favor dibuje una persona”, si este duda por sus habilidades artísticas, se le puede decir: “no importa, no nos interesa cómo dibuja, sino que dibuje una persona”, sin dar ninguna otra especificación. Si el examinado sigue reticente, se podrán utilizar todas las técnicas de persuasión que se conozcan, pero sin dar información específica adicional. Deberá destacarse que el talento artístico no es importante y que cualquier cosa que haga estará bien.

Si dibuja una figura incompleta (con la “total” omisión de las siguientes áreas: la cabeza, el tronco, el brazos o las piernas), se le pide que dibuje otra pero completa, en otra hoja, estas hojas se van enumerando. Si hace a penas un esbozo (figuras de palotes) o estereotipos o representaciones abstractas, se le pide que haga otro, pero esta vez no como estereotipo...(según sea el caso), y deben repetirse las consignas hasta que resulte un dibujo satisfactorio de la figura humana.

Si dicha figura es un hombre, se dice: “esta es una figura masculina; por favor dibuja ahora una femenina” y si es una femenina, al revés. Observaciones e interpretaciones: la técnica consiste en el registro descriptivo e interpretativo de la conducta y de los dibujos del examinado.

**Conducta:**

Se ven aspectos verbales, motores y de orientación.



**4.2.2 DIBUJO HTP (ARBOL, CASA, PERSONA)**

El htp muestra la imagen interna del si mismo y del ambiente, lo que se considera importante y lo que se desecha.

Para que sea estandarizado se piden siempre los mismos temas gráficos, el mismo tamaño de papel, un lápiz numero 2 con goma y un formulario de 4

hojas blancas de 18 por 21 y solo se ofrece una hoja por vez. Para la casa se ofrece la hoja con el eje más largo paralelo al examinado y para el árbol y la persona perpendicular. Se le pide que dibuje lo mejor que pueda, pero como desee, puede borrar y tomarse el tiempo que necesite. Si intenta usar cualquier ayuda mecánica se le advierte que el dibujo debe ser manual. El orden de presentación de los estímulos es siempre: primero la casa, luego el árbol y último la persona (de las representaciones más neutras a las más cercanas a la propia persona).

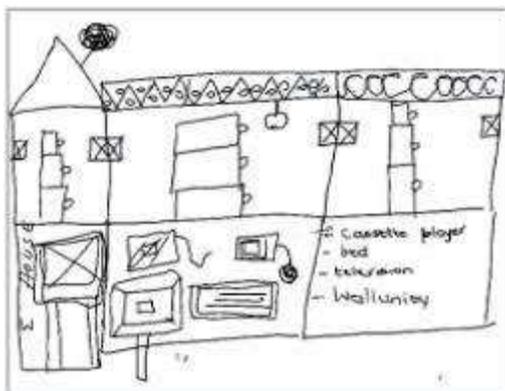
Buck eligió estos items por ser familiares a todos, y por ser conceptos simbólicamente muy fértiles de significación ICC. Los sujetos han visto tal cantidad de casas, árboles y personas que eligen lo que para ellos tiene mayor significado emocional.

El objeto favorito de los niños chicos es la figura humana.

### **LA CASA:**

Representa “la imagen de uno mismo (con sus elementos correspondientes: el área de la fantasía, yo, contacto con la realidad, accesibilidad, predominio oral, anal o fálico) y la percepción de la situación familiar (pasado, presente y futuro deseado, o una combinación de los tres).

Pichon Rivière descubrió que la casa puede simbolizar:



a) El cuerpo de la persona: los problemas en el área fálica, frecuentemente son proyectados en las chimeneas, y los del tipo oral, destacando los contornos de las ventanas. Aquí las anomalías en la construcción se relacionan con la alteración de la imagen corporal provenientes de las perturbaciones emocionales

b) El interior de la madre.

c) El hogar parental: una paciente que se sentía oprimida por las constantes peleas en su hogar, hizo una chimenea con un denso humo hacia arriba.

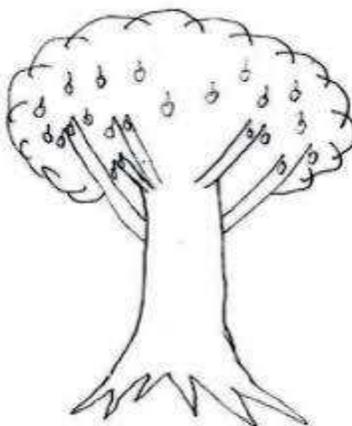
Aunque psicóticos deteriorados suelen dibujar casas semejantes a úteros (b), los significados simbólicos a) y b) han sido empíricamente confirmados con más frecuencia.

La casa es simbólicamente relacionada con la figura humana y tiene un importante papel no solo en los dibujos infantiles, sino tb en el arte primitivo. La persona es el concepto grafico más empapado de las experiencias emocionales del D° individual.

En niños, la casa pone de manifiesto la actitud que tiene frente a la situación de su hogar, la relación con sus padres y hermanos.

Las personas casadas , muchas veces representan la situación domestica con sus cónyuges, sin embargo en muchos siguen vigente las relaciones infantiles con las figuras parentales.

## **EL ÁRBOL:**



En los mitos, el folklor y el lenguaje diario (como en la idea de árbol genealógico) el árbol siempre a simbolizado la vida y el crecimiento. El individuo que olvida las ramas, es el que no se ramifica, no se mezcla con los demás ni disfruta con ellos.

Los árboles agitados por el viento y quebrados por las tormentas, muestran lo que las presiones ambientales han hecho con ellos mismos. Una mujer con 5 hijos, debajo de un árbol dibujo un canasto con 5 lustrosos frutos, representando así su orgullo materno. Otra con 2 hijos: uno homosexual y otro con problemas en la lectura, dibujo un árbol frutal con 2 manzanas tiradas en el suelo, mostrando así el rechazo ICC por sus hijos y su autoevaluación negativa como madre.

El dibujo del árbol puede captarse intuitivamente como totalidad en armonía, inquietud, vacío, hostilidad, carencia o abundancia.

Uno debería entregarse pasivamente a los efectos que producen un gran número de árboles, contemplarlos sin actitud crítica, reconocer así las diferencias entre ellos, y conocer más íntimamente a las personas.

El D° del árbol es paralelo al D° psíquico temporal del examinado. En la parte inferior del árbol suelen aparecer las huellas de las experiencias tempranas, y en la parte de arriba, las apariciones más recientes. Cuanto más abajo estén las cicatrices más tempranas han sido las experiencias traumáticas.

**El árbol es la imagen de sí mismo en relación al contexto.** Para Buck, el tronco representa la sensación que la persona tiene de su poder básico y de su fortaleza interna (la fuerza del yo); la estructura de las ramas representa la capacidad que siente tener para obtener satisfacción del medio (inconscientemente representan sus brazos y sus manos); y la organización total del dibujo revela cómo siente su equilibrio intrapersonal.

Las partes externas de la copa forman la zona de contacto con el ambiente, la relación e intercambio de lo interno con lo externo.

## **LA PERSONA:**

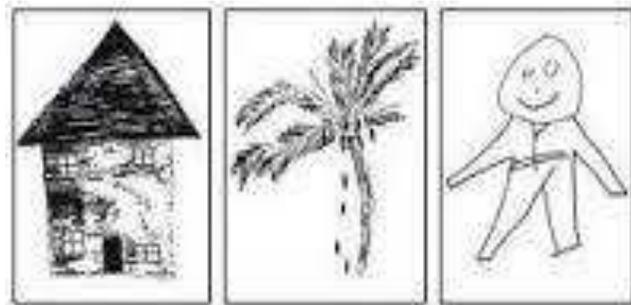
### **Esta figura puede motivar 3 tipos de temas:**

- a) **Autorretrato:** los pacientes con un CI medio o inferior suelen reproducir sus propios rasgos corporales, como frente a un espejo (la capacidad de abstracción permite la representación de imágenes no especulares). Se proyectan defectos y cualidades físicas, pero

además de un yo físico hay un yo psíquico que tb es proyectado, lo que hace posible que un sujeto alto dibuje uno pequeño y brazos colgantes.

b) **Ideal del yo:** se puede dibujar un ideal del yo en lugar de lo que se siente que es. Como los pacientes obesos que aún se adhieren a su ideal (estos tienen un mejor pronóstico) y dibujan una figura delgada.

c) **Representación de una figura significativa:** sea contemporánea o pasada, positiva o negativa. Se da más en niños que en adolescentes o adultos, por la necesidad de identificarse e incorporar un modelo a su autoconcepto (la figura materna o paterna reproducida es un dato profético respecto a lo que después un retest mostrará que el niño a incorporado).



**En el dibujo de la persona se proyectan los sentimientos menos profundos, junto con los recursos que los sujetos emplean para manejarse con los demás y sus sentimientos hacia el prójimo.**

Estos 3 conceptos (casa, árbol y persona) son lo suficientemente inestructurados (se le dice que dibujar, pero no de que tipo) como para que surja el significado de estos desde el interior del examinado, y ser así instrumentos

proyectivos; el tamaño, el emplazamiento, el sexo, la expresión, la postura, de costado, de perfil, en acción, etc, además de la inclusión y exclusión de los distintos detalles de los elementos, forman parte de creaciones propias del sujeto. **Los dibujos proyectivos ponen de manifiesto el yo sentido, el yo ideal, y-tienta decirlo- el yo futuro** (excepto con intervenciones **psicoterapéuticas** o cambios situacionales significativos)

### **4.3 EL JUEGO COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA**

El juego es la forma natural de aprender y comunicarse del niño, por ello es utilizado en la evaluación y tratamiento de problemas emocionales. Conocer y saber interpretar el significado del juego en los niños permite conocer lo que verbalmente les es difícil comunicar. De la misma manera que un adulto puede verbalizar sus dificultades por medio de las palabras, los niños se expresan y comunican libremente a través del juego.

Cuando hablamos de “Terapia de juego” nos referimos a aquella técnica psicoterapéutica basada en la interpretación que se hace del juego del niño, que se encarga sus emociones y que constituye una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas. Su objetivo es ayudarlo a expresarse, elaborar y resolver sus conflictos emocionales y es recomendada en niños de 4 a 11 años.

#### **4.3.1 El papel de los juguetes en la Terapia de juego.**

En la Terapia de Juego se evalúan las conductas expresadas y los juguetes cumplen el propósito de suscitar ciertas conductas problema, de tal manera que podemos evaluar sus defensas, su nivel de tolerancia a la frustración, ansiedad, agresividad, dependencia o independencia, sus fortalezas y dificultades, su

comportamiento en general. Por ello, en el proceso de evaluación y terapia, se recomiendan juguetes que permitan la expresión simbólica de las emociones y necesidades del niño.

### **1.-El Rincón Hogareño:**

Es una casa de juguete o esquina del cuarto, la cual contiene el tipo de equipo que se lista bajo “rincón hogareño”. En este rincón con frecuencia los niños tratan lo que han vivido en casa, aquí se experimentan roles y relaciones. Los niños ilustran casi en su totalidad algunas de sus asociaciones individuales con el “hogar” y los difíciles problemas que giran en torno a sus relaciones tempranas con figuras primarias. Cuando este juego se acepta y translabora, las energías pueden transferirse a otros tipos de juegos más maduro, en donde el rincón hogareño adquiere un estatus apropiado a la edad.

### **2.- Casa de muñecas:**

El juego en la casa de muñecas puede ser muy revelador. Las muñecas llenan cierta cantidad de roles, los niños pueden jugar de manera realista. Los niños usan al muñeco bebé para expresar la parte de bebé propio, lo que le hace el niño al bebé (muñeco) puede que sea lo que se le hizo al niño cuando él era un bebé, por lo cual esta técnica es útil en toda terapia de juego.

### **3.- Juguetes de construcción y rompecabezas**

Al utilizar juguetes de construcción los niños pueden expresar cómo se han sentido (aún de manera pre-verbal) acerca de ser “piezas descartadas” o “unirse”, “hacer algo nuevo”. Demoler creaciones a partir de los juguetes de construcción puede que sea la expresión vivida de sus sentimientos.

#### 4.- Armas:

Pelear es una parte inherente a naturaleza humana y muchos niños desean “actuar” mediante el uso de armas. En la terapia de juego, las armas se utilizan como defensa de las partes atemorizantes, indefensas e inmaduras de la personalidad y para atacar las amenazas del exterior.

La agresión no necesariamente indica maldad, es un aporte saludable del desarrollo normal y los niños con frecuencia “pelean” para sobreponerse. Algunos niños que se sienten inseguros están en mayor disposición de pelear.

#### 5. Juegos con animales

De acuerdo a la mayoría de autores son de “suprema importancia en el simbolismo” ya que reflejan una jerarquía de instintos y áreas inconscientes que van desde los animales grandes y salvajes (que podrían vincularse con instintos fuertes de tipo animal) hasta los animales domésticos y con frecuencia obedientes.

Los animales representan diferentes aspectos de la naturaleza de la persona o de las fuerzas instintivas diferentes del intelecto, voluntad y razón.

#### 6.- Material para artes plásticas

Algunos niños se comunican con mayor facilidad a través de la forma, color y dibujo que de manera verbal. A través del arte se da al niño la oportunidad de expresar lo inexpresable, como reflejo del mundo interior del niño son necesarios los materiales como pintura, dibujos, trabajo con arcillas, arena y agua.

Las creaciones del niño deben exponerse en cada sesión. El arte es una forma de comunicación simbólica que ofrece una oportunidad para la representación terapéutica y su solución.

## 7.- Role play Dramático

Muchos niños entran de manera espontánea en el role play dramático cuando se atribuyen roles a sí mismo (y el terapeuta de juego). El juego dramático incluye todas las variaciones desde la mímica hasta la actuación improvisada; los niños se disfrazan a sí mismos en otros personajes a partir del cual se desarrolla la fantasía y se expresan sus necesidades e impulsos internos. Algunos niños actúan dramas alrededor de un problema actual en su vida cotidiana.

## 8.- Títeres

Son una rica fuente de juego simbólico, a través de los títeres los niños pueden encontrar un medio para expresar cosas que serían difícil expresar abiertamente. El terapeuta debe tomar nota del diálogo, personaje y conflicto, las verbalizaciones y el tema principal de la historia.

### **4.3.2 Aplicación en la Terapia de Juego**

Esta terapia es muy beneficiosa para niños con que se muestren irritables, agresivos, desobedientes, desafiantes, introvertidos, distraídos, tristes, temerosos o inseguros, con baja autoestima o bajo rendimiento escolar, niños que estén siendo víctimas de una crisis como un divorcio o una pérdida, padecen alguna enfermedad crónica o que han sido víctimas de abuso sexual o maltrato físico y psicológico.

#### **4.4 Los roles de los padres en la psicoterapia infantil**

Mi experiencia como psicoterapeuta me dice que muchos de los problemas (neurosis, carencias, disfuncionalidades, conflictos existenciales) de las personas, están asociados a deficiencias instaladas en el contexto del hogar, que en muchos casos son consecuencia del ejercicio inadecuado del rol de padre o madre. Hogares (padres y madres) disfuncionales generan personas (hijos) disfuncionales.

La vida en familia deja su huella indeleble en la vida y esencia de todo individuo. La sanidad y funcionalidad o la insanidad y disfuncionalidad, el desempeño productivo y efectivo o no, tienen que ver con lo vivido y aprendido en el laboratorio familiar; con el tipo de influencia que mamá y papá ejercieron sobre sus hijos.

Los padres por ser el origen y la fuente de la vida para los hijos, generan una influencia decisiva y única. Por otra parte, por ser los padres los actores principales (escultores, formadores, moldeadores) en el proceso de educación y formación de los hijos, influyen en forma poderosa el tipo de mapa, aprendizaje y personalidad que instalan los hijos.

Esta acción es definitiva en los siete primeros años de vida de los hijos, por dos razones:

- Los niños son, en sus etapas más tempranas de la vida, pura necesidad. Su orientación primaria es impulsada por sus necesidades más básicas como la necesidad de seguridad. Si papá o mamá imponen una interacción tóxica, castrante y negativa, el niño “se adaptará” a los dictámenes y estilos de papá y mamá, y sacrificará sus necesidades y vivencias más personales, para alienarse a mamá y papá, y así no perder la seguridad que estos representan, así eso represente negar sus propias necesidades.
- En los siete primeros años de la vida de un ser humano se forjan los rasgos más básicos y fundamentales el carácter y la personalidad del individuo.

•

## **UNIDAD DE APRENDIZAJE No. 5**

### **ENFOQUES EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

#### **5.1 EL NIÑO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE DISTINTOS MODELOS TEÓRICOS.**

##### **El interés por el estudio del niño**

Apelar a la historia también es necesario en una segunda consideración acerca de la formulación del tema. En este caso, es a la historia de la Psicología Evolutiva como disciplina, ya que proponer al niño como “objeto de estudio” implica una actividad científica que lo constituye en tanto tal.

El interés por el niño puede rastrearse ya en la antigüedad en las observaciones de niños de filósofos griegos y latinos, pero se trata en este caso de observaciones dispersas, vinculadas más a cómo atender la educación del niño que a la naturaleza del sujeto infantil en sí misma. Es recién con la publicación del *Emilio* de Rousseau en 1762 que aparece la figura del niño con intereses diferenciados del adulto, y por primera vez se distinguen etapas en el desarrollo de los hombres.

Es también durante la segunda mitad del siglo XVIII, que el interés por el niño genera una práctica común entre los intelectuales de la época: la publicación de diarios en los que los padres reúnen las observaciones registradas durante de los primeros años de sus hijos. Como contribución a la constitución del campo de la disciplina, cabe destacar la aparición en 1877 de *El esbozo autobiográfico de un bebé*, donde Charles Darwin publica observaciones de uno de sus hijos,

realizadas cuarenta años antes. El hecho de que un científico de la talla de Darwin usase el procedimiento de observar a su hijo; propone que la aparición de la teoría de Darwin, con la publicación de *El origen de las especies* en 1859, brinda no sólo conceptos para entender la especie humana (temporalidad, historicidad y desarrollo sin fin); sino que a la vez , ofrece un modelo de investigación naturalista, objetiva , relacionado con las necesidades de la naciente Psicología Evolutiva.

A la vez, en el contexto histórico, social y cultural distintos hechos generan una imperiosa demanda de conocimientos sobre la población infantil, entre los que cabe destacar la introducción de la escolarización obligatoria en distintos países: por ejemplo, en EEUU desde 1870 se produce la escolarización progresiva de los niños, que en 1918 es obligatoria en todos los estados de la Unión. En Argentina, en 1884 se sanciona la Ley 1420 que establece la instrucción primaria obligatoria y gratuita. El **niño** comienza a ocupar un nuevo lugar en la sociedad: la escuela.

Hay acuerdo en considerar a la década de 1880 como el período fundacional de la disciplina, las figuras que representan el trabajo de este comienzo son Wilhelm Preyer, en Alemania, Alfred Binet en Francia y Stanley Hall en E.E.U.U., reconocidos particularmente por sus aportes metodológicos en la constitución del campo de la disciplina. El trabajo de cada uno de estos investigadores reflejaba también el interés por explicar distintos aspectos del desarrollo infantil, aunque no llegaron a elaborar sistemas teóricos.

Sin embargo, como señala Delval (1988), resultaba necesario generar perspectivas teóricas que permitieran otorgar sentido a las observaciones compiladas. Es a James M. Baldwin a quien se considera el primer teórico en el campo de la Psicología Evolutiva ya que su interés excede el estudio del niño para centrarse en los procesos de desarrollo y la constitución del psiquismo adulto; por ello, es considerado uno de los precursores de la perspectiva genética en la Psicología. Formula nociones tales como “reacción circular”, “esquema” y destaca

el papel de la imitación en el desarrollo del niño, ideas retomadas por Piaget en sus trabajos. También su idea acerca del individuo como un producto de sus relaciones con los demás es considerada precursora de las concepciones del interaccionismo simbólico de George Mead y también se la vincula con el papel que Vigotsky otorga a los procesos interpersonales en la explicación del desarrollo del niño (Delval, 1988, 1992; Martí Sala, 1991; Pérez Pereira, 1995).

El desarrollo sistemático de la disciplina se produce en los años que median entre las dos guerras mundiales y puede caracterizarse, por la coexistencia de dos tendencias contrapuestas: la acumulación de datos y la producción de teorías. Por una parte, se realizan estudios descriptivos<sup>4</sup> de distintos aspectos del desarrollo infantil; son trabajos de tipo acumulativo, sin preocupación por explicitar posiciones teóricas. Por otra, un grupo de estudiosos se empeña en elaborar una teoría del desarrollo psicológico mediante la combinación de datos y formulaciones teóricas. Los representantes<sup>5</sup> más destacados de este grupo son Henri Wallon, Heinz Werner, Lev Vigotsky y Jean Piaget. Esta línea de trabajo teórico, fundamentalmente europea, legó planteamientos de una fecundidad aún vigente (Delval, 1988, 1992).

En síntesis, el interés por el estudio del niño inicialmente se expresó en estudios descriptivos que consolidaron a la Psicología del niño como disciplina. Progresivamente, los intereses y planteos de distintos investigadores llevaron a la elaboración de teorías que buscaban explicar distintas dimensiones desarrollo infantil.

## **5.2 Los modelos teóricos**

El término *modelo*, en una de las acepciones del Diccionario de la Real Academia Española, remite a un “esquema teórico...de un sistema o de una realidad compleja... que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento”. Más específicamente, en cuanto al uso de la noción de modelo

en Psicología, Rechea (1980) plantea que existen tantas definiciones de este término como usuarios del mismo; sin embargo también plantea que lo común en la diversidad de definiciones es que todas aluden a la *representación* y a la *analogía*, por lo que puede decirse que “los modelos son representaciones analógicas de la realidad” (Spence, 1973 cit. en Rechea, 1980). Juan Samaja se refiere al punto central del asunto cuando sostiene que “... aunque el investigador se figure que su teoría describe la realidad misma, lo cierto es que describe un modelo de la realidad” (1993:139).

¿Por qué detenernos en consideraciones sobre el *modelo*? Este planteo está en función de introducir la modalidad de trabajo en Psicología Evolutiva, que difiere de las propuestas en las materias correlativas previas, centradas en el estudio cuerpos teóricos unificados. En Psicología Evolutiva se abordan conceptualizaciones de distintas teorías. Por ejemplo, Deval sostiene que “Gesell, que mantenía posiciones maduracionistas, es decir, el desarrollo como despliegue de potencialidades internas, propició la realización de cuidadosos trabajos de observación e introdujo técnicas como los registros cinematográficos o las cámaras con espejos unidireccionales. Gesell estaba muy interesado en el desarrollo normativo, es decir, en establecer niveles de desarrollo y pruebas para medirlo” (Delval, 1988:86).

En 1925 Wallon publica su tesis doctoral sobre *El niño turbulento*. En 1926 Werner, su *Introducción a la psicología del desarrollo*. A partir de 1923, Piaget inicia sus estudios sobre el pensamiento verbal en los niños. En 1934, Vigotsky publica *Pensamiento y lenguaje* como herramientas para dar cuenta del proceso de desarrollo humano y en nuestra asignatura, específicamente del desarrollo infantil.

Se ha señalado que la pluralidad de enfoques teóricos sobre el desarrollo muestra, por una parte, la riqueza de las reflexiones teóricas, pero también puede producir perplejidad por la falta de planteos comunes a las distintas

conceptualizaciones. En la disparidad de enfoques teóricos en el campo de la Psicología Evolutiva, un criterio que ha logrado cierto consenso es la propuesta de Reese y Overton (1970). Ésta consiste en la diferenciación de las teorías de mayor importancia en Psicología Evolutiva, según el paradigma (Kuhn, 1962) o modelo subyacente a las mismas (Marchesi, Palacios & Carretero, 1983).

Estos modelos deben entenderse como metáforas de la realidad y no como un reflejo de la misma. Por lo tanto, los modelos de carácter teórico no son en sí mismos ni verdaderos ni falsos, sino que resultan más o menos útiles como herramientas heurísticas para generar investigaciones (Marchesi, Palacios & Carretero, 1983; Pérez Pereira, 1995; Fernández Lópiz, 2000).

Específicamente en relación al propósito de la Psicología Evolutiva, la explicación de los cambios del comportamiento en la dimensión temporal, Overton y Reese diferencian dos modelos o paradigmas subyacentes a cada teoría psicológica evolutiva; éstos remiten a posiciones antitéticas las que, esquemáticamente, se caracterizan por:

### **5.3 Las teorías evolutivas y estudio del niño.**

La denominación *teorías evolutivas* es propuesta por Martí Sala (1991) para referirse a las formulaciones de Freud, Vigotsky, y Piaget, ya que las considera los proyectos más ambiciosos para el estudio del desarrollo humano. A la vez, señala características comunes a las teorías de, según la expresión de Bruner (2004), los tres titanes modernos de la teoría del desarrollo:

- Constituyen sistemas teóricos coherentes y unificados.
- La dimensión genética es una parte necesaria de los postulados de base, ya que sin dimensión genética ninguna de estas tres teorías habría existido.
- El interés por estudiar el desarrollo es producto o consecuencia de sus proyectos, más que un objetivo en sí mismo.

Por otra parte, también plantea que, al focalizarse en dimensiones diferentes del desarrollo (afectiva, sociocultural y cognitiva), las propuestas de Freud, Vigotsky, y Piaget pueden considerarse, en algún sentido, complementarias.

Se esbozan a continuación rasgos característicos del enfoque evolutivo y del estudio del niño en las formulaciones del psicoanálisis, del constructivismo genético y de la psicología sociocultural. **Sigmund Freud** (1856 -1939) parte de la clínica con pacientes adultos; teoriza y especula pero sin desconectarse de lo empírico. A partir del descubrimiento del inconsciente y de la sexualidad infantil, crea un cuerpo teórico, un método de investigación y un abordaje terapéutico. La elaboración y extensión de sus formulaciones hace que se la considere una teoría del psiquismo humano.

Su teoría es una teoría genética, pues propone que la historia del individuo, particularmente los primeros años, es esencial para comprender el funcionamiento adulto. Así, esta teoría contribuye de manera decisiva a la adopción de un punto de vista genético en la comprensión del comportamiento. Junto a Baldwin, Freud es uno de los primeros teóricos en adoptar el método genético en psicología y en sostener que las experiencias anteriores juegan un papel esencial en la conducta ulterior del sujeto.

En cuanto al estudio del niño, el estatuto científico del psicoanálisis ha originado numerosas controversias ya que en la elaboración de la teoría, la mayoría de los datos analizados provienen de recuerdos de pacientes adultos en tratamiento y de las deducciones y construcciones elaboradas por el psicoanalista a partir del material clínico. El mismo Freud no propuso observaciones sistemáticas<sup>8</sup> del comportamiento infantil como fundamento de sus elaboraciones teóricas.

Esta situación cambia en desarrollos post-freudianos (en su mayoría anglosajones), como los de Anna Freud, Donald Winnicott, René Spitz o Margaret Mahler, que introducen la observación directa como método para validar o completar las reconstrucciones de la teoría analítica. Esta escuela analítica es precisamente la que dará lugar a la mayor riqueza de intercambios y experiencias con la psicología evolutiva no analítica.

**Jean Piaget** (1896-1980) se propone estudiar el proceso de construcción de conocimientos, es decir, se centra en el sujeto epistémico y no en el sujeto psicológico.

Desde su enfoque, el estudio del psiquismo humano no puede ser más que genético: el conocimiento es un proceso y como tal tiene que ser descrito de manera histórica. Si bien son ampliamente conocidas sus observaciones, entrevistas y experiencias con sujetos infantiles, el científico suizo no se propuso el estudio del niño. Su proyecto es indagar el desarrollo para explicar las funciones mentales por su modo de formación. Es decir que el estudio del desarrollo ontogenético<sup>9</sup> es para él un camino (un método) para caracterizar las leyes que rigen el conocimiento general y no exclusivamente el conocimiento en la niñez. Es por esta razón que Piaget se denominaba a sí mismo “psicólogo de profesión”, como una forma de aludir a la subordinación del estudio psicológico respecto a su interés principal, la epistemología.

A pesar que Piaget no se propone estudiar al sujeto infantil, llega a construir una psicología del niño con base empírica. La epistemología genética que nos lega resulta una excepción del juego del carretel y de las observaciones del pequeño Hans, transmitidas a Freud por el padre del niño.

El desarrollo ontogenético comprende los procesos de cambio durante la vida individual, es decir, las transformaciones que se producen durante el crecimiento y desarrollo de un niño hasta llegar a constituirse en un adulto.

La teoría sociocultural formulada por **Lev Vigotsky** (1896-1934) propone una síntesis novedosa en relación al dualismo imperante en su época. En su concepción, el mecanismo del cambio evolutivo del individuo se enraíza en la sociedad y en la cultura.

La perspectiva evolutiva de Vigotsky no ha de confundirse con el estudio del desarrollo del niño; adopta este enfoque para buscar la explicación en la historia y en el desarrollo. El método evolutivo es el método principal de la ciencia psicológica, ya que parte del supuesto que un comportamiento sólo puede ser entendido si se estudian sus cambios, es decir, su historia. Según este investigador, sólo de esta manera se puede pasar de la descripción de un fenómeno a su explicación.

Vigotsky es considerado un especialista en el campo de la Psicología General y no un psicólogo infantil. Para el investigador ruso, la ontogénesis es concebida como punto de encuentro de la evolución biológica y sociocultural; se trata de un proceso complejo, único.

La obra de Vigotsky refleja su interés en producir una psicología que tuviera repercusiones en la educación y la práctica médica. Sus formulaciones le permiten dar cuenta de los procesos mentales de todo individuo y establecer programas de tratamiento y curación (Cole & Scribner, 1978).

**Las teorías de Piaget, Freud y Vigotsky**, aún a partir de proyectos epistemológicos diferentes, reconstruyen algunos de los postulados primordiales del modelo organísmico (Martí Sala, 1991), ya que sus formulaciones proponen:

- un sujeto activo.
- interdependencia y organización en diferentes dimensiones.
- desarrollo concebido como una sucesión de cambios cualitativos.
- énfasis en los procesos más que en los resultados.

Paradójicamente, los creadores de las teorías denominadas *evolutivas* no se

propusieron conocer al niño en sí mismo, pero llegaron a producir cuerpos teóricos que constituyen un aporte relevante para comprender el desarrollo infantil y contribuyeron a afianzar el campo de la Psicología Evolutiva.

#### **5.4 La Psicología y las técnicas e intervenciones en el trabajo profesional.**

Existen diversas formas de psicoterapia que se basan en diferentes marcos teóricos, a los que comúnmente se les denomina enfoques. A continuación se mencionan tres de los utilizados en el tratamiento de los problemas de abuso y dependencia a sustancias. Asimismo, se presentan las modalidades psicoterapéuticas más utilizadas.

##### **1. Cognitivo conductual**

Este modelo se originó para contender contra la depresión y la ansiedad (Beck). Su fundamento reside en la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos, con miras a reducir o eliminar las conductas y sentimientos negativos, modificando los procesos cognitivos que se asocian a las conductas y sentimientos de los usuarios de sustancias. Para promover la motivación, se basa en técnicas de persuasión sociopsicológica. Destaca la empatía como instrumento para enfatizar las ventajas e inconvenientes de la conducta adictiva, explorando los objetivos del paciente y la ambivalencia a través de la reflexión, desarrollando aptitudes para enfrentar el estrés interno y externo, así como el aprendizaje de los motivos de reanudación del consumo. Asimismo, fomenta y refuerza las capacidades y conductas sociales para evitar el uso de drogas.

##### ✓ **El Modelo de Modificación de conducta**

Hoy en día, el modelo conductual ha evolucionado hacia un modelo integrado en el que conducta y cognición han equiparado prácticamente su estatus

y asumen su papel de agentes causales recíprocos entre sí. Por tanto, los primeros modelos más radicales (conductismo) en los que la conducta manifiesta era el elemento principal de estudio han quedado relegados.

El enfoque cognitivo-conductual, en términos generales puede conceptualizarse según el conocido esquema A-B-C. Donde "A" representa los acontecimientos de la vida que están relacionados con determinadas consecuencias emocionales o conductuales que definen un problema o trastorno psicológico representado por "C". Ahora bien, entre ambas, se sitúa "B", elemento que integra las creencias, las imágenes, los pensamientos y que media entre las partes.

Tal como señalan algunos autores, actualmente: "***la Modificación de Conducta se caracteriza por ser una terapia breve, directiva, activa, centrada en el problema, orientada al presente, que supone una relación colaboradora y en la que el cliente puede ser un individuo, una pareja, una familia, un grupo o una comunidad.***" (Marino Pérez Álvarez en "Caracterización de la Intervención Clínica en Modificación de Conducta". Manual de Terapia de Conducta, Volumen 1, Dykinson Psicología).

Por **terapia breve** se entienden aquellas que se sitúan alrededor de las 15 sesiones. Sin embargo, hay que matizar que hay ciertas terapias dentro del modelo conductual como las terapias cognitivas de los trastornos de personalidad que suelen necesitar más sesiones.

Las sesiones son de 1 hora por término medio a excepción de las sesiones iniciales que pueden prolongarse un poco más (90').

## 2. Psicodinámico

Se fundamenta en el marco teórico-técnico del psicoanálisis, que de manera esquemática podría presentarse así: el ser humano cuenta con un aparato psíquico que está estructurado y conformado por instancias o partes (yo, ello y superyo), que interactúan entre sí como respuesta a los estímulos tanto internos como externos. Su funcionamiento psíquico está determinado por principios y mecanismos no conscientes, que puestos en acción buscan mantener una adecuada interacción del sujeto con su realidad.

La psicoterapia psicodinámica con sus técnicas, tiene como propósito incidir en la estructura y funcionamiento de dicho aparato psíquico, con el fin de regular adecuadamente la conformación de la personalidad del ser humano, reflejado en un estilo de vida satisfactorio y gratificante.

### ✓ Psicodrama Psicoanalítico

Qué es?. Constituyen una triada de la imposibilidad en el sentido en que Freud ubica al Psicoanálisis como una profesión imposible; y además, por convergencia de multiplicidad de saberes y actividades. ¿Cuál es su anclaje? : La praxis. Una praxis.

Sintéticamente podemos decir que el método psicodramático engloba: psicodrama, sociodrama, juegos dramáticos y "role-playing". Implica abordajes individuales, grupales, de pareja y familia, institucionales y comunitarios. Sus objetivos pueden ser terapéuticos, formativos o dirigirse a un cambio social o comunitario. El Psicoanálisis, en nuestra concepción otorga el marco conceptual desde cuya abarcabilidad permite lecturas y desarrollos científicos que le son propios y, al mismo tiempo, grandes diferenciaciones dependiendo del Psicoanálisis del que se trate. Por ejemplo, los aportes esquizoanalíticos de Deleuze y Guattari y su concepción de la multiplicidad permitieron, en Argentina el desarrollo metodológico de la Multiplicación Dramática, asociación libre de

escenas, que abre visibilidad (metafórica o metonímicamente) al contexto y sus atravesamientos en simultaneidad.

✓ La fantasía, mundo interno y construcción del símbolo

La fantasía es considerada la representación mental de la pulsión y la actividad mental más primitiva, existente desde los primeros meses de vida en relación al primer objeto, el pecho materno, fuente de gratificación y frustración.

Aquella se formarían de sensaciones corporales identificadas por el bebé con los objetos externos con que se relaciona "a los estímulos displacenteros, aún la mera frustración, responde con fantasías agresivas y a los estímulos gratificantes con fantasías placenteras" (Klein, 1936, p. 296-297). Estas fantasías van constituyendo y poblando el mundo interno del niño, escenario de las relaciones fantaseadas con los objetos externos (Klein, 1955). Uno de los principales elementos para la formación de la fantasía es la agresión. Para Klein (1930), la frustración vivida como un ataque lleva al bebé a fantasear ataques hacia el medio y hacia su principal representante: la madre. Los ataques al cuerpo de esta última va a constituir el primer espacio representacional del mundo externo. Este proceso se encuentra a la base del pensamiento y el aprendizaje, llevando al niño a equiparar los objetos persecutorios con otras cosas que "a su vez, se convertirán en objetos de angustia...así el niño se siente constantemente impulsado a hacer nuevas ecuaciones que constituyen la base de su interés en los nuevos objetos, y del simbolismo" (Klein, 1930, p. 226). Por lo tanto, también una cantidad relativa de angustia será necesaria para la fantasía y el pensamiento.

Los símbolos, por su parte, constituyen una expresión de la fantasía originada cuando partes del mundo interno son proyectadas en un objeto externo donde se las identifica. La primera formación simbólica en la fase esquizo-paranoide es la ecuación simbólica, donde dado el carácter evacuativo de la identificación proyectiva el objeto es equiparado a los atributos proyectados. Esto también implica una indiferenciación entre realidad interna y externa. En la fase

depresiva, la preponderancia de la introyección sobre la proyección permite al yo *utilizar* un objeto para representar su mundo interno sin confundir los límites entre ambos. Es la formación de símbolos propiamente tales. Producto de la ansiedad depresiva "para proteger el objeto, el bebé inhibe en parte sus instintos y en parte los desplaza sobre sustitutos" (Segal, 2002, p. 79). Esto permite elaborar los conflictos en un espacio virtual –"como si"– donde experimentar una infinitud de tramas de relaciones sin la intensa ansiedad que produciría hacerlo directamente con el objeto.

✓ La técnica del juego

Uno de los principales aportes de Melanie Klein es la técnica del juego, la que ha permitido trabajar analíticamente con niños al reemplazar el lenguaje verbal por el lenguaje lúdico. Considerando al juego como la actividad simbólica preponderante de los niños, este sería la *via regia* a su mundo interno y sus conflictos inconscientes. Klein (1929), fundamenta esta técnica estableciendo la analogía existente entre el sueño y el juego en la expresión y satisfacción de deseos mediante un símbolo sustituto. En el juego, el mecanismo fundamental es la personificación, "en que el niño inventa y asigna diferentes «personajes»" (Klein, 1929, p. 205). Gracias a este mecanismo el yo, ello, superyó, y las imagos parentales del mundo interno son proyectadas sobre objetos lúdicos. Dichos personajes escenifican una trama que simboliza las fantasías inconscientes, ansiedades y defensas, así como evidencian la capacidad del niño de influir en su realidad, vivirla de acuerdo a sus fantasías, o refugiarse para soportar las privaciones.

El juego asimismo obtiene su utilidad terapéutica al permitir un "debilitamiento del conflicto o su desplazamiento al mundo externo, por medio de mecanismos de disociación y proyección" (Klein, 1929, p. 214), constituyendo no sólo un medio de representación de los primeros sino también una forma de

elaborarlos. Utilizando el juego como soporte, en el contexto terapéutico "las fantasías originales se repiten en la relación transferencial", actualizando las primeras relaciones objetales y reviviendo "los conflictos del desarrollo más arcaico" (Tapia, 2007).

#### **5.4.1 Modalidades psicoterapéuticas**

##### **Psicoterapia individual**

Esta modalidad permite profundizar en la exploración psíquica e histórica, así como realizar de experiencias emocionales correctoras, que pueden efectuarse mejor en esta modalidad Terapéutica.

El poder de la terapia individual reside, en parte, en la capacidad del paciente para resolver transferencias, especialmente las negativas. Ésto requiere que el terapeuta no se ocupe de ciertos comportamientos que por muy útiles que sean pueden interferir con la capacidad del paciente para sacar precisamente los patrones más profundos e irracionales de actitudes negativas, y que son los que más necesitan resolverse. Así, el terapeuta no debe dar consejos, pero sí decidir cómo apoyar al ego, pudiendo elegir entre la educación, la retroalimentación interpersonal realista y el reforzamiento para el crecimiento psicológico óptimo.

Esta terapia es un terreno ideal para la integración intrapsíquica previamente negada, pero sólo a partir de que haya una demanda en ciertas condiciones y características específicas, es que podrá o no haber tratamiento.

La terapia psicodinámica se basa en la relación de transferencia, esto es, el espacio y dispositivo a través del cual se da el trabajo de análisis, elaboración y resolución de los conflictos intrapsíquicos, postulados como causa de la dependencia y del funcionamiento del sujeto, es decir, del origen, del por qué se es, y del cómo se es.

La psicoterapia como proceso de tratamiento, debe contemplar las recaídas como elementos de análisis, elaboración y resolución, ya que en general, pueden definirse como actuaciones de los pacientes, que son características de los sujetos adictos, vinculadas a los impulsos inconscientes ante situaciones angustiantes.

Los aspectos principales a trabajar en una psicoterapia individual, son las siguientes:

- Las razones que llevan al paciente a la psicoterapia y las que pueden hacerle permanecer en ella.
- Condiciones psíquicas del paciente en relación a la dependencia, es decir, a su historia (temporalidad, trayectoria de uso de las sustancias, frecuencia del consumo y situaciones o circunstancias en que ocurre).
- El lugar que ocupa y juega el paciente en su interacción con los otros y en la relación terapéutica (transferencia).
- El significado y la función que tiene la droga en la conexión entre el campo psíquico-emocional y la realidad externa.
- El sentido o significados que tiene el acto de drogarse para el paciente.
- Otros deseos que tiene el paciente, que pueden hacer que deje de drogarse.

## Terapia psicodinámica

La experiencia ha mostrado que los motivos y las razones por las que se presentan a tratamiento un gran porcentaje de presuntos pacientes, están vinculadas con la angustia y la demanda de otro (familiar, amigo, institución, etcétera). El que no acudan por sí mismos, imposibilita realizar un tratamiento con él, que no demanda, ya que no ocupa su lugar de paciente, que es imprescindible.

Lo anterior, lleva a que en las primeras sesiones se tenga que hacer un trabajo con la demanda, para ubicar su función y el lugar que le correspondería en una relación verdaderamente terapéutica, que es el de ser paciente.

Mientras que como sujeto no se asuma la condición de dependiente, será difícil que se acepte la posición de paciente, lo cual es un deslizamiento terapéutico que permite que cambie la dependencia de la droga al terapeuta, de forma transitoria y resolutive. Por lo tanto debe ser manejada como tal, manteniéndola estratégicamente, ya que este tipo de relación posibilita un tratamiento que de otra manera no se daría. La relación transferencial se resolverá esclareciéndola, poniendo fin al tratamiento.

Lo que la droga significa para el adicto y la función que ha venido cumpliendo, es la razón de su uso y dependencia. Es fundamental abordar y analizar ese significado y su función, con el fin de eliminar o sustituir aquellos significados basados en la mera fantasía

(felicidad, potencia, creatividad, lucidez, etcétera), para darle su real y verdadero sentido, esto es, resignificar el objeto droga y el por qué y para qué la usa.

El drogarse como acto viene a sustituir algo que no ha sido posible articular en palabras. El paciente, al hablarlo, con ayuda del psicoterapeuta y a través de sus intervenciones, da lugar a su verbalización y con ello a un saber, que dará sentido a los actos anteriores, meramente impulsivos, que son en términos generales un llamado de atención que demanda la presencia de otro. El terapeuta, es un apoyo para abordar la separación y pérdidas no elaboradas, entre ellas, principalmente la de la madre y ahora la del objeto droga.

Mientras existan actuaciones sin sentido, es decir, actos que no sean imbolizados, el paciente estará en riesgo de recaída.

La construcción de la autonomía y separación de objetos previos en el paciente, son posibles a partir de la construcción de un lugar propio en función de un deseo particular diferente al querer drogarse.

### **Terapia cognitiva**

La terapia cognitiva es un sistema que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones (Beck, 1976).

Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga, mediante la refutación de las creencias subyacentes, y enseñarle técnicas específicas a fin

de controlar y manejar sus impulsos. Específicamente, tiene como objetivo reducir la presión e incrementar el control.

En el tratamiento del abuso de sustancias, esta terapia se caracteriza por los siguientes aspectos: a) supone un trabajo de colaboración basado en la confianza, b) es activa, c) se apoya en gran medida en el descubrimiento guiado y la comprobación empírica de las creencias, y d) intenta contemplar el consumo de la droga o la bebida como un problema técnico, para el que existe una solución concreta.

Muchos individuos tienen creencias conflictivas en relación con los *pros* y *contras* de utilizar una droga. A veces, están tan trabados en esa lucha entre ambas creencias opuestas que, paradójicamente, buscarán la droga para poder aliviar la tensión que les genera dicho conflicto.

La aplicación terapéutica de este modelo, que consiste en modificar el sistema de creencias del individuo, va más allá de enseñarle a evitar o afrontar las situaciones de alto riesgo.

### **Terapia familiar**

Esta modalidad considera a la familia como paciente y al miembro adicto como el síntoma por el que se acude a tratamiento. Los procesos de la dinámica familiar, como la

comunicación, roles, involucramiento afectivo, reglas y disciplina, control, realización de tareas, valores e ideales, constituyen un modelo de abordaje terapéutico para detectar los factores que promueven y mantienen las conductas adictivas, favoreciendo el esclarecimiento de relaciones interpersonales y familiares que llevan a la solución del conflicto.

Las distintas orientaciones teóricas de esta modalidad incluyen: la estructural-sistémica, estratégica, psicodinámica y los enfoques conductuales. Las intervenciones pueden centrarse en el paciente, en la familia nuclear, en el cónyuge y en el tratamiento simultáneo multifamiliar y de redes sociales.

Una de las propuestas para el trabajo en terapia familiar con adicciones fue desarrollada por Stanton y Todd en 1982, que sugiere una aproximación estructural-estratégica, donde lo estratégico es el eje o la guía, pero integra también muchos elementos estructurales. El procedimiento más específico es recurrir a la teoría estructural de Minuchin como una guía; trabajar estructuralmente dentro de las sesiones, a través de la conexión vigente de nuevos patrones, y aplicar técnicas estructurales tales como unión, acomodamiento, pruebas de límites, reestructuración, entre otras, y recurrir al modelo estratégico de Haley en términos de su énfasis a un plan específico, casos de extrasesión, cambio del síntoma, colaboración entre el sistema de tratamiento, entre otros.

Diferentes prácticas que prevalecen en el campo del abuso de drogas, ponen un énfasis continuo sobre el *involucramiento activo de la familia de origen de los adictos en la terapia*, aún si él no está viviendo con ellos. Por lo común, estas familias no son capaces de atravesar exitosamente esta etapa y en lugar de ello se quedan fijas en un círculo en el cual el adicto entra, sale o permanece de manera inapropiada ligado a su familia. Por bien de todo el grupo, el terapeuta

puede ayudarlos a avanzar correctamente. En este sentido, se les pide que regresen a una de las etapas tempranas donde no se había negociado exitosamente, para hacerlo "bien" en esta ocasión. Además, se restablece el control parental de manera gradual y apropiada. Debe notarse que este proceso frecuentemente intensifica la experiencia total de la familia, logrando que como miembros estén más unidos. Algunas veces el resultado de esa "comprensión" es la insistencia en la separación con mucho menor ambivalencia que antes. Durante este período el terapeuta debe intentar prevenir el proceso desde su recorrido hasta su curso normal para aligerar y planear la partida del paciente.

Con la experiencia, ha llegado a ser claro que el tratamiento de terapia familiar debe versar primeramente, sobre la triada compuesta por el adicto y ambos padres, antes que en cualquier otra cosa. Si este primer paso se pasa por alto, el proceso de la terapia vacilará y posiblemente fallará. En algunos casos con matrimonios adictos donde se ha empezado con la pareja, se ha encontrado que este trabajo solamente sirve para tensar o disolver el matrimonio, favoreciendo así, que el adicto termine regresando con sus padres.

El grado de facilidad difiere en cada familia en la cual se puede hacer la transición de la familia de origen a la de procreación. Algunas veces el terapeuta puede hacer un reflejo en pocas sesiones, mientras en otros casos, puede necesitar que ellos se involucren en el proceso mismo del tratamiento. La clave es empezar con la triada padres-hijo, y abandonarla para así crear buena disposición del adicto para liberarse.

Desde este enfoque, en la terapia familiar se intenta incluir a todos los integrantes que viven en el hogar, o a los que están en cercanía inmediata. La regla del juego es ver cómo interactúan los miembros de la familia, antes de concluir las sesiones. Por otro lado, los compañeros pueden servir para numerosas funciones, pueden actuar aliados al adicto y ayudarlo a afirmarse más apropiadamente. De igual modo, los compañeros proveen datos adicionales sobre las interacciones familiares, de los cuales los terapeutas pueden sacar ventaja.

Por lo anterior, queda claro el porqué se pone énfasis en la participación de los miembros de la familia en la terapia, ya que el consumo de droga forma parte de la interacción familiar y un terapeuta que no tiene acceso a ellos opera en una severa desventaja. La participación en el tratamiento regularmente está limitada al adicto y a su familia inmediata. Este puede ser un sistema primario, pero existen otros que están relacionados de manera apropiada e incluyen amigos, parientes importantes, consejeros vocacionales, empleados, autoridades legales o escolares y desde luego, un equipo especial de profesionales en el tratamiento de drogas.

Reyes (2002), sugiere algunas técnicas dirigidas a la búsqueda de patrones alternos, derivadas de la visión estructural y estratégica:

- 1) *Creación de límites*: se refiere al apego excesivo entre el sistema parental y el adicto, ya sea uniendo a los padres, encomendando tareas conjuntas, reduciendo el control excesivo, etcétera.
- 2) *Representación*: traer al consultorio (sesión terapéutica) el patrón disfuncional a nivel interrelacional, para crear cambios hacia estructuras más funcionales.
- 3) *Intensidad*: se trata de movilizar la homeostasis para lograr un cambio en los patrones disfuncionales.
- 4) *Reencuadre*: modificar la "realidad" parcial de la familia que tiene como verdadera, hacia otra realidad "alterna".

5) *Desequilibrio*: alterar la homeostasis de manera deliberada por parte de algunos miembros de otro subsistema, para generar pautas de comportamiento más acordes con el ciclo familiar.

6) *Búsqueda de lados fuertes*: se trata de encontrar los atributos positivos de cada miembro de la familia para fortalecer una visión más amplia.

7) *Complementariedad*: analizar las conductas disfuncionales, y determinar qué otras conductas, creencias o pensamientos lo mantienen, ya que toda reacción repercute en el resto de la familia.

## **Psicoterapia de grupo**

La terapia de grupo permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples (a la madre, al padre, a los hermanos y a los abuelos), que experimentan todos los pacientes, y que pueden explorarse simultáneamente. La terapia de grupo tiene la facultad de sacar inmediatamente las resistencias, ya que lo primero que se pide a los pacientes, es que expresen espontáneamente todos sus sentimientos. Así, las resistencias fundamentales de carácter salen involuntariamente en cada sesión como: el aislamiento, la sospecha, la seducción, la intelectualización, el estar absorto, la arrogancia, y la impulsividad, son ejemplos de lo que debe resolverse.

La terapia de grupo es un terreno productivo para el análisis de las resistencias, que por otras razones no pueden aparecer en las sesiones individuales. Así, la terapia de grupo permite, en primer lugar, que aparezcan comportamientos que, de otra forma, en las sesiones individuales nunca aparecerían; evidencia que las diferencias individuales de los miembros de un grupo pueden provocar múltiples resistencias; que los miembros del grupo pueden retroalimentarse mutuamente, considerando sus cualidades rechazadas. Y por último, que éstos pueden servir como objetos de observación, pues miran claramente en los demás la dinámica que temen ver en ellos mismos.

A pesar de estos beneficios, la terapia de grupo en adicciones guarda características muy particulares. Para realizar un trabajo eficaz con pacientes adictos, el terapeuta grupal tiene que plantear el tratamiento en dos etapas claramente diferenciadas.

En la primera, el paciente adicto generalmente se encuentra bajo la presión externa que procede de sus familiares, empleadores, entre otros y se ven juzgados u obligados, debido a los problemas de salud física relacionados con el consumo. El terapeuta en este primer momento, se percata inmediatamente que

muchos pacientes se encuentran en un estado mental grave, caracterizado por sentimientos de culpa, vergüenza y depresión, o se sienten agresivos porque hay personas que les obligan a cumplir demandas que consideran injustas, desproporcionadas y vengativas. Incluso cuando es el propio paciente el que desea tratamiento, cree que podría consumir drogas y beber de una forma segura y "normal". La realización de la terapia está más motivada por sus remordimientos y por el deseo de eludir condenas mayores, que por el deseo de aprovechar activamente los aspectos más eficaces de ésta. Por lo anterior, el terapeuta grupal tiene que afrontar las dificultades de manejar a un paciente resistente en dos planos. Cuando el paciente no se opone y se rebela activamente contra el tratamiento, intenta convencer al terapeuta y a los demás miembros del personal que están implicados activamente en su recuperación.

La habilidad de tratar la adicción consiste en poder superar la enorme negación y resistencia, activa o pasiva, que se presenta en la mayoría de los pacientes adictos. Esto conlleva la consideración de algunos aspectos éticos y terapéuticos muy importantes. El terapeuta grupal no puede mantenerse al margen adoptando una postura de neutralidad; el tiempo, grado de dependencia de la sustancia y ausencia de motivación son factores que juegan en contra de la evolución de la terapia, a diferencia de los tratamientos habituales con pacientes no adictos. El motor básico en los adictos, consiste en llevarles a que perciban y comprendan la relación que hay entre sus dificultades actuales en la vida diaria y

el consumo de alcohol o drogas. Cuando esto se ha logrado, se les debe transmitir las ventajas de no beber o no consumir drogas, comparadas con los problemas derivados del consumo continuo de ellas.

La mayoría de los terapeutas saben que no se debe decidir por los pacientes, ni se debe comprometer la alianza terapéutica. Pero, cuando se trata de un grupo de pacientes adictos en las primeras etapas de la recuperación, que están intentando tomar decisiones sobre las drogas o el alcohol, se debe reconsiderar esta afirmación.

En la segunda etapa, una vez que se ha utilizado la fuerza y la disuasión del grupo para ayudar a que los pacientes adictos interioricen su responsabilidad sobre la abstinencia, se debe llevar gradualmente al grupo a reconocer los factores internos que han contribuido a su propensión al consumo de drogas como fuente de gratificación y regulación efectiva. Los participantes deben explorar y comprender la conexión entre el consumo de drogas, su patología de carácter y su incapacidad para establecer relaciones íntimas sanas y satisfactorias. Asimismo, deben revisar su pasado y la historia de sus relaciones tempranas con la familia de origen.

En el contexto de la vivencia del aquí y el ahora el grupo comienza a vislumbrar la forma que tienen de recrear el pasado en el presente. Aprovechándose del apoyo y *feedback* grupales, los participantes empiezan a adquirir conciencia y a identificar sus estilos destructivos interpersonales, sutiles y no tan sutiles. El objetivo final en este momento, consiste en llevar a los pacientes a una posición que les permita desarrollar habilidades interpersonales sanas, de forma que éstas puedan generalizarse y llevarse a la práctica, en el mundo real. Los pacientes llegan a aprender cómo saborear, aprovecha

**ANEXOS**  
**GUIAS DE TRABAJO**

**Guía sesión No. 1**

|   |   |
|---|---|
| TIPO DE GUIA: <b>Aprendizaje</b>  | No. De Guía<br>1                              |
| Nivel: <b>Licenciatura</b>  | <b>Materia:</b> Psicoterapia infantil         |
| Unidad: <b>1</b>  | <b>Tema:</b> Generalidades de la Psicoterapia |
| Objetivo: El alumno conocerá y explicará los principios básicos de la Psicoterapia infantil; así como, su relación con las diferentes áreas del saber.  |   |
| Documento Base: Antología Educativa   |   |
| Instrucciones: El alumno leerá los apartados de la unidad uno para poder elaborar un mapa conceptual que incluya: <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Definición de PSICOTERAPIA</b></li><li>- <b>Campos de acción</b></li><li>- <b>Modelos teóricos</b></li></ul> |   |
| Forma de trabajo: Individual  |   |
| Tiempo destinado a la actividad: 2 hrs  |   |
| Materiales a utilizar:<br>Antología, Libreta de apuntes, Asesoría por parte del profesor  |   |

|   |   |
|---|---|
| TIPO DE GUIA: <b>Aprendizaje</b>  | No. De Guía<br>2                              |
| Nivel: <b>Licenciatura</b>  | <b>Materia:</b> Psicoterapia infantil         |
| Unidad: 1   | <b>Tema:</b> Generalidades de la psicoterapia |
| Objetivo: El alumno identificará las características de la psicoterapia conforme a la edad biológica y de desarrollo del niño.  |   |
| Documento Base: Antología Educativa, Asesoría del profesor  |   |
| Instrucciones Conforme a la lectura de la unidad 1, el alumno deberá elaborar un cuadro comparativo donde explique:<br>-Características propias de la edad<br>-Propósito de la psicoterapia<br>-Técnicas y/sugerencias para el programa de intervención<br>-Rol del padre durante el proceso psicoterapeutico |   |
| Forma de trabajo: INDIVIDUAL  |   |
| Tiempo destinado a la actividad: 2 HRS  |   |
| Materiales a utilizar:<br>Antología, Libreta de apuntes, Asesoría por parte del profesor, Practica independiente  |   |

|  |  |
|--|--|
| TIPO DE GUIA: <b>Aprendizaje</b>   | No. De Guía<br><b>3</b>                  |
| Nivel: <b>Licenciatura</b>   | <b>Materia:</b> Psicoterapia infantil    |
| Unidad:  | <b>Tema:</b> Entrevista psicoterapéutica |
| Objetivo: El alumno ejercitará por medio de ejercicios las funciones del lenguaje y lo indispensable del mismo como instrumento de intervención.   |  |
| Documento Base: Antología Educativa  |  |
| Instrucciones: Por parejas se les asignará a los alumnos que elaboren un guion de entrevista con las especificaciones del estilo (Psicodinámica, Fenomenológica, Conductual) según se les asigne. Posteriormente entre ellos deberán elegir quién funge como terapeuta y quien como paciente; para que realicen una simulación, que deberá ser grabada y entregada al profesor |  |
| Forma de trabajo: PAREJAS  |  |
| Tiempo destinado a la actividad: 2 SESIONES  |  |
| Materiales a utilizar:<br>Antología, Libreta de apuntes, Asesoría por parte del profesor, Práctica independiente   |  |

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| TIPO DE GUIA: <b>Aprendizaje</b>   | No. De Guía<br>4                      |
| Nivel: <b>Licenciatura</b>   | <b>Materia:</b> Psicoterapia infantil |
| Unidad: <b>3</b>   | <b>Tema:</b> LENGUAJE                 |
| Objetivo: El alumno ejemplificará el lenguaje según las teorías expuestas en la unidad 3.  |                                       |
| Documento Base: Antología Educativa.   |                                       |
| Instrucciones: Por medio de un caso que el desarrolle; o bien que investigue, deberá acoplar los siguientes principios:<br>- <b>Funciones del lenguaje según Buhler y Jakobson.</b><br><b>Posteriormente a indicación del profesor se conformarán equipos para elaborar líneas del tiempo según el lenguaje conforme al desarrollo evolutivo del niño. (Piaget, Vigotski, Chomski, Bruner)</b> |                                       |
| Forma de trabajo: INDIVIDUAL Y POR PAREJAS   |                                       |
| Tiempo destinado a la actividad: 2 SESIONES  |                                       |
| Materiales a utilizar:<br>Antología, Libreta de apuntes, Asesoría por parte del profesor, Práctica independiente   |                                       |

|  |  |
|--|--|
| TIPO DE GUIA: <b>Aprendizaje</b>   | No. De Guía<br>5                         |
| Nivel: <b>Licenciatura</b>   | <b>Materia:</b> Psicoterapia infantil    |
| Unidad: <b>4</b>   | <b>Tema:</b> Estrategias de psicoterapia |
| Objetivo: El alumno aplicará las distintas estrategias de evaluación proyectiva; concluyendo con un informe  |  |
| Documento Base: Antología Educativa, Asesoría del profesor.  |  |
| Instrucciones: El alumno deberá conseguir a algún paciente infantil para elaborar la retroalimentación de esta unidad. El alumno deberá entregar al profesor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ficha técnica de las generalidades del paciente; incluida la apreciación referente a la entrevista con los padres</b></li> <li>- <b>Aplicación de pruebas proyectivas (figura humana, htp)</b></li> <li>- <b>Aplicación de terapia de juego</b></li> <li>- <b>Entrega de interpretación de resultados</b></li> </ul> |  |
| Forma de trabajo: <b>Individual</b>  |  |
| Tiempo destinado a la actividad: <b>4 SESIONES</b>   |  |
| Materiales a utilizar:<br>Antología, Libreta de apuntes, Asesoría por parte del profesor, Practica independiente, Entrega en formato de engargolado.   |  |

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| TIPO DE GUIA: <b>Aprendizaje</b>   | No. De Guía<br>6                      |
| Nivel: <b>Licenciatura</b>   | <b>Materia:</b> Psicoterapia infantil |
| Unidad: <b>5</b>   | <b>Tema:</b>                          |
| Objetivo: El alumno aprenderá a elaborar un plan de intervención, tomando como base la aplicación de los modelos teóricos  |                                       |
| Documento Base: Antología Educativa  |                                       |
| Instrucciones: Con base al ejercicio anterior y a los resultados que obtuvo, el alumno deberá desarrollar una propuesta de intervención de mínimo 5 sesiones. Deberá elegir algún modelo de los de la unidad. Deberá: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Haber detectado MOTIVO DE CONSULTA</b></li> <li>- <b>Interpretación correcta de las pruebas</b></li> <li>- <b>Elaboración de cuadro de planificación donde especifique:</b></li> </ul> <b>No. Sesión, objetivo, descripción del ejercicio o propuesta terapéutica, explicación de los alcances teóricos.</b> |                                       |
| Forma de trabajo INDIVIDUAL  |                                       |
| Tiempo destinado a la actividad. 2 SESIONE   |                                       |
| Materiales a utilizar:<br>Antología, Libreta de apuntes, Asesoría por parte del profesor, Practica independiente,  |                                       |