

PSICOPATOLOGÍA

RIESGO Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS INFANTILES

EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

MARÍA CRISTINA HEREDIA Y ANCONA



Manual Moderno®

**PSICOPATOLOGÍA,
RIESGO Y TRATAMIENTO
DE LOS PROBLEMAS INFANTILES**



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.



PSICOPATOLOGÍA, RIESGO Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS INFANTILES

Dra. Emíliá Lucío Gómez-Maqueo

Mtra. Crístina Heredía y Ancona

Editor responsable:
Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno

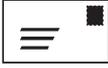


Manual Moderno[®]

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información en:
• Catálogo de producto
• Novedades
• Pruebas psicológicas y más
www.manualmoderno.com

Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas Infantiles

D.R. © 2014 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán,
CP. 04510, México, D.F.

ISBN: 978-607-448-357-4 (versión impresa)

ISBN: 978-607-448-358-1 (versión electrónica)

Fecha de edición: **15 de noviembre de 2013.**

En coedición con:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-02-4734-7 (versión impresa)

ISBN: 978-607-02-4717-0 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiable, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito del titular de los derechos patrimoniales.

Esta obra fue aprobada por el Comité Editorial de la Facultad de Psicología, UNAM. Su contenido es un auxiliar para la enseñanza y es responsabilidad de sus autores.

IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO / PRINTED IN MEXICO



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Psicopatología : riesgo y tratamiento de los problemas infantiles /
[coordinadores] Emilia Lucio Gómez Maqueo, Cristina Heredia y Ancona.
-- 1ª edición. -- México : UNAM : Editorial El Manual Moderno, 2014.
xii, 246 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Incluye índice

ISBN 978-607-448-357-4 (UNAM)

ISBN 978-607-448-358-1 (UNAM versión electrónica)

ISBN 978-607-02-4734-7 (Editorial El Manual Moderno)

ISBN 978-607-02-4717-0 (Editorial El Manual Moderno versión electrónica)

1. Psicopatología infantil - Diagnóstico. 2. Enfermedad maniaco-depresiva en niños - Tratamiento. 3. Psicopatología del adolescente - Diagnóstico. 4. Enfermedad maniaco-depresiva en la adolescencia - Tratamiento. I. Lucio Gómez Maqueo, Emilia. II. Heredia y Ancona, Cristina. III. Universidad Nacional Autónoma de México.

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:
LCC. Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:
LCS Adriana Durán Arce

Colaboradores

Mtra. Laura Patricia Barrera Méndez

Maestra en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM. Docente Universidad Insurgentes. Psicoterapeuta con práctica privada.

Capítulo 7

Mtro. Francisco Javier Espinosa Jiménez

Licenciado en Psicología por la URSE-Oaxaca. Residencia de Maestría en Psicoterapia Infantil UNAM. Actualmente es docente y supervisor clínico de Licenciatura y Posgrado en la Facultad de Psicología de la UNAM. Ejerce además la práctica psicoterapéutica privada.

Capítulo 6

Mtra. Laura Gil Rodríguez

Maestra en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM. Psicóloga Clínica en el Centro Nueva Vida Celaya de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato. Psicóloga del Área Psicoeducativa en Afectividad y Sexualidad, A.C. Psicoterapeuta Infantil con práctica privada.

Capítulo 9

Mtra. Luana Kefalás Diniz

Maestra en Psicología con residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM. Psicoterapeuta infantil, adulto y familiar con práctica privada. Ejerce además práctica en Centro de Atención Infantil especializado en Autismo en São Paulo – SP, Brasil.

Capítulo 4

Mtra. Rocío Nuricumbo Ramírez

Maestra en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM. Profesora Asignatura A Facultad de Psicología UNAM. Encargada del departamento de psicología de la sección preescolar en el Centro Escolar Lancaster A.C., Docente en la Asociación Mexicana de Psicoterapia de Juego A.C. Psicoterapeuta con práctica privada.

Capítulo 8

Mtra. Gabriela Olvera Ortiz

Maestra en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM. Profesor de Asignatura de Licenciatura en Psicología Clínica Universidad Insurgentes. Encargada del Depto. de Psicología del Colegio Bilingüe Fernando de Magallanes. Psicoterapeuta con práctica privada.

Capítulo 5

Contenido

Colaboradores	V
Agradecimientos	VIII
Dedicatoria	IX
Prólogo.....	X
Capítulo 1. Psicopatología infantil.....	1
<i>Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo</i>	
Capítulo 2. Influencia del contexto social y familiar en el desarrollo del niño y sus alteraciones	27
<i>Mtra. María Cristina Heredia y Ancona</i>	
Capítulo 3. Acerca de algunos de los problemas más frecuentes en la consulta con niños	49
<i>Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo</i>	
Capítulo 4. Pubertad precoz: un estudio de caso y tratamiento psicológico.....	69
<i>Mtra. Luana Kefalás Diniz</i>	
Capítulo 5. Enuresis y encopresis: tratamiento a través de la psicoterapia de juego.....	95
<i>Mtra. Gabriela Olvera Ortiz y Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo</i>	
Capítulo 6. Trastorno bipolar en los niños.....	121
<i>Mtro. Francisco Javier Espinosa Jiménez y Mtra. María Cristina Heredia y Ancona</i>	

Capítulo 7. Comportamientos suicidas en la niñez y la adolescencia.....	151
	<i>Mtra. Laura Patricia Barrera Méndez y Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo</i>
Capítulo 8. Trabajo con los padres en la psicoterapia de niños	183
	<i>Mtra. Rocío Nuricumbo Ramírez</i>
Capítulo 9. Uso del arte como herramienta de intervención ante la exposición a la violencia familiar.....	207
	<i>Mtra. Laura Gil Rodríguez</i>
Capítulo 10. Comentarios finales.....	233
	<i>Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo y Mtra. María Cristina Heredia y Ancona</i>
Índice	245

Agradecimientos

Agradecemos a la DGAPA de la UNAM por su apoyo para realizar este trabajo a través del proyecto PAPIIT IN 308310.

A Ana Cecilia Jiménez y Edith Romero por la revisión del primer manuscrito del libro.

A la Facultad de Psicología de la UNAM por apoyar la maestría en Psicoterapia Infantil, en especial al Dr. Javier Nieto.

A los niños y padres que confiaron en pedirnos ayuda para resolver sus problemáticas.

Agradecemos también a la maestra Consuelo Durán su colaboración para la elaboración de esta obra.

Dedicatoría

Gracias a Bernardo, Inge y Reny
por ser el motor en mi vida.
Cristy

Dedico este libro a la memoria de Francisco Raggi,
quien siempre me impulsó en mi trabajo académico,
a Emilia, Adriana y Maximiliano
por ser lo principal de mi vida.
Emilia

Prólogo

No cabe duda que después de adentrarse en este material, el lector tendrá la seguridad de que quienes escriben transmiten dominio sobre el tema y un genuino interés por el trabajo que realizan en el tratamiento de problemas asociados a la psicopatología infantil. Por una parte las compiladoras, Emilia Lucio y Cristina Heredia, cuentan con reconocida trayectoria en programas académicos tanto de formación de psicólogos y psicoterapeutas como en el terreno de la investigación psicológica; y, por otra, el trabajo de casos clínicos es presentado por terapeutas egresados del programa de Maestría en Psicoterapia Infantil, de la Facultad de Psicología de la UNAM. Todas las aportaciones, tienen en común su gran entrega y dedicación profesional al campo de la clínica infantil y contribuyen a lograr un todo integrado de conocimiento, experiencia, sensibilidad clínica y creatividad en el ejercicio de la psicoterapia.

Además de ofrecer sustento a los casos presentados, el material ofrece un marco teórico, referencial y contextual a diferentes problemas emocionales y diversos dispositivos de tratamiento psicológico empleados en la atención de problemas emocionales en diferentes grupos de edad.

La obra *Psicopatología, Riesgo y Tratamiento de los Problemas Infantiles*, tiene entre sus principales características la de ser un material que reúne información actualizada y documentada desde la investigación y la práctica clínica y logra una estupenda integración de elementos teóricos, de diagnóstico y de técnica psicoterapéutica en el tratamiento de los principales problemas emocionales que presentan los niños y que reclaman atención tanto a nivel privado como institucional y comunitario.

Los tres primeros capítulos, constituyen el *corpus* teórico-metodológico que ofrece una visión comprehensiva de las evaluaciones e intervenciones realizadas en el terreno de la psicopatología infantil, reflejan un decidido interés por el análisis y evolución de los principales paradigmas nosológicos que ubican la importancia, complejidad y dificultades que enfrenta el profesional (psicólogo o psicoterapeuta) para formular el diagnóstico clínico cuando se trata de niños.

Sin dejar de lado la importancia de la tradición psiquiátrica para abordar la psicopatología, se plantea como aspecto ineludible, la necesidad de recurrir a procesos de integración de modelos y recurrir a propuestas de evaluación y clasificación que partan de enfoques actuales dinámicos, ecosistémicos y multifactoriales de la Psicología como el representado por la Perspectiva del Desarrollo y su lugar en la comprensión de los problemas de salud mental infantil.

Se aprecia un énfasis significativo sobre estudios que se enfocan a detectar oportunamente la presencia de estilos de apego seguro o bien a tratar en forma temprana los estilos inseguros de apego; a los modelos de crianza (autoritarios, democráticos o negligentes); a las diferentes influencias normativas y no normativas que ocurren durante el desarrollo; a la necesidad de tomar en cuenta las condicionantes, manifestaciones y consecuencias del estrés infantil como elementos que inciden en las

posibilidades posteriores de adaptación o bien en la generación de comportamientos desadaptativos. Queda en claro que, de la adecuada detección, manejo y aprendizaje experiencial sobre los factores estresantes dependerá en gran medida la forma de alcanzar las tareas y competencias esperadas para cada etapa del desarrollo.

Diversas conceptualizaciones sobre factores de riesgo o vulnerabilidad o bien sobre factores protectores o resilientes que se relacionan con la salud y el desarrollo emocional, ocupan un lugar central en esta obra. De igual forma es importante la integración de aspectos socioculturales y del entorno familiar que conduzcan a enfocar de manera integral la comprensión, evaluación y manejo de los problemas que tienen mayor incidencia. Estas consideraciones abren un espacio de reflexión que lleva a valorar las tareas de prevención en relación a problemas de salud mental y a la necesidad de promover ambientes y vínculos emocionales saludables que amplíen la posibilidad de contar con mayores recursos adaptativos en el desarrollo de la población infantil.

Se aborda la importante responsabilidad y compromiso asumidos en la formación de recursos para el trabajo psicoterapéutico, como sucede con el programa de Maestría con Residencia en Psicoterapia Infantil de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se enfatizan las necesidades de formación comunes a todo buen psicoterapeuta: adquirir una buena preparación en los aspectos teóricos, metodológicos y de técnica, desarrollar en lo personal, una buena dosis de auto-conocimiento y autocuidado así como el hecho de procurar el auto-aprendizaje constante, alcanzar un adecuado desarrollo de actitudes de empatía, aceptación, tolerancia a la frustración, sensibilidad, capacidad lúdica y de elaboración de conflictos. Además, durante el ejercicio profesional conseguir que se funcione en la tarea terapéutica bajo principios éticos y dentro del marco deontológico que sustenta la profesión, con valores humanistas que deriven en una participación comprometida, conocedora de la realidad sociocultural y basada en principios de equidad, respeto y justicia social.

En cuanto al programa de formación, la supervisión tanto individual como grupal en vivo a través de cámara de Gesell, ofrece espacios privilegiados para recorrer junto con los candidatos el camino que conducirá a su autonomía profesional y que, en el caso del ejercicio de la psicoterapia, asume tanto funciones formativas, como normativas y de contención. Se espera de acuerdo a lo planteado por Schön (1992), que la supervisión consiga integrar el *conocimiento en la acción* que permite la participación activa en el propio aprendizaje; la *reflexión en la acción* para comprender y aplicar el saber ejerciendo y pensando sobre la práctica profesional; y, la *reflexión en la acción recíproca* para examinar con el supervisor y si es el caso, con el grupo de supervisión, la competencia y el manejo de la práctica. Esta última puede llegar a ser “artística” cuando se requiere la atención de aspectos del trabajo clínico no previstos en la teoría, pero que son muy comunes durante el ejercicio profesional.

La segunda parte incluye seis capítulos que contienen la evaluación, diagnóstico clínico y aspectos del proceso del tratamiento de niños cuya problemática en buena parte ejemplifica algunos de los principales problemas infantiles. Estos pacientes, con sus padres o su familia fueron atendidos en diferentes sedes que funcionaron como espacios de trabajo clínico supervisado. Se presentan problemas emocionales

asociados a pubertad precoz, enuresis y encopresis, comportamiento suicida, trastorno bipolar en la infancia y otros más que fueron diagnosticados como problemas de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o bien trastorno disocial, entre otros.

Los casos se abordan principalmente desde una mirada psicoanalítica como eje del proceso clínico, al que se integraron diversas aportaciones teóricas y técnicas sobre el juego como espacio terapéutico y de desarrollo. Un capítulo se enfoca a la importancia del trabajo con los padres durante la psicoterapia del niño, si bien con el objetivo de apoyar el tratamiento, también se procura conformar nuevos espacios de desarrollo y crecimiento en lo familiar y parental; otro capítulo presenta una forma novedosa de trabajo clínico que propone utilizar la expresión artística gráfica y pictórica como técnica de intervención en problemas de violencia familiar.

En los comentarios finales se hace un análisis muy puntual de cada caso. Las reflexiones se realizan desde la mirada concedora de quienes además, participaron en su supervisión y seguimiento. Las supervisoras conocen el camino recorrido por los terapeutas para alcanzar sus metas y en algún sentido puede decirse que los vieron crecer y desarrollarse en este campo. A pesar de la posición asimétrica que representa el proceso de supervisión en su etapa inicial, la actividad supervisora consiguió no coartar la libertad de acción de los terapeutas, por el contrario, se lograron encuadres que aseguraron y proporcionaron seguridad para adentrarse en el proceso de terapia desplegando numerosos recursos y creatividad.

Es posible advertir en las presentaciones, que así como el terapeuta contiene el sufrimiento de los clientes o pacientes y promueve el desarrollo de recursos de cambio para lograr crecimiento y bienestar, el proceso de supervisión debió contener buena parte de la ansiedad de los terapeutas en formación y promovió el alcance de buenos resultados y mayor efectividad en los tratamientos a su cargo con lo que se pudo transitar y progresar desde una franca asimetría inicial, hacia la complementariedad creadora entre los participantes.

Con estas líneas doy término a este prólogo haciendo una invitación a psicólogos y psicoterapeutas para adentrarse en todos y cada uno de los capítulos de este libro cuya lectura promete un sinnúmero de reflexiones clínicas, muestra además el valor del esfuerzo de cada terapeuta por compartir una tarea que generalmente se queda en el ámbito de lo privado y ofrece una buena cantidad de ideas y recursos creativos para trabajar desde la psicopatología en la atención de los problemas de los niños.

María Asunción Valenzuela Cota
México, D. F. agosto de 2013

Capítulo 1

Psicopatología infantil

Emilia Lucío Gómez-Maqueo¹

MODELOS TRADICIONALES DE PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

La necesidad de clasificar los distintos tipos de personalidad y problemas mentales se observa desde Hipócrates, por lo que desde entonces han existido distintas clasificaciones. Es hasta el siglo XX que se dispone de sistemas de clasificación ordenados y sistematizados sobre las enfermedades mentales. En este periodo se incluían los trastornos de los que no se conocía su etiología, pronóstico y terapéutica. Estos modelos surgen a partir del esquema médico.

Dentro de éste, los postulados neo-krapelianos han tenido mucha importancia; algunos de los cuales se refieren a que la psiquiatría debería estar basada en el modelo médico, por lo que tendría mucho en común con ramas de la medicina, también consideran que la psiquiatría debe basarse en el conocimiento y método científico, así como en el reconocimiento de que existen diferencias entre la normalidad y la enfermedad. Se considera entonces que la diferencia entre lo que se considera normal y anormal no sería una cuestión de grado sino de cualidad.

Se considera también que:

- Es necesario investigar la etiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales
- El psiquiatra debe centrarse sobre todo en los aspectos biológicos de la enfermedad mental
- Es fundamental la necesidad de clasificación y diagnóstico

¹ Agradezco a la Maestra Consuelo Durán por su apoyo en el procesamiento de datos del Cuestionario de Estrés en Niños.

De manera tradicional la conducta anormal ha sido clasificada con base en los trastornos de los adultos. Hasta hace poco tiempo, no existía un esquema general de clasificación de los trastornos infantiles y de la adolescencia. Incluso algunos clínicos consideran que clasificar dichos trastornos de niños y adolescentes es contraproducente. Por lo que el hecho de hablar de psicopatología durante la niñez y la adolescencia es aún una controversia.

En el siglo XVIII, se consideraba al niño como un adulto en miniatura. En la actualidad existe un amplio desacuerdo sobre cómo conceptualizar un desorden en los niños, qué características evaluar, por quién, en qué situación y cómo debe interpretarse. Algunos autores consideran que en la evaluación en la infancia (Archer, 1997; González, 1998) es fundamental: estudiar las conductas, afectos, cogniciones y estado físico del niño; así como el entorno familiar, escolar y social, y que la información no debe provenir de una sola persona, sino de diferentes fuentes.

El proceso de evaluación requiere: entrevistas proyectivas, observaciones, auto informes, pruebas de inteligencia, de aptitudes y logro, escalas de desarrollo y evaluaciones neuropsicológicas. La evaluación infantil es un proceso más complejo que el de los adultos, debido a la carencia de autonomía del niño y a la variabilidad de su situación, además de su proceso evolutivo acelerado. El proceso de evaluación implica también la realización de un diagnóstico y clasificación del problema que presenta la persona.

La clasificación debe considerarse más como un lenguaje (Rutter & Taylor, 2003) que como una colección de objetos. Permite la comunicación entre los profesionales y es una ayuda para pensar acerca de los problemas de salud mental, en general complejos. Algunas de las virtudes de un sistema de clasificación científico adecuado son que sea:

- Comprensivo
- Aceptable por quienes lo usan
- Claro

Los psicólogos y otros profesionistas que se dedican al estudio de la salud mental se enfrentan a una serie de fenómenos amplios; el tipo de clasificación que requieren puede variar de acuerdo a los diferentes propósitos buscados.

En la actualidad se afirma la necesidad de codificar los criterios de diagnóstico, a través de distintas técnicas y que debe comprobarse por diferentes técnicas la fiabilidad y validez de los criterios diagnósticos y de clasificación.

De acuerdo a González y colaboradores (1998) se pueden distinguir dos tipos de sistemas de clasificación de las alteraciones de la infancia, que son los siguientes:

- Sistemas de clasificación derivados de la nosología de adultos; los cuales se basan en opiniones y observaciones de diferentes profesionales en la práctica clínica, DSM y CIE

Estas clasificaciones tienen algunas ventajas como el utilizar un enfoque descriptivo, debido a que los trastornos figuran en forma de características clínicas observables. Las categorías diagnósticas están definidas a base de signos y síntomas

identificables a los que se ha denominado **criterios operacionales de diagnóstico**. Estas clasificaciones son categoriales porque la unidad de clasificación es la categoría basada en la observación y el juicio clínico (Domenech & Ezpeleta, 1995).

- Sistemas de clasificación creados en particular para la infancia: se dividen en clasificaciones categoriales, dimensionales y evolutivas.

Los sistemas de clasificación elaborados de manera específica para los infantes se derivaron de la perspectiva psicoanalítica en especial (Freud, 1965; GAP, 1966). Estos sistemas tenían un respaldo teórico importante, pero poca validez empírica.

Ana Freud (1965) consideraba un perfil diagnóstico en el que tomaba en cuenta los siguientes aspectos:

- Variaciones dentro la normalidad
- Síntomas transitorios a consecuencia de la tensión propia de la etapa del desarrollo
- Neurosis infantiles y de carácter
- Regresiones
- Trastornos límite, delictivos o psicóticos
- Personalidad retrasada, deficitaria y atípica
- Alteraciones del desarrollo intelectual

El diagnóstico del niño estaba determinado por: el funcionamiento del niño en cuanto al desarrollo de las pulsiones, ego y súper ego; puntos de fijación y regresión; tolerancia a la frustración; ansiedad, conflictos y potencial de sublimación. La autora consideraba al estrés como un punto importante en la producción de alteraciones en la infancia. Ana Freud (1965) suponía que el estrés contribuía a las alteraciones del sueño y problemas de la alimentación, entre otros.

El grupo para el avance de la psiquiatría (GAP, 1966) propuso 10 clasificaciones que son las siguientes:

- Respuestas adaptativas o de salud
- Trastornos reactivos
- Anomalías del desarrollo
- Trastornos psiconeuróticos
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos psicóticos
- Trastornos psicofisiológicos
- Síndromes cerebrales
- Retraso mental
- Otras alteraciones o trastornos

Esta clasificación tiene interés porque valora la dimensión evolutiva en psicopatología e incluye categorías tales como los trastornos psicofisiológicos que no se habían considerado con anterioridad. Sin embargo la fiabilidad de los diagnósticos

del GAP proporcionó resultados muy pobres, ya que estas primeras clasificaciones eran categoriales y lineales.

Más tarde surgen las clasificaciones multiaxiales que tienen como característica la formulación sistemática de las condiciones del paciente y factores asociados en diferentes ejes, que tienen valor en la información clínica y son conceptualizados cada uno de forma casi independiente. Esta clasificación se establece a raíz de un coloquio organizado en Francia por la Organización Mundial de la Salud. En su elaboración participaron personalidades relevantes de la psiquiatría europea (Rutter, *et al.*, 1969).

Aquellos que se dedican al estudio de la psicopatología infantil requieren de sistemas de diagnóstico para diferentes propósitos: por ejemplo, estudiar grupos de niños con relativa homogeneidad con respecto a su objetivo de estudio, en cuyo caso el hecho de que se puedan replicar las definiciones de su grupo de estudio puede determinar que se puedan utilizar o no sus resultados. Así como también puede interesarles el hecho de poner a prueba las predicciones que se derivan de su sistema de clasificación.

Por otra parte, se requieren de clasificaciones para propósitos clínicos pues a alguien puede interesarle aplicar los resultados derivados de investigaciones sobre un trastorno dado a un caso particular y por lo tanto dejar sin clasificar algunos casos puede ser muy equívoco. Sin embargo, se puede abusar de las clasificaciones, como también se abusa de otras herramientas. Uno de estos excesos se da cuando las categorías se consideran más como cosas, que como conceptos y entonces esto da como resultado que se cosifica a los niños. Otro problema puede ser que las categorías engloben factores muy diferentes o bien se considere que cuando un niño es llevado por sus padres a consulta es porque hay algo malo con él, cuando hay conductas que pueden ser adaptativas en un momento dado, las cuales en general se incluyen en algún diagnóstico como sería el caso de la impulsividad. Un problema más, puede ser que el diagnóstico en algunos casos oscurezca la heterogeneidad de la individualidad de los niños. Por lo anterior debe tenerse en mente que el objeto de la clasificación son los trastornos y no los niños.

El hecho de abusar de las clasificaciones e incluso llegar a estigmatizar a los niños no es suficiente para abandonar al necesidad de clasificar las patologías infantiles. Otro punto importante es si se deben emplear categorías o dimensiones.

Las categorías tienen la ventaja de que con un sólo término, si éste se escoge de manera adecuada, se tiene un significado amplio y puede ser mucho más práctico para comunicarse con los padres y otros profesionales, que usar muchas dimensiones. Sin embargo, establecer categorías conlleva muchas veces el abuso de ellas sobre todo en los profesionales que están agobiados con mucho trabajo y quieren obtener reglas de oro para tratar a los pacientes, cuando cada uno de éstos tiene características individuales.

Considerar dimensiones puede ser más atractivo para quienes se refieren a estresores que tienen diferentes grados, pero éstas también tienen riesgos. En la actualidad, la medicina y en especial la psiquiatría tiene que tomar en cuenta tanto las categorías como las dimensiones, pues muchas veces las primeras se pueden traducir en éstas últimas y viceversa.

Escoger dimensiones en lugar de categorías es complejo, difícil de resolver y la elección puede depender de las condiciones. Lo mejor es que se desarrollen sistemas de clasificación mixtos.

Las clasificaciones multiaxiales como las del DSM-IV tienen la ventaja de que un mismo caso puede ser clasificado de diferentes maneras, aunque quizá lo más deseable sería tener una sola categoría exhaustiva, es importante tener en cuenta, la posibilidad de una segunda **enfermedad o problema** por la presencia de dos patrones de síntomas simultáneos, tales como depresión y el TDAH. El problema aquí sería distinguir si en realidad estas manifestaciones son parte del mismo problema, o si realmente se trata de dos condiciones, que surgen en una persona por diferentes razones y en forma relativamente independiente. El problema de la comorbilidad se ha señalado ampliamente en la psiquiatría, pues dos problemas simultáneos se pueden dar porque comparten factores de riesgo o cuando se produce un mecanismo por el cual un trastorno da lugar al otro trastorno (Rutter, 2002). Cuando se tienen dos síndromes como trastorno hiperactivo y trastorno de ansiedad, en realidad ¿hay dos síndromes o son dos matices del mismo trastorno? En relación a las categorías es importante también que los sistemas sean flexibles, de tal manera que permitan un cambio para reflejar el avance en el conocimiento y las diferentes razones para que pueda haber coexistencia de diferentes trastornos. Dado que en muchas situaciones clínicas resulta difícil, si no es que imposible revisar todas las posibles categorías diagnósticas, algunos de los sistemas de clasificación usan las jerarquías para distinguir el problema principal de los secundarios.

Otra de las dificultades de las clasificaciones es la de las categorías culturales específicas como el **ataque de nervios** y el **latah**, aunque la segunda se ha reconocido como un trastorno presente solamente en Malasia, y no es tan claro que sea un síndrome psiquiátrico. Lo que sí ha sido reconocido con amplitud es el hecho de que hay variaciones en los términos que las personas de diferentes culturas usan para describir síntomas como la depresión y el significado que se da a distintas entidades como la ansiedad o a la conducta opositora en la infancia.

De acuerdo a Rutter (2002) se han derivado otras categorías diagnósticas a nivel dimensional y por medio del análisis multivariado, como las de Achenbach y Edelbrok (1987), Vershulst y Achenbach (1995), Achenbach, Dumenci y Rescorla (2003), pero él considera que estas dimensiones no han demostrado grandes ventajas sobre las clasificaciones categóricas, ni hay muchos estudios que indiquen su validez diagnóstica.

Achenbach y Rescorla (2007) consideran que para evaluar la psicopatología del niño hay que ir de abajo hacia arriba, es decir partir de los problemas que reportan padres y maestros para establecer el diagnóstico, porque las categorías psiquiátricas van de arriba hacia abajo; esto es, primero se tiene un constructo y a partir de ahí se evalúa el problema del niño. Con esta base crearon diversos cuestionarios para evaluar la psicopatología de niños y adolescentes como ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*), que incluye diversos cuestionarios para niños y adolescentes de diferentes edades.

Otro aspecto importante es el que ha sido sometido a debate acerca de que las categorías diagnósticas deben estar fundamentadas en la etiología, lo cual no se da

ni en la medicina con respecto a enfermedades tan conocidas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, puesto que lo que se sabe de estas enfermedades es cómo se presentan las alteraciones psicofisiológicas. Otra perspectiva que debe tomarse en cuenta es que las causas de la mayoría de las alteraciones son multifactoriales y por lo tanto debe reconocerse que diferentes caminos pueden llevar al mismo síndrome (Rutter, *et al.*, 1997).

Aunque es un hecho que los factores biológicos han contribuido al entendimiento de las alteraciones mentales, esto tiene limitaciones, ya que las mismas funciones cerebrales se ven alteradas en diferentes síndromes como la esquizofrenia, el autismo y los trastornos hiperquinéticos (Howlin, 2002). Es indudable que algunos factores genéticos son muy fuertes en la determinación de algunos problemas mentales, sin embargo no hay duda de que los factores derivados de las experiencias son igual de importantes cuando se trata de alteraciones persistentes, crónicas o recurrentes (Rutter, 2002).

Entender el papel de los factores genéticos se complica debido a que los mismos factores contribuyen a la presencia de diferentes síntomas o síndromes. Se puede pensar que las características psicológicas se deben a la combinación de los factores genéticos y ambientales que actúan en una forma sinérgica y no aditiva. Por lo tanto, aunque la biología molecular y la genética han contribuido al entendimiento de las alteraciones mentales, no pueden explicar estos fenómenos en su totalidad. Tampoco la idea predominante en el siglo XX de que la maduración podría explicar todo, tiene sentido ahora. Sin embargo las aportaciones que han hecho el estudio del desarrollo, la biología y la crianza deben guiar la investigación futura en el sentido de que estas tres perspectivas, que por lo general han estado separadas, hagan aportaciones interdisciplinarias.

Al tomar en cuenta los puntos anteriores, Rutter (2002) sostiene que se pueden considerar tres tipos de trastornos en la infancia:

- Los que están bien validados
- Aquellos en que la evidencia apunta a que pueden validarse
- Los que tienen probabilidades de ser inválidos

En el primer grupo se incluye la esquizofrenia, el autismo, los trastornos depresivos, los de hiperactividad y el síndrome de Rett. El grupo de los síndromes probablemente válidos incluiría el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de la alimentación, los tics y el síndrome de Tourette, las fobias específicas, los trastornos de estrés postraumático, los trastornos del apego, los bipolares y también considera que debe hacerse una distinción entre los trastornos antisociales que se presentan desde la infancia o los que surgen en la adolescencia. Los trastornos que es probable sean inválidos son aquellos que se derivan de subcategorías muy específicas y demasiado detalladas como el síndrome de Asperger y el mutismo selectivo; que es desconcertante para el clínico, pero que se deriva de categorías teóricas carentes de suficientes criterios diagnósticos.

Aunque el diagnóstico es muy importante desde el punto de vista de la comunicación entre profesionales, para fines estadísticos y de investigación; el diagnóstico pocas veces genera un plan de tratamiento de manera automática.

Para poder hacer un plan de tratamiento adecuado es necesario tomar en cuenta muchos otros factores como: el contexto familiar y social, los reportes de los padres y de la escuela, los resultados de las pruebas psicológicas y la entrevista con el niño, entre otros.

PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

Además del enfoque médico-psiquiátrico para la clasificación de los problemas del niño existe un enfoque más psicológico e interdisciplinario que es de la psicopatología del desarrollo.

El término **psicopatología del desarrollo** destaca el valor de estudiar la psicopatología en relación con los cambios típicos que ocurren en la vida. Este enfoque sugiere un marco conceptual relacionado a hitos y secuencias en áreas físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo.

Achenbach (1992) considera la psicopatología del desarrollo como un macroparadigma para diferenciarlo de las teorías con variables, métodos o explicaciones más limitadas. Los paradigmas **biomédicos, conductuales, psicodinámicos**, entre otros, son considerados como **microparadigmas**. Cada uno de los cuales tiene vida propia, pero también tiene relación con el macroparadigma de la psicopatología del desarrollo.

Algunas de las diferencias entre este enfoque y otros sobre la psicopatología son el postulado de los psicólogos del desarrollo en el que se supone una continuidad esencial en el funcionamiento de síntomas graves y los ubica en la misma dimensión que las conductas normales. Los psiquiatras clínicos, en cambio, suponen de manera implícita que existe una discontinuidad tal que el desorden comportamental es interpretado como un tipo diferente al comportamiento normal. La psicopatología del desarrollo surge además porque hay la necesidad de una nueva orientación acerca de la etiología de la psicopatología, debido a que se han identificado fallas de modelos tradicionales en la explicación de la aparición y mantenimiento de desórdenes mentales y comportamentales.

Se pueden ubicar algunas de estas fallas en afirmaciones tales como que:

- La misma entidad causará el mismo desorden en todos los individuos afectados
- Los mismos síntomas en diferentes edades deben estar causados por la misma entidad
- Las alteraciones específicas de los niños conducen a trastornos similares de los adultos

La psicopatología del desarrollo va más allá de los modelos tradicionales de enfermedad mental al enfatizar el funcionamiento biológico y psicológico en un modelo general de regulación del desarrollo. Otorga importancia a la presencia de vulnerabi-

lidades biológicas y al equilibrio entre habilidades de afrontamiento y estrés en cada historia de vida del individuo. Por otra parte, las relaciones entre comportamientos tempranos y tardíos son entendidas en términos de continuidad de experiencias ordenadas o desordenadas que suceden a lo largo del tiempo, en interacción con características bio-comportamentales únicas del individuo. Una de las contribuciones de la aproximación del desarrollo es la identificación de factores que influyen en la habilidad del niño para organizar la experiencia y en consecuencia el nivel del niño de funcionamiento adaptativo, aún ante factores de riesgo.

Rutter (2002) analiza la relación entre aspectos genéticos, de desarrollo y ambientales con respecto a la psicopatología. Este autor considera que no hay duda que estos tres aspectos contribuyen tanto al riesgo de presentar alguna psicopatología como a la posibilidad de enfrentar adecuadamente los riesgos como el estrés. Sin embargo, como se mencionó con anterioridad, los mismos factores genéticos están relacionados con diferentes patologías. Aunque los resultados llevan a esto, es posible que lo que suceda es que las investigaciones no sean tan claras. Además lo más importante no es estudiar los factores genéticos, de desarrollo y ambientales en forma aislada, sino la interacción entre ellos.

Otra de las aportaciones de la psicopatología del desarrollo es que a partir de este paradigma surgen los modelos de riesgo, los cuales con frecuencia están basados en características de la familia, pues la investigación ha demostrado que hay una mayor probabilidad de ser esquizofrénico si hay antecedentes familiares. Es por ello que los estudios longitudinales tienen una importancia clave. Algunas investigaciones pioneras (Fish & Alpert, 1962; Mednick & Schulsinger, 1968) estudiaron a un grupo de hijos de padres con esquizofrenia con la finalidad de establecer factores de riesgo. Estos primeros estudios no dieron resultados definitivos, pero tuvieron el mérito de ubicar a sujetos en riesgo antes de que desarrollaran síntomas. Estos trabajos han llevado a desarrollar modelos más sofisticados de riesgo al plantear que también existen factores de protección que implican cambios en las trayectorias y que no se puede plantear causalidad lineal cuando se trata de psicopatología.

La psicopatología del desarrollo trata de identificar los factores de riesgo de un individuo en particular en un contexto particular pues son pocos los factores de riesgo que se pueden considerar como generales o universales.

Algunos de los factores de riesgo para los niños que se estudiaron en las primeras investigaciones fueron:

- Enfermedad mental de la madre (cronicidad)
- Ansiedad de la madre
- Pocas perspectivas en la educación del hijo
- Falta de educación de los padres
- Pertener a un grupo minoritario
- Estilo de interacción inadecuado
- Falta de apoyo familiar
- Sucesos de vida estresantes
- Maltrato de padres o cuidadores
- Bajo nivel socioeconómico

Estas primeras investigaciones concluyeron que ninguno de estos factores es en sí mismo definitivo y que lo más importante es la acumulación de riesgos que se da en poblaciones vulnerables, pero además que hay diferentes formas de responder a los ambientes de alto riesgo dentro de las cuales se encuentra la adaptación positiva a pesar del riesgo.

Estos conocimientos más adelante llevaron a establecer modelos de competencia que intentan explicar la naturaleza y causas de resultados exitosos del desarrollo, a pesar de situaciones de riesgo o vulnerabilidad y que se basan en estudios de procesos tempranos del desarrollo. Una de las finalidades de estos modelos ha sido identificar la interacción entre sistemas individuales y sociales que pueden dar lugar a resultados exitosos. También buscan factores específicos que puedan explicar el desarrollo adecuado de individuos que se consideran en alto riesgo: resistencia al estrés, invulnerabilidad y resiliencia (Masten & Coastworth, 1998).

El concepto de adaptación (Masten, *et al.*, 2006) es fundamental para la psicopatología del desarrollo, la cual es una aproximación integrativa para entender la conducta en el contexto y curso del desarrollo. Es una premisa fundamental de la psicopatología del desarrollo que entender las trayectorias hacia y en sentido opuesto del desarrollo positivo así como la psicopatología son cruciales para poder promover la salud mental en el niño, además de aminorar la carga y sufrimiento que conlleva la psicopatología a los individuos, su familia y a la sociedad. Es por esto que la psicopatología del desarrollo se enfoca también en las competencias.

ESTRÉS COMO UN FACTOR DE RIESGO

La investigación sobre riesgo tiene sus raíces en la epidemiología y por lo tanto, también en la medicina. Se refiere a grandes rasgos, a la identificación de factores que acentúan o inhiben la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad o problema, a los estados deficitarios y a su vez a los procesos subyacentes a ellos.

La investigación sobre riesgo incluye una amplia gama de factores de riesgo a los que tanto los niños como los adultos están expuestos, algunos de ellos conducen a la enfermedad o problema (vulnerabilidad) mientras que otros pueden llevar a una conducta adaptativa positiva (resiliencia) (Garmezy, 1996).

Los estudios sobre riesgo incluyen también una amplia gama de métodos que van desde el estudio de caso, pasando por los estudios transversales y hasta por los longitudinales. El rango de estudio incluye todo el ciclo vital, desde los niños hasta los ancianos. Un gran número de estudios se han enfocado en los niños que se considera que están en riesgo debido a factores cognitivos, biológicos y sensoriales.

Se ha reconocido desde hace tiempo, que las experiencias estresantes de vida pueden tener un efecto adverso en el bienestar de las personas y pueden predisponer a la enfermedad física y mental (Garmezy & Rutter, 1985). Algunos estudios se han enfocado, y deberá seguirse en esta vía en el futuro, en la ocurrencia de diversos estresores y no a la observación de estresores aislados.

Los psicofisiólogos se han enfocado en la relación entre las experiencias de vida estresantes y los cambios corporales. Cannon sentó las bases para la investigación

psicofisiológica que demostró que los sucesos externos relacionados con reacciones emocionales causan cambios en los procesos fisiológicos básicos.

El reconocer la importancia de las circunstancias estresantes acumulativas y crónicas (Garmezy & Masten, 1994) es evidente ahora en los estudios acerca del riesgo. La relación entre el estrés y la enfermedad mental o el desarrollo de problemas en los niños, es controversial.

Al hablar del estrés como un factor de riesgo en la infancia surge la pregunta de si los niños y niñas sufren de estrés. Mucho tiempo, la vida durante la infancia fue considerada como época de bienestar, libre de preocupaciones y de las responsabilidades del adulto. Otros autores consideran aún en la actualidad que los niños no pueden sufrir estrés porque no han desarrollado las condiciones cognitivas para experimentarlo.

Sin embargo con frecuencia tanto psicólogos, como educadores y otros profesionales de la salud ven niños angustiados y con reacciones emocionales negativas ante determinados acontecimientos de su vida, por lo que resulta difícil negar la existencia del estrés en esta etapa del desarrollo. ¿Se puede hablar entonces de estrés en la infancia?

En años recientes ha surgido un notable interés por estudiar el estrés, y sus repercusiones, en especial en determinar las variables asociadas a él. Se han realizado diversos estudios que demuestran el impacto negativo del estrés sobre la salud, en la medida de que influye sobre la capacidad de respuesta del sistema inmunológico de los individuos. Por otra parte el estrés es también un factor asociado a la presencia de problemas emocionales y de salud mental. Uno de los pioneros en este campo fue Coddington (1972).

De acuerdo a Gore & Eckenrode (1996), las primeras investigaciones acerca del estrés y su relación con la salud mental se refieren a indicadores mayores como el nivel socioeconómico de la familia y las desventajas en cuanto a la salud mental como discapacidades o padres que sufrían de enfermedades mentales (Garmezy, 1974).

Una segunda aproximación ha sido la de los estudios epidemiológicos que se refieren a estresores agudos para evaluar el papel de los estresores sociales y situacionales con la enfermedad mental. A partir de estas investigaciones se desarrollaron dos modelos. El primero pretendía determinar si la acumulación de estresores podría explicar los efectos del contexto familiar y estructura social en la enfermedad mental. El segundo modelo pretendía mostrar que la asociación entre medidas de desventaja y la enfermedad mental se debía a una mayor vulnerabilidad a los estresores, en especial a los agudos o mayores, de las personas en desventaja. Estos estudios proporcionaron evidencia de que las personas de nivel socioeconómico bajo reaccionan con más fuerza a los estresores ambientales (Kessler & Essex, 1982; Turner & Noh, 1983).

Otra estrategia de investigación ha sido enfocarse en eventos críticos específicos como la transición a la pubertad, o en estresores familiares específicos como el divorcio de los padres.

La evaluación del estrés diario en la infancia ha cobrado importancia en los últimos 20 años; se han desarrollado enfoques de evaluación a la par que los modelos teóricos explicativos. El estrés diario puede definirse como las frustrantes deman-

das y contrariedades que acarrea la interacción cotidiana con el medio ambiente (Trianes, 1999).

Diversos autores coinciden en la idea de que no puede pasarse por alto que existe una interacción entre un suceso externo y las diferencias en la percepción del mismo, debido a las diferencias individuales, ya que lo que puede ser estresante para una persona puede no serlo para otra. Asimismo consideran el estrés como uno de los factores importantes entre las demandas del ambiente y los recursos individuales. Se puede definir el estrés como una reacción ante los eventos frente a los cuales el niño se siente amenazado, por lo tanto es una reacción que implica una interacción de la persona con el medio ambiente.

En el caso de los niños, Rutter (1996) considera que también ellos interactúan de manera activa con el ambiente y que no son receptores pasivos de las fuerzas ambientales. Este autor explica que el estrés se manifiesta en los niños cuando un factor físico, emocional o químico ejerce una presión significativa en la habilidad individual para funcionar de manera adaptativa y clasifica los eventos estresantes en población infantil en términos de efectos agudos o imprevisibles, efectos crónicos o previsibles, incluida una tercera categoría, denominada estresores neutros, constituidos por problemas o dificultades cotidianas que enfrentan los niños. En estos últimos, el evento no provoca un cambio significativo sino que sólo se percibe como desagradable y es la acumulación de situaciones desagradables la que genera a largo plazo un estado estresante. Considera, por lo tanto, que no hay que enfocarse en el estudio de estrés de un factor específico, sino en la acumulación de estresores que es lo que puede llevar a conductas negativas o psicopatológicas. Algunos estudios han confirmado esta aseveración (Seiffge-Krenke, 2000; Cheung, 1995, Grant *et al.*, 2003). Cabe señalar que en la actualidad no se considera al estrés como un factor causal para desarrollar psicopatología sino más bien como un factor de riesgo.

Yamamoto y colaboradores (1996) realizaron un estudio en diversas culturas en el que encontraron que los niños consideran estresantes las experiencias que han vivido, por lo que concluyeron que las respuestas de los niños se podían medir, incluso por parecerse tanto entre sí, para apoyar la hipótesis de que realmente existe una cultura de la infancia, que es común y comparten los niños, sin importar dónde crecen y cómo lo hacen. Aun así es necesario tomar en cuenta las diferencias individuales al evaluar este proceso. También es claro que los niños están expuestos a diferentes estresores de acuerdo al medio ambiente en el que viven y de las tareas evolutivas a las que se enfrentan de acuerdo a su etapa de desarrollo. En este estudio realizado en seis países por medio de una lista de 20 situaciones, los estresores más frecuentes para los niños fueron: perder a uno de sus padres, quedarse ciego, ir al dentista, repetir el año escolar, fracaso en la clase y las peleas entre los padres. En esta investigación participaron 1 729 niños de 7 a 15 años de edad provenientes de: EUA, Polonia, Sudáfrica, Australia, Inglaterra e Islandia.

Uno de los elementos que llevaba a considerar que los niños no sufrían de estrés era el pensar que cuando los niños son pequeños no se dan cuenta de muchas situaciones, sin embargo, sabemos en la actualidad que éstos se dan cuenta de todo

lo que sucede a su alrededor. Es obvio que de acuerdo a la etapa del desarrollo las preocupaciones de los niños varían y que no son las mismas que las de los adultos. También se ha encontrado que los padres en ocasiones ignoran lo que estresa a sus hijos.

Evaluar el estrés en los niños resulta importante pues los pequeños con alto estrés pueden mostrar síntomas como: llanto, sudoración en las palmas de las manos, arrebatos agresivos o defensivos, irritabilidad, dolores de cabeza y de estómago, comportamientos nerviosos (por ejemplo, retorcerse o arrancarse el pelo, mascar y chupar objetos o partes del cuerpo, morderse piel y uñas, rechinar o apretar de dientes), también pueden presentar alteraciones del sueño, cambios en los hábitos alimentarios y fracaso escolar.

Cuestionario de estrés en niños

La primera versión de este cuestionario (Lucio, Durán & Heredia, 2010) se elaboró en 2004 como resultado de un proyecto de tesis que para obtener el grado de Doctora en Psicología (Verduzco, 2004). Esta versión constaba de 33 reactivos y una escala de respuesta del 0 al 10. Dado que algunos de los pequeños tenían problemas para comprender esta escala y además que algunos de los reactivos no resultaban tan actuales, además de que había algunas omisiones en cuanto a las preocupaciones de los niños, se elaboró una segunda versión como una corrección al mismo por (Lucio et al., 2009), esta segunda versión se validó y se aplicó a un grupo de 221 niños. A partir de los resultados de esta aplicación se desarrolló la versión final del instrumento (Lucio, Durán y Heredia; 2011) que consta de 45 preguntas, 44 reactivos de opción múltiple con opciones de respuesta de nada, poco, bastante y mucho, los cuales son presentados en conjunto con una escala pictórica, así como una pregunta abierta que evalúa afrontamiento; dicho cuestionario fue diseñado para aplicarse a niños de entre 8 y 12 años en forma individual o colectiva, y su uso puede ser para finalidades de evaluación e investigación, así como un apoyo para la intervención.

Para validar el cuestionario, éste se aplicó a 437 niños de escuelas públicas y privadas de la ciudad de México. Después de eliminar los cuestionarios que resultaron no válidos por diversas razones tales como, no tener el consentimiento informado firmado por el padre o tutor, no estar dentro del rango de edad establecido, o bien haber presentado inconsistencia en las respuestas del instrumento, así como no haber contestado el 10% de las preguntas del cuestionario sin tomar en cuenta a los niños que no tienen hermanos o mascota; al final se tuvo un total 437 niños distribuidos de la siguiente manera de acuerdo a la edad: (ver figura 1-1).

Se trató de equilibrar la muestra de acuerdo al sexo, por lo que fueron 215 niños (49.2%) y 222 niñas (50.8%). En cuanto al grado escolar se aplicó de 3° año a 6° año, el 22% fueron de tercero, el 23.6% de 4°, el 26.3% de 5° y el 28.1 % de 6°. En cuanto al tipo de escuela el 49% fueron de pública y el resto (51%) de privada.

Los reactivos se agruparon en ocho factores de acuerdo a la siguiente tabla:

Cuadro 1-1. Análisis factorial								
Factor 1. Falta de aceptación familiar								
R13	Que en mi familia me critiquen por todo lo que hago	.66						
R12	Que mis padres no sean cariñosos conmigo	.58						
R10	Que mis papás no me hagan caso	.57						
R18	Sacar malas calificaciones	.55						
R7	Que en mi casa estén enojado conmigo	.51						
R29	Que no me tengan confianza	.49						
R19	No tener amigos	.47						
R20	Que me comparen con otros	.41						
R9	Que en mi familia siempre tengamos prisa por falta de tiempo	.40						
R4	Que me echen la culpa de lo que pasa en casa	.39						
Factor 2. Agresión verbal y burla								
R26	Que se burlen de lo que digo	.66						
R24	Que se burlen de lo que pienso	.65						
R21	Que se burlen de cómo soy (mi cara, cuerpo, estatura, entre otros.)	.64						
R40	Que se burlen de lo que hago	.54						
R16	Que mis compañeros de la escuela me pongan apodosos	.54						
R14	Que se burlen de lo que siento	.50						
R3	Que mi familia se burle de mí	.41						
R17	Que a la hora del recreo no me escojan para los juegos	.33						
Factor 3. Falta de confianza y respeto								
R43	Que mis padres me avergüencen en la escuela	.70						
R36	Que no me crean lo que digo	.53						
R28	Que me traten como si tuviera dos años	.49						
R31	No poder ir solo a donde quiero	.48						
R32	Que escojan por mí a dónde ir	.48						
R30	Que no me dejen hacer algo que quiero (ir con mis amigos, jugar, entre otros)	.46						

Cuadro 1-1. Análisis factorial (continuación)									
Factor 4. Presión escolar									
R15	Que me dejen mucha tarea					.57			
R44	Que la maestra mande llamar a mis papás					.55			
R23	Que los maestros me gríten					.55			
Factor 4. Presión escolar									
R22	Que en la escuela me regañen o castiguen					.55			
R25	Que me digan lo que tengo que hacer					.46			
Factor 5. Exigencia familiar									
R34	Hacer cosas de grande como el quehacer de la casa					.58			
R8	Que me manden a hacer mandados y a los demás no					.56			
R33	Que me den órdenes					.54			
R38	Que algún hermano o primo sea el consentido de mis papás					.33			
Factor 6. Regaño y castigo									
R1	Que mis papás me regañen o castiguen por mi conducta					.67			
R6	Que mis papás me regañen por sacar malas calificaciones					.62			
R39	Que mis padres no tengan dinero para comprarme las cosas que les pido (que mis padres, para castigarme, no me compren las cosas que les pido)					.42			
R27	Ir al dentista					.40			
Factor 7. Conflictos familiares									
R2	Que mis hermanos se peleen conmigo					.79			
R5	Que mis hermanos no me presten sus cosas					.78			
R11	Que mis padres se peleen					.39			
Factor 8. Miedos									
R37	Que mi mascota se enferme					.63			
R35	Que mis papás se enfermen o les pase algo					.54			
R42	Que me pudieran robar o secuestrar					.51			
R41	Estar enfermo					.51			
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.									

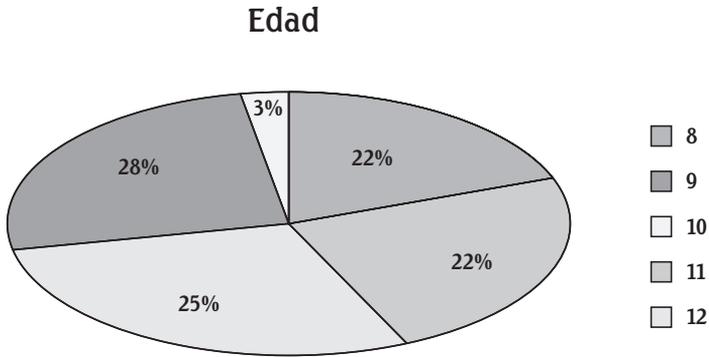


Figura 1-1. Distribución por edades de la muestra final

Además de este análisis factorial, se obtuvieron los coeficientes de confiabilidad de los ocho factores que se presentan en el siguiente cuadro:

Factores del cuestionario	Alfa
Factor 1. Falta de aceptación familiar	.81
Factor 2. Agresión verbal y burla	.80
Factor 3. Falta de confianza y respeto	.72
Factor 4. Presión escolar	.66
Factor 5. Exigencia Familiar	.57
Factor 6 .Regaño y castigo	.55
Factor 7 Conflictos familiares	.55
Factor 8. Miedos	.45
Total	.91

Como puede observarse, los cuatro primeros factores son los más confiables. Los dos primeros son los que tienen una confiabilidad más alta. La confiabilidad total del cuestionario es muy elevada (.91) por lo que en todos los casos es conveniente utilizar el cuestionario completo, ya que el tiempo de aplicación es breve.

RESILIENCIA

Otra de las aportaciones del enfoque sobre psicopatología del desarrollo es la línea de investigación acerca de la resiliencia. La cual, desde esta perspectiva se origina en el trabajo con niños, hijos de esquizofrénicos en la década de 1960-70. Garmez y (1974) encontró que entre los hijos de estas personas que tenían un alto riesgo de

psicopatología había un grupo de niños que mostraban sorprendentes patrones de adaptación sanos. En la década de 1990-2000 y en los años posteriores empiezan a proliferar estudios sobre la resiliencia relacionada con otros problemas.

Investigaciones más recientes indican que la resiliencia parece ser específica de un área del desarrollo y que los niños en riesgo pueden mostrar importantes fortalezas en un área y notables deficiencias en otras (Luthar, Doernberger & Zigler, 1993). La resiliencia le da importancia primordial a los factores de vulnerabilidad y protección más influyentes haciendo énfasis en los modificadores de desarrollo más moldeables. Al ser un enfoque que toma en cuenta el contexto social se enfatizan los dominios de la familia y la comunidad.

La primeras investigaciones en resiliencia llevaron a una revolución en el estudio de la psicopatología de los niños y el tratamiento de sus problemas (Masten & O'Dougherty, 2006). James Anthony (1974) identificó un grupo de niños **invulnerables** que resistieron el hecho de ser arrastrados por la psicopatología de sus padres, aún cuando sentían compasión por ellos. Michael Rutter (1979) identificó un subgrupo de niños caracterizados por rasgos tales como creatividad, competencia y eficiencia. En la década de 1980 aparecen más estudios acerca de la resiliencia. Luthar (2006) señala que hay dos artículos básicos en este periodo: el reporte del estudio sobre competencia de la Universidad de Minnesota de Garmezy, Masten & Tellegen (1984) que va a influir de manera profunda en cuanto a la metodología de los estudios subsecuentes y, el artículo de Rutter (1987) que hace un análisis conceptual del constructo de resiliencia.

Otros avances en el estudio de la resiliencia (Masten, 2001) fueron identificar:

- Los atributos de los niños resilientes
- Las propiedades de sus familias
- Las características de su red social amplia
- Los cambios en la resiliencia
- El potencial de la resiliencia como un enfoque fluctuante y no fijo
- Que el objetivo principal de la resiliencia es identificar la vulnerabilidad y los factores protectores que puedan modificar los efectos negativos de una vida adversa
- Los mecanismos y procesos que subyacen a esta modificación
- Los marcadores de la vulnerabilidad

Suniya Luthar (2006) define la resiliencia como una adaptación positiva, a pesar de experiencias significativas de adversidad y traumas. Incluye dos aspectos: adversidad y adaptación positiva. Para esta autora la resiliencia no se mide en forma directa, se infiere de manera indirecta, por lo que no tendría sentido crear una escala de resiliencia.

Al considerar los dos componentes del constructo, el riesgo se define en términos estadísticos, de probabilidades. Tal como lo señala Masten (2001), una condición de riesgo es aquella que tiene probabilidades altas de llevar a la desadaptación en áreas significativas. La exposición a la violencia en la comunidad, por ejemplo, es un factor de riesgo, así como tener una madre depresiva; lo anterior porque los estudios han mostrado que los niños que viven la violencia en la comunidad pueden mostrar más problemas de conducta que aquellos que no viven en esa situación, y los hijos

de madres depresivas tienen una probabilidad ocho veces mayor de desarrollar depresión que aquellos que no la tienen. (Wickramaratne & Weissman, 1998).

Los estudios acerca de la resiliencia se pueden llevar a cabo desde diferentes perspectivas. Por ejemplo, los realizados acerca de las características de los individuos basados esencialmente en comparaciones entre grupos de niños que experimentan alto riesgo y muestran una competencia alta con otros que varían en estas dos dimensiones.

Las comparaciones con grupos de alto riesgo y baja competencia pueden ayudar a comprender la protección contra la adversidad, mientras que las realizadas entre grupos de bajo riesgo y competencia alta pueden ayudar a entender si en los niños resilientes ésta se puede equiparar con la de aquellos que han vivido en un ambiente benigno.

Es más complicado identificar grupos resilientes cuando se utilizan diversas medidas de competencia. Una estrategia es estandarizar y sumar los puntajes de las diversas competencias. Otra posibilidad es establecer puntuaciones de corte que representen la adaptación positiva y negativa. En la actualidad los investigadores han comenzado a combinar ambas estrategias.

Los estudios prospectivos a largo plazo, de tipo longitudinal, son esenciales para poder comprender no sólo el desarrollo de los conflictos en los niños sino también a lo largo de todo el ciclo vital. Cada vez hay un número mayor de este tipo de estudios (Werner & Smith, 2001; Laub & Sampson, 2003; Fergusson & Horwood, 2003). Junto con el aumento de esta clase de investigaciones se emplean también nuevas técnicas como el modelamiento jerárquico lineal.

Otra perspectiva importante en el estudio de la resiliencia es avocarse a los modificadores del riesgo. Esto es complicado porque cuando se usan mediciones bipolares a veces es difícil interpretar el papel de variables como la extraversión; más complicado aún resulta la interpretación de las interacciones entre las diversas variables.

Para Garmezy, Masten y Tellegen (1984) se deben detectar aquellos factores que están asociados con resultados mejores que los esperados. Hace cerca de dos décadas Garmezy advirtió sobre la posibilidad de que las conexiones estadísticas entre diversos factores se confundieran con las interacciones entre el individuo y su ambiente. Este autor también enfatizó la comprensión de los procesos subyacentes, por lo que para la investigación actual en resiliencia es importante hacer estudios que permitan planear intervenciones. Se debe ir más allá de encontrar las relaciones entre las competencias y otras variables para poder explicar los procesos subyacentes a ellas.

Se sugiere que en la actualidad los trabajos en resiliencia enfatizen por una parte los estudios de caso de tipo cualitativo, así como también se proponga recolectar evidencia de intervenciones clínicas; es decir, no sólo debe buscarse la comprensión de la resiliencia, sino esto debe llevar a intervenciones clínicas que la promuevan. Por ello, en los capítulos siguientes de este libro se expondrán casos clínicos en los que a través de intervenciones se trata de promover la resiliencia en los niños.

Masten y Obradovic (2006) consideran que han habido tres grandes fluctuaciones en el estudio de la resiliencia y nos encontramos en la cuarta. Las tres primeras

se enfocaban a la conducta y tenían sus orígenes en la medicina, la psicología y la educación. Es en 1970 cuando en el estudio de la conducta adaptativa y saludable se incluye el enfoque más amplio de la psicopatología del desarrollo. En la primera década, los investigadores se enfocaron a estudiar a aquellos niños que estaban adaptados a pesar de vivir en situaciones de riesgo. Si bien este trabajo inicial era bastante descriptivo, tenía un objetivo muy ambicioso que consistía en encontrar las diferencias en este tipo de niños, para con ello poder mejorar las condiciones de vida de aquellos niños que por vivir en situaciones adversas y de vulnerabilidad se encuentran en riesgo. Como resultado de lo anterior, se propuso entonces una pequeña lista de factores que podrían considerarse protectores. Seguido de esto, en una segunda época se enfocaron a entender los procesos de aquellos sistemas regulatorios asociados con esa lista. Una tercera época se enfocó a promover la resiliencia a través de tareas de prevención e intervención, pues había una urgencia de atender a los niños vulnerables.

Se han considerado las relaciones familiares firmes y profundas como un factor para mantener una buena adaptación en una situación de adversidad. Los primeros estudios sobre resiliencia demostraron que cuando hay una relación cercana con alguna de las figuras parentales, ésta puede servir de factor protector ante situaciones de riesgo (Garmezy, 1974; Murphy & Moriarty, 1976; Rutter, 1979; Werner & Smith, 1977). Aún cuando los factores de riesgo provienen del interior de la familia, por ejemplo, cuando un padre es enfermo mental, una fuerte relación con el otro padre puede ser proporcionar una protección sustancial. Entre los niños, hijos de padres alcohólicos (Berlin & Davis, 1989) se ha encontrado que el apoyo de la madre y la calidez en la crianza incidieron en que los descendientes no resultaran alcohólicos en la edad adulta. Además de los cuidadores primarios están los hermanos, los cuales pueden ayudar a modificar los efectos en situaciones de alto riesgo. Sin embargo, contrario a esto, los hermanos pueden también agravar la vulnerabilidad en familias de riesgo. Una fuente de apoyo que resulta decisiva en potencia para los niños en riesgo yace en la familia extendida, con efectos benéficos; por ejemplo, en México en algunos casos las abuelas proveen algunas de las necesidades que a veces las madres no pueden satisfacer (Elder & Conger, 2000; McLoyd, 1997).

Otro constructo fundamental para el desarrollo de la resiliencia es lo que respecta al área de la disciplina en donde se deben considerar no sólo los límites, las reglas y las expectativas, sino que además los padres tienen la responsabilidad de ejercer vigilancia sobre sus hijos. El grado en que aquéllos definen con claridad los límites y refuerzan las reglas de manera constante resulta decisivo para lograr la responsabilidad en los niños. Por el contrario, una disciplina muy dura exacerba la vulnerabilidad y la conducta desadaptativa.

Como lo dice Patterson (1983) cuando los padres responden a los niños con enojo, de tal forma que la disciplina resulta coercitiva y basada en el poder, los niños aumentan su conducta aversiva y tratan de controlar a los padres.

El efecto positivo de la constante supervisión y guía de los padres se ha demostrado en diferentes investigaciones con niños de primaria, aún en contextos de riesgo alto (Buckner, *et al.*, 2003). Este efecto es todavía más claro en los adolescentes y preadolescentes que tienen una mayor independencia de sus padres y por su etapa

del desarrollo están más expuestos a riesgos relacionados tanto con sus pares como con su comunidad. Como resultado de estas investigaciones los antropólogos (Jarret, 1999) han identificado algunas estrategias utilizadas para poner límites en algunas áreas de riesgo como evitar zonas peligrosas y no salir de la casa a determinadas horas.

Las relaciones positivas con pares pueden ayudar a disminuir la vulnerabilidad de los niños en riesgo, puesto que permiten mejorar las habilidades de socialización que no adquirieron en sus hogares (disfuncionales). El aprendizaje asistido de pares puede dar como resultado un aumento significativo de los logros académicos.

Los factores protectores de riesgo mencionados pueden ayudar a adquirir con éxito las tareas importantes del desarrollo.

Algunas de las conclusiones de los conocimientos derivados del enfoque de resiliencia en relación a competencias y tareas del desarrollo son las siguientes:

- La adaptación es evolutiva por naturaleza
- El éxito en tareas destacadas del desarrollo de un periodo facilita el éxito en otras tareas del desarrollo posteriores
- Las competencias y los síntomas están relacionados por diversas razones entre las cuales se cuentan que los fracasos aumentan los síntomas y que existen causas comunes que aumentan los síntomas y disminuyen las competencias
- El éxito o el fracaso en múltiples dominios puede tener efectos de cascada en otros dominios que pueden llevar al éxito o problemas de adaptación en otras áreas
- Las intervenciones para promover el éxito en algunas tareas del desarrollo pueden tener efectos preventivos en relación a problemas emocionales o de conducta

La resiliencia puede considerarse un concepto amplio que incluye muchos conceptos relacionados con patrones positivos de adaptación en un contexto adverso. Dentro de su enfoque la resiliencia incluye un fenómeno en el que la adaptación de un sistema (el ser humano) se ha visto amenazada por experiencias capaces de alterar su funcionamiento. Para estas autoras (Masten & Obradovic, 2006) la resiliencia es de manera básica inferencial y para hablar de ésta se requieren criterios para identificar si un sistema está funcionando como debería funcionar y también si ha habido una amenaza potencial al sistema. Por lo tanto si uno identifica a un niño como resiliente, se han hecho dos juicios: el niño muestra una adaptación positiva y ha habido amenazas (riesgo a su adaptación). Una de las contribuciones de Ann Masten y Coatsworth (1998), a través del proyecto de competencias, se enfocó en establecer criterios para éstas con el fin de considerar la adaptación como positiva y en particular las competencias más significativas de acuerdo a las tareas del desarrollo. Este se encaminó a la adaptación externa desde una perspectiva del desarrollo más que a un sentimiento interno de bienestar, sin ignorar la salud emocional, sino que ésta se estudiaba en relación a las competencias del niño y las tareas del desarrollo.

El concepto de tareas del desarrollo enfatiza la naturaleza evolutiva de los estándares desde los cuales se evalúa el éxito y la adaptación. La idea de tareas del desarrollo fue tomada en cuenta de alguna manera por la teoría del desarrollo psico-sexual de Freud (1905) y la del desarrollo psicosocial de Erikson (1902), sin embargo se puede considerar que fue Havinghurst (1972) quien articuló el papel de las tareas

del desarrollo en relación a las expectativas, la educación y la sociedad. Este autor consideraba que vivir en sociedad impone a los individuos una serie de tareas por aprender y lograr para obtener aprobación. Aunque Havighurst estaba interesado de manera particular en la relación de las tareas del desarrollo con la educación, delineó algunas tareas del desarrollo en diversos aspectos y estadios de la vida social. Distinguió algunas como aprender a caminar, hablar y leer, así como distinguir entre el bien y el mal. Waters y Sroufe (1983) integraron el concepto de competencia en una teoría organizacional del desarrollo y conceptualizaron la competencia como un concepto amplio que se refiere a la habilidad de un individuo para coordinar su funcionamiento psicológico (conductual, afectivo y cognoscitivo) con los recursos del ambiente para lograr las metas del desarrollo. Aunque hay diversas perspectivas acerca de la competencia, todas ellas concuerdan en que:

- Se refieren a conductas y procesos relacionados de manera consistente a la eficacia de la adaptación al ambiente
- Hay diferencias individuales con respecto a las conductas eficientes que pueden evaluarse
- Las conductas eficientes están relacionadas con cambios en el desarrollo
- La adaptación requiere coordinación e integración de diversas funciones del organismo dirigidas a obtener logros
- Hay muchos procesos involucrados para facilitar el funcionamiento adecuado en el ambiente
- Algunos de estos procesos involucran procesos dentro del individuo, mientras que otros se refieren a interacciones de la persona con los otros sistemas en los que se desenvuelve, incluyendo las relaciones con otros

Masten y colaboradores (2006) se refieren al concepto de competencia como una familia de constructos relacionados con la capacidad o motivación de, procesos de, o resultados que indican una adaptación eficaz en el ambiente, que de manera regular se infiere a partir de una trayectoria de eficacia en el logro de las tareas del desarrollo destacadas de acuerdo a la edad e incluidas siempre dentro del contexto del desarrollo cultural e histórico. Esta definición tan amplia puede llevar también a competencias específicas como la académica o bien competencias más restringidas como la capacidad de leer. Por lo tanto, las competencias amplias o restringidas pueden alterarse o disminuirse por diversas razones como daños al organismo, relaciones o transacciones problemáticas con el ambiente, experiencias traumáticas en la vida y muchos otros procesos que afectan tanto la capacidad de adaptación como de logro en diversas áreas.

A partir de diversos estudios y perspectivas, Masten (2006) plantea que de acuerdo a su proyecto de competencias pueden considerarse como fundamentales, para los primeros años de vida, en las sociedades industriales contemporáneas las siguientes:

Niños en edades de guardería, infantes y niños pequeños

- Apego a uno o más adultos
- Aprender a sentarse, pararse, caminar, correr y saltar

- Adquirir lenguaje funcional
- Obediencia a órdenes e instrucciones sencillas de los adultos
- Control de esfínteres
- Autocontrol de conductas agresivas prohibidas como golpear
- Jugar en forma adecuada con los juguetes y otras personas

Niños en edad escolar

- Aprender a leer y escribir
- Aprender matemáticas elementales
- Comportarse en la escuela en forma adecuada y poner atención
- Seguir reglas de conducta en la escuela, en la casa y en lugares públicos
- Llevarse bien con los compañeros en la escuela
- Hacer amistad con los compañeros

La adquisición de esta serie de competencias en la niñez posibilita una adaptación exitosa en el desarrollo posterior y aún en otros dominios que son menos importantes, por lo que es conveniente examinar si los niños adquieren las competencias antes mencionadas, ya que las adquiridas en otras áreas no son tan importantes.

Por otra parte, muchas experiencias a lo largo de la vida, como elecciones erróneas y sucesos negativos abrumadores, pueden impedir el logro de estas tareas del desarrollo; lo cual produce desde disfunciones hasta síntomas o trastornos. Los niños que no logran las tareas del desarrollo básicas deben preocupar no sólo a los padres sino también a los maestros y a su comunidad, por ejemplo, un pequeño que no muestra ningún signo de apego con sus padres durante el primer año, o bien, un niño en edad escolar que no puede leer después de algunos años de instrucción escolar.

Masten (2006) considera también que adquirir o no estas competencias se relaciona con la calidad de vida y por lo tanto con la psicopatología, la adaptación positiva y la resiliencia.

Como es notorio el enfoque de psicopatología del desarrollo enfatiza la prevención y la salud mental por lo que no toma en cuenta aspectos deterministas y privilegia la investigación sobre el riesgo (Luthar, 2006). Por lo que la investigación acerca del riesgo resulta indispensable para este enfoque. De esta manera, es importante desarrollar instrumentos que permitan evaluar el riesgo de manera objetiva.

Es por ello que dentro de las aportaciones de las líneas de investigación sobre adolescencia que se han desarrollado en los últimos años a través de este proyecto, se ha dado especial importancia al desarrollo de instrumentos que tengan validez dentro de la población mexicana para evaluar factores de riesgo y protección.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1992). What is “developmental” about developmental psychopathology. En Masten, A., Cicchetti, D.; Nuechterlein, K.; Sheldon, W. (Eds). *Risk and Protective Factors in the development of Psychopathology* (pp.29-66). EUA: Cambridge University Press.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescorla, L.A. (2003). Are American children’s problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 1-11.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment*. EUA: Guilford Press.
- Anthony, E. James (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. The child in his family: Children at psychiatric risk. Anthony, E. J. (Ed); Koupernik, C. (Ed). The child in his family: Children at psychiatric risk., England: John Wiley & Sons.
- Archer, R. (1997). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. EUA: Lawrence, Erlbaum, Associates.
- Berlin, R. & Davis, R. (1989). Children from Alcoholic families: Vulnerability and Resilience. En T. Dugan & (Eds.), *The Child in Our Times: Studies in the Development of Resiliency*. EUA: Brunner-Mazel.
- Buckner, J. C.; Mezzagappa, E. & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self regularity processes. *Development and Pshychopatology*. 15, 139-162.
- Coddington, R. D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children—II: A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Researc.*, 16, 205-213.
- Cheung, S.K. (1995). Life events, classroom environment, achievement expectation, and depression among early adolescents. *Social Behavior Personality*, 23(1), 83-92.
- American Psychiatric Association (Ed.), (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3a. ed., revisada, 4a. ed.). EUA: Masson.
- Domenech, E. y Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En: J. Rodríguez, *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Manuales Universitarios. 121-147.
- Erikson, E. (1902) *Infancia y Sociedad*. Argentina: Horme.
- Elder, G. H. & Conger, R. D. (2000). *Children of the Land, Adversity and Success in Rural América*. EUA: The University of Chicago Press.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21 year study. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp.130-155). EUA: Cambridge University Press.
- Fish, B. & Alpert M. (1962). Patterns of neurological development in infants born to schizophrenic mothers. *Recent Adv. Biol. Psychia*, 5, 24–37.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de una teoría sexual. *Obras Completas* Vol.VII. Argentina: Amorrortu.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood: assessments of development*. England: Karnac Books.
- Garmez, N. (1974a). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. En E. J. Anthony & C. Koupernik, (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (p.547). Vol. III. England: John Wiley & Sons.
- Garmez, N. (1974b). Children at risk: The search for antecedents of schizophrenia.I. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 14-90.

- Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. En J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement 4*, (pp.213-233). England: Pergamon Press.
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Garmezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. En M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child psychiatry: Modern approaches*, (pp. 152-176), 2a. ed. England: Blackwell Scientific.
- Garmezy, N., & Masten, A.S. (1994). Chronic adversities. En M. Rutter, L. Herzov, & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 191-208), 3a. ed. England: Blackwell.
- Garmezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience and development. En R. Haggerty; L. Sherrod, N. Garmezy & T. Michael (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and Interventions*. EUA: Cambridge University Press.
- Group for the Advancement of Psychiatry (1966). *Psychopathological Disorders in Childhood*. (Report No. 62). EUA: GAP.
- González, B. R.; Calvo, A. J.; Benavides, G. y Sifre S. (1998). Sistemas de Clasificación en Piscopatología infantil En *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Pirámide.
- Gore, S., & Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. En R. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 19-63). England: Cambridge University Press.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental Tasks and Edition*. EUA: David McKay.
- Howlin, P. (2002) Improving outcome for individuals with autism. *Italian Journal of Psychopathology* 8, 25-27.
- Jarret, R. L. (1999). Successful parenting in high-risk neighborhoods. *The future of children*. 9, 45-50.
- Kessler, R.C. & Essex, M. (1982). Marital status and depression: The role of coping resource. *Social Forces*, 61, 484-507.
- Laub, J H., & Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*. EUA: Harvard University Press.
- Lucio, E.; Durán, C. y Heredia, C. (2011). *Cuestionario de Estrés en Niños (CEN)*. Manuscrito en preparación.
- Luthar, S. S., Doernberger, C. H., & Zigler, E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 5, 703 – 718.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 740-795). EUA: Wiley.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The Development of the Competence in Favorable and Unfavorable Environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic :Resilience process in development. *American Psychologist*. 56, 227-228.
- Masten, Ann S.; Burt, Keith B.; Coatsworth, J. Douglas (2006). Competence and psychopathology in development. En Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.), *Developmental psychopathology. Risk, disorder and adaptation* (2a. ed., Vol.3., pp. 696-738). EUA: John Wiley & Sons Inc.

- Masten, A.S. & Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. (Annals of the New York Academy of Sciences, No.1094 pp.13-27). EUA: Blackwell Publishing, Doi:10.1196/annaks.1376.003.
- Masten & O'Dougherty (2006). Resilience Processes in Deevlopment. En S. Goldstein, & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children*. EUA: Springer.
- McLoyd, V. C. (1997). The impact of poverty and low socioeconomic status on the socioemotional functioning of African-American children and adolescents: mediating effects. En R.D. Taylor & M. Wang (Eds.), *Social and Emotional Adjustment and Family Relations in Ethnic Minority Families*. EUA: Erlbaum. 7-34.
- Mednick, S.A. & Schulsinger, F. (1968). Some premorbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers. En D. Rosenthal & S.S. Kety (Eds.). *The transmission of schizophrenia*. EUA: Pergamon Press. 267-291.
- Murphy, L. B. & Moriarty, A. (1976). *Vulnerability, coping, and growth: From infancy to adolescence*. EUA: Yale University Press.
- Patterson, G. R. (1983). Stress: A Change agent for family process. En N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children*. EUA: Mc Graw Hill. 235-264.
- Rutter, M. (1968). Concepts of autism: a review of research. *Issue Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9 (1), 1-25.
- Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L., Sneznevskij, A. V., Sadoun, R., Brooke, E. & Lin, T.Y. (1969). A tri-axial classification of mental disorders in childhood: An international study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10(1), 41-61. doi: 10.1111/j.17610.1969.tb02067.x.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. En M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.). *Primary prevention in psychopatology*. Vol. 8. *Social competence in children* (pp. 49-74). EUA: University Press of New England.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*. 57,(3) 316-331.
- Rutter, M. (1996). Stress Research: Accomplishments and tasks ahead. En R. Haggerty, L. Sherrod; N. Garmezy & M. Rutter, *Stress, risk and resilience in children and adolescents*. Inglaterra: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J., & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person environment correlations and interactions for developmental psychology. *Development and Psychopathology*, 9, 335-364.
- Rutter, M. (2002). Nature, Nurture and Development: From Evangelism through Science toward Policy and Practice, *Child development*, 73 (1), 1-21.
- Rutter, M. and Taylor, E. (2003). *Child and adolecent Psychiatry, fourth edition*. EUA: Blackwell Publishing.
- Sameroff, A. J. & Seifer, R. (1990). Early contributors to developmental risk. En Rolf, J.; Masten A.; Cicchetti, D.; Nuechterlein, K & Weintraub, S. (Eds.). *Risk and protective factors in the development of Pscyhopathology*. EUA: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology, *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Trianes, M. V. (1999). *Estrés en la infancia su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Turner, R J., & Noh, S. (1983). Class and psychological vulnerability among women: The significance of social support and personal control. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 2-15.
- Verduzco, M. A. (2004). *Autoestima, estrés y afrontamiento desde el punto de vista del desarrollo*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Vershulst, F. C. & Achenbach, T. M. (1995). Empirically Based Assessment and Taxonomy of Psychopathology: Cross-Cultural Applications. A Review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4 (2), 61-76.
- Waters E. & Sroufe A. (1983) Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3(1), 79-97.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca. EUA: Cornell University Press.
- Wickramaratne, P.J. & Weissman, M. M. (1998). Onset of Psychopathology in Offspring by Developmental Phase and Parental Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37,(9),933-942.
- Yamamoto, K.; Davis, O. L.; Dylak, S.; Whittaker, J.; Marsh, C., & Westhuizen, P. C. (1996). Across six Nations: Stressful Events in the Lives of Children. *Child Psychiatry and Human Developmental*, 26(3),139-150.

Capítulo 2

Influencia del contexto social y familiar en el desarrollo del niño y sus alteraciones

María Cristina Heredia y Ancona

SOCIEDAD Y PSICOPATOLOGÍA

Para tratar de entender el desarrollo del niño y sus posibles alteraciones es necesario considerar que se trata de un ser biopsicosocial, que está en constante interacción con el medio; es así que éste va a influir de manera sustancial en su desarrollo y comportamiento. Siempre que pensamos en un niño, de inmediato lo asociamos a su vida familiar. Es así que la interacción que ahí se establezca va a ser determinante en lo que será ese niño en su vida adulta.

Las interacciones que se den en la familia, van a estar determinadas en cierta manera por el contexto social en que ésta viva, donde hay que considerar las costumbres, los valores y las demandas que la misma sociedad hace a la familia. La influencia del contexto social sobre el núcleo familiar afectará la interrelación entre sus miembros y por ende el comportamiento de los mismos. El entorno en que se desenvuelve el niño puede ser considerado como un indicador de salud o por el contrario de enfermedad o patología. En la medida que las conductas se desvíen de la norma del contexto social o familiar, se considerarán como anormales o patológicas y pueden llegar a ser clasificadas dentro de una nomenclatura diagnóstica.

Por lo general, dicho diagnóstico está basado en el enfoque médico, donde se considera que la enfermedad se debe a componentes neurofisiológicos, en especial en el cerebro. Existe otro enfoque sobre el diagnóstico que considera que la enfermedad proviene de las influencias del exterior, las cuales trastornan el cuerpo. Así, se busca en el medio ambiente, las causas que provocan la alteración de la conducta. En este enfoque se considera la interacción entre los sujetos, así como su historia familiar y las relaciones emocionales.

Durand & Barlow (2007), mencionan que se ha demostrado cómo los factores psicológicos y sociales afectan la salud física, y en el caso de los niños pueden interferir en su desarrollo. Existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales identificados con claridad y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas. Existe una estrecha relación entre los trastornos físicos y los psicológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión. Los estudios de Cohen y Herbert (1996) han demostrado que existe una conexión entre el estrés y el funcionamiento del sistema inmunológico, el cual disminuye cuando la persona está sometida a mucha tensión. En la actualidad, uno de los principales trastornos que afectan nuestra salud, es la depresión porque mengua el sistema inmunológico (Herbert & Cohen, 1993; Stone, 2000). (Cit. en Durand, 2007).

La salud mental se puede ver afectada por diferentes factores que la hacen más vulnerable, como es el socio-económico, la raza y el género (Nathan & Harrus, 1983).

En un estudio realizado por Sandoval De Escurdia y Richard Muñoz (2001) sobre la salud mental en México se revisaron los múltiples factores que influyen sobre ésta, los cuales a continuación se mencionan:

- **El factor pobreza afecta de diferente manera al bienestar de las personas.** De acuerdo con la Secretaría de Salud Pública la pobreza origina problemas de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y de salud; los cuales repercuten de manera directa en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en la familia. (Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. México, 2001. ISBN 968-811-994-6).
- **Trabajo.** El desempleo puede ser una de las causas por la cual las personas presenten síntomas depresivos. Quienes están desempleados tienen más síntomas depresivos que aquellos que encuentran trabajo (Bolton & Oakley, 1987; Kessle). Cit. en Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. México, 2001. ISBN 968-811-994-6.
- **Educación.** Se ha encontrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional (Patel & Kleinman, 2003).
- **Violencia y trauma.** En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. (OMS). La violencia intrafamiliar puede dejar lesiones no sólo físicas sino también psicológicas. Como mencionan Ruiz-Jarobo y Blanco (2004), la violencia intrafamiliar deja lesiones en el cuerpo de las víctimas y tal vez irreparables en su esfera psicológica. Existen otros tipos de violencia como son la patrimonial, la económica, la sexual que viene acompañada de amenazas recri-

minaciones, sentimientos de culpa, entre otras, que ahondan el daño emocional del agredido(a). Estas autoras consideran que entre los problemas psicológicos que ocasiona la violencia se encuentran la ansiedad, depresión, ideas de suicidio, trastornos del sueño de la alimentación (comidas irregulares, anorexia, bulimia, estrés postraumático).

- **Mujeres trabajadoras.** En la actualidad un gran número de mujeres mexicanas trabajan fuera del hogar. Esto ha implicado que se realicen cambios en la dinámica familiar por el cambio de roles, valores, estilos de crianza, entre otros (Esquivel 1995). En muchas ocasiones las mujeres se ven sometidas a dobles cargas de trabajo que les provoca mayor tensión y por consiguiente se pueden presentar mayores problemáticas mentales como la depresión. Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquellos que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo. (Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*).
- **Población rural.** Las características de la vida rural en México, como la falta de oportunidades de trabajo, de infraestructura básica, de servicios de salud y de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, que incrementan los factores genéticos de riesgo, aunados al abuso en el consumo del alcohol, embarazos de adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores, son factores que favorecen la prevalencia de pacientes con problemas mentales. (Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*).
- **Niños y niñas en situación de calle.** Debido a la necesidad que tienen de trabajar para subsistir o para contribuir al gasto familiar, se ven afectados en una serie de áreas como son la educación, la salud, el manejo de la agresión, la seguridad, entre otras. Viven expuestos a la violencia social, uso de drogas, abuso sexual, la prostitución y explotación. Estas experiencias pueden afectar la salud mental de los menores al presentar retraimiento emocional, ansiedad, depresión y problemas para relacionarse.
- **Personas con discapacidad.** En México la discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida de manera adecuada, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves; todos ellos, estresores emocionales importantes. (Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*).
- **Menores farmacodependientes.** El consumo de drogas en México se ha extendido a casi todos los grupos sociales; es considerado un problema de salud pública, además de estar relacionado con acciones delictivas y violentas. La relación con la familia de origen es de suma importancia para explicar las variaciones en los índices del consumo de drogas. Los resultados muestran que vivir en la calle es el factor de riesgo más importante para usar drogas, 56% de los menores que viven en esas circunstancias en comparación con solamente 5% de los que viven en su casa han usado drogas. (Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*).

- **Madres adolescentes.** La maternidad y paternidad adolescentes son fenómenos de actualidad. Son innumerables los factores de involucrados en el embarazo en la adolescencia: falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, reproducción de patrones culturales, falta de oportunidades de desarrollo para los jóvenes y la presencia de problemas mentales como el trastorno por déficit de atención, entre otras. Las mujeres que inician la maternidad en esta etapa de su vida ven reducidas las posibilidades de permanecer en el sistema educativo o de incorporarse al mercado de trabajo. Enfrentan situaciones de conflicto, que les significan cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos. (Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*).
- **Adultos en plenitud.** Los principales padecimientos que se vinculan con los adultos mayores son las enfermedades degenerativas como las demencias, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, y otras. Las pérdidas paulatinas que tiene el adulto mayor, ya sea de su empleo, de sus seres queridos, del grupo de amigos, de la pareja, de sus bienes, de sus capacidades o de su salud, genera en ellos un estado de ánimo depresivo y de aislamiento. La familia, a su vez, se ve violentada y desorganizada por esas circunstancias y la mayoría de las veces se siente incapaz de afrontarla, lo cual propicia diversas manifestaciones de maltrato físico y emocional y en diversas ocasiones, de abandono, rechazo e indiferencia. (Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*).
- **Población indígena.** Los diferentes pueblos indígenas son un grupo que se identifica como el menos saludable, con menores niveles de escolaridad, de empleos, de economía y de vivienda, y también por la falta de infraestructura en sus comunidades para atender problemas de salud. Todos estos factores contribuyen a un nivel de salud bajo y a propiciar un círculo vicioso de desventajas en las comunidades indígenas que los hace propensos a padecer enfermedades mentales. En el país están identificados al menos 63 grupos indígenas cuya esperanza de vida al nacer es de 69 años, a diferencia de 74 años en la población nacional. La tasa de mortalidad es 58% más alta entre los niños indígenas, la desnutrición crónica es el principal problema de salud y convierte a los niños indígenas en una población en extremo vulnerable a padecer retrasos en el desarrollo físico y mental. Con mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo y que tengan hijos con bajo peso al nacer o prematuros. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el racismo y la discriminación también afectan los niveles de salud mental.
- **Población migrante.** México, se ha convertido en un expulsor de población económicamente activa, la cual busca de opciones de sobrevivencia al salir del país aunque se exponga a los riesgos y tensiones que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia. Esta población, al llegar a otro país con una cultura diferente, se enfrenta a situaciones de gran estrés para lograr su adaptación a la barrera del idioma, la discriminación, la pérdida de su identidad, sentimientos de autodevaluación y de inadecuación, mie-

do, conductas persecutorias que los llevan a estar en constante estado de alerta, desconocimiento de las leyes, que con frecuencia provoca que sean arrestados y encarcelados. Estas tensiones, son desahogadas a través del consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias a las que tienen acceso, así como por caer en conductas de riesgo sexual. (Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*).

FAMILIA

Importancia de la familia en el desarrollo del niño

Teorías de la familia

Como se mencionó con anterioridad, para entender al niño y sus diferentes conductas es necesario tomar en cuenta el contexto en el que éste vive. Su primer contacto social es con la familia y las interrelaciones que en ella se establezcan influirán en su desarrollo de manera directa. Es así que para entender la dinámica familiar se debe partir de un marco teórico.

La concepción de familia ha sido estudiada desde diferentes enfoques:

- **Teoría de la interacción.** Luis Flaquer (1998) ha señalado que la familia contemporánea se mantiene gracias a la densidad de su interacción psicológica. Se basa en lo mencionado por Burgess en el sentido de que familia era una unidad de personalidades en interacción. La reciprocidad que mantiene las relaciones entre la pareja adulta, y entre padres e hijos, es lo que constituye la vida familiar. Además, la familia desarrolla una concepción de sí misma que incluye el sentido de responsabilidad que cada miembro tiene con los otros, obligaciones que se definen en los roles familiares y la noción de lo que la vida familiar es o debería ser. Las personas desarrollan un sentido de identidad derivado de la interacción que tienen con los demás en la vida cotidiana; inclusive, la vida familiar. De acuerdo con Peterson y Rollins (1987), en la correlación familiar se aprenden un conjunto de significados que permiten a los miembros de la familia comunicarse y compartir experiencias. Desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, padres e hijos desempeñan sus respectivos roles, para así desarrollar el conjunto de expectativas mutuas que comienzan a guiar o constreñir sus conductas en las relaciones paterno-filiales. (Cit. en Gracia 2000).
 - Teoría del conflicto. Menciona que el conflicto, la competencia y la lucha son elementos básicos de la vida social humana. En la familia, como grupo social y como institución social, sus miembros buscan su propio interés y no hay razón para asumir que de forma natural compartan y trabajen hacia el logro de metas comunes. Con base en el análisis de Farrington y Chertok (1993) en las familias también existen importantes diferencias de poder basadas, por ejemplo, en el género o la edad, las cuales facilitan a algunos de sus integrantes lograr sus intereses. Esta distribución desigual del poder puede ser una fuente

de conflictos; de ahí la importancia de la negociación y el compromiso en la redistribución del poder en la familia como mecanismo de manejo y regulación del conflicto. A nivel intrafamiliar éste se puede manifestar en cada uno de los miembros de la familia por sus estados emocionales intrapsíquicos y en conductas conflictivas específicas. Además del conflicto *per se*, este enfoque también se centra en las formas en las cómo se crea y se mantiene el orden en la familia a través de 1) la fuerza, la coerción y la obligación o 2) negociación, los pactos y el compromiso. Desde la teoría del conflicto se considera que la familia de manera estructural está predispuesta al conflicto, tanto intra como entre grupos. De acuerdo con Klein y White (1996), ello implica que las variables de la estructura del grupo (pertenencia, edad, género) y la estructura de la situación (competencia y cooperación) están relacionadas con el grado de conflicto. (Cit. Gracia 2000).

- Teoría del intercambio. En especial este enfoque, en sus versiones más micro-sociales, asume que la motivación básica de los individuos es el propio beneficio. Desde esta postura se asume que las familias como grupo social, deben de proporcionar recompensas a sus miembros, tanto en las relaciones maritales o de pareja como en las existentes entre padres e hijos. Según esta teoría las personas se mueven por los costos y las recompensas. Así, en la familia la relación se maneja en gran medida por las imposiciones y beneficios que se tienen.
- Teoría de los sistemas. Es abordada desde diferentes concepciones. La teoría sistémica considera a la familia como un conjunto de elementos que interactúan entre sí y con su entorno.
- La teoría ecológica del desarrollo humano se centra más en la interacción con el entorno externo.

La teoría del desarrollo familiar, analiza la interacción de los miembros de la familia con relación a su ambiente externo y a los procesos internos (como el nacimiento de un niño o su cuidado), pero desde el punto de vista del desarrollo concibe a la vida familiar como si implicara una secuencia de eventos que tienen lugar en tiempo de forma predecible. De acuerdo con Klein y White (1996), este enfoque se centra en los cambios sistemáticos que experimenta la familia a medida que se desplaza a lo largo de diversos estadios de su ciclo vital. Esta teoría reconoce que el contexto social e histórico también desempeña un rol importante en el desarrollo de la familia. De esta forma las transiciones de una a otro estado están causadas no sólo por los procesos individuales y familiares, sino también por las normas sociales, sucesos históricos y condiciones ecológicas.

Matiessich y Hill (1987) han propuesto la siguiente secuencia de los estados a lo largo del ciclo vital de la familia que, de acuerdo con esta perspectiva, experimentan la mayoría de las familias:

- a) Nueva pareja (sin hijos)
- b) Familia con hijos (niños pequeños o en edad preescolar)

- c) Familias con niños escolarizados (uno o más en la edad escolar)
- d) Familias con niños en educación secundaria (uno o más en la adolescencia)
- e) Familias con jóvenes adultos (uno o más con edades superiores a los 18)
- f) Familias con hijos que ya han abandonado el hogar
- g) Familias con padres en edad de jubilación

Desde la perspectiva del desarrollo familiar, el ciclo de la vida familiar se concibe como un proceso en el que ésta pasa a través de una serie de estadios. El paso de una etapa a otra ocurre cuando se producen cambios en la composición familiar, lo que provoca cambio en la estructura familiar. Estas modificaciones estructurales tienen, a su vez, efectos en el funcionamiento y bienestar de la familia.

- **Teoría de los sistemas familiares.** Considera a la totalidad de la familia más que al individuo dentro del sistema. Menciona que ésta es un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Cada sistema individual familiar, está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, entre otras), y su posición sociocultural histórica en su entorno más amplio (Broderick 1993. Cit. en Gracia 2000).

En términos de Minuchin (1988), la familia constituye una totalidad integrada y compleja donde sus miembros ejercen una influencia continua y recíproca entre sí.

- **Teoría ecológica.** Desde dicha perspectiva, la vida al interior de la familia está influenciada por el contexto social. La relación del sistema familiar con su entorno es mutua: las condiciones de éste influyen en la dinámica familiar y los cambios que ocurren en la familia facilitan los que se producen en el entorno, en tanto éste trata de ajustarse a los nuevos patrones familiares.

De acuerdo con Bronfenbrenner, el desarrollo individual debe entenderse en el contexto de ese ecosistema. Así, un individuo crece y se adapta a través de intercambios con su ecosistema inmediato (la familia) y ambientes más distantes, como la escuela. Bajo condiciones normales, el ecosistema se mantendrá en un estado de equilibrio dinámico en el que existe un balance adecuado entre los recursos del sistema y los niveles de estrés. Sin embargo, cuando se producen cambios en el exterior de la familia combinados con los ocurridos en el seno de la misma, puede producirse un estado de inestabilidad ecológica, en los que los niveles de estrés exceden la disponibilidad de recursos personales y familiares, donde el conflicto y la violencia son más probables.

De manera específica, Bronfenbrenner plantea seis principios que permiten entender el ecosistema familiar como un sistema de interacción con su ambiente.

- a) Desarrollo en contexto. Los niños y jóvenes se encuentran influenciados de manera profunda por su ambiente -familia, amigos, compañeros de clase, así como por sus vecinos, su comunidad y cultura-. De forma similar los entornos donde viven y se relacionan modelan el comportamiento de los padres. Desde esta perspectiva, la habilidad de un padre para cuidar y educar con éxito a un niño no es sólo una cuestión de personalidad o de carácter, sino es también una función de la comunidad y la cultura particular donde los padres e hijos viven.
- b) Habilidad social. El acercamiento ecológico enfatiza la importancia de la calidad de vida para las familias y su estrecha relación con un entorno social rico. Los padres, de acuerdo con esta formulación, necesitan una combinación apropiada de relaciones formales e informales capaces de proporcionarles apoyo, guía y asistencia en la difícil tarea de cuidar y educar a los hijos.
- c) Acomodación mutua individuo-ambiente. Los individuos y el entorno se adaptan y ajustan de manera mutua. Así, para la comprensión del comportamiento humano, es necesario centrarse en la interacción del individuo y la situación en el continuo temporal. Ello tiene importantes implicaciones, puesto que requiere de acercamientos que puedan captar los efectos interactivos, así como de estudios longitudinales que vayan más allá de un punto en el tiempo.
- d) Efectos de segundo orden. Gran parte de los aspectos más importantes del comportamiento y el desarrollo humano tiene lugar como resultado de interacciones, las cuales son modeladas e incluso controladas por fuerzas que no se encuentran en contacto directo con los individuos en interacción. Bronfenbrenner denomina a estos efectos indirectos, **efectos de segundo orden** para indicar que algo más allá de dos individuos regula su interacción. Así, por ejemplo, las relaciones entre padres e hijos se encuentran moduladas con claridad por fuerzas externas a la familia. Con frecuencia, lo que le ocurre al padre en el trabajo afecta tanto al padre como a los hijos, aunque éstos nunca pongan un pie en el lugar de trabajo de aquél.
- e) Conexiones entre personas y contextos. El acercamiento ecológico centra la atención en 1) transiciones ecológicas, es decir, los movimientos de individuos desde un contexto social a otro, y 2) en diadas transcontextuales; es decir, las relaciones que existen a través de diferentes contextos (p. ej., cuando un niño es un estudiante respecto a sus compañeros y un vecino en relación con un adulto de un barrio) De acuerdo con esta perspectiva, las relaciones paterno-filiales se fortalecen cuando un niño y sus padres comparten experiencias en múltiples situaciones. Además, de acuerdo con este planteamiento, la habilidad de los padres para criar con éxito a sus hijos depende en parte del nivel de riqueza de las redes de relaciones sociales de ambos. Cuando los hijos mantienen relaciones con adultos diferentes a sus padres, tales como profesores, amigos, vecinos y familiares, que trascienden distintos contextos y persisten en el tiempo, tanto los hijos como los padres se benefician, se fortalecen las relaciones paterno-filiales y mejora el proceso de desarrollo del niño.

- f) **Perspectiva del ciclo vital.** El sentido y significado de las características de personalidad y de las distintas situaciones puede diferir a lo largo del ciclo vital. Por ejemplo, padres efectivos con niños pequeños pueden experimentar dificultades con los hijos cuando éstos alcanzan la adolescencia. Así, las respuestas o relaciones pueden variar a lo largo del nivel de maduración de las familias. Para Bronfenbrenner (1987), la ecología del desarrollo humano se compone de cuatro sistemas o tipos de contextos distintos, pero interrelacionados entre sí; los cuales actúan como un conjunto de estructuras anidadas. Estos sistemas son denominados por dicho autor como micro, meso, exo y macrosistemas.
1. **Microsistema.** La familia sería el principal microsistema donde tiene lugar el desarrollo, e involucra la relación entre los niños, sus padres y hermanos en el hogar. Otros microsistemas relevantes en el desarrollo infantil serían las guarderías o la escuela en donde incluye las interacciones con los profesores o las interacciones entre iguales.
 2. **Mesosistema.** El segundo estrato ecológico contempla las relaciones entre microsistemas. Bronfenbrenner lo define como la interrelación entre los principales escenarios que contienen a la persona en desarrollo en un punto particular de su vida. Un ejemplo sería las interrelaciones e influencias mutuas entre familia y escuela (lo que ocurre en ésta última puede afectar al seno familiar y viceversa).
 3. **Exosistema.** El tercer sistema en la ecología del desarrollo humano, se define como una extensión del mesosistema que representa las estructuras sociales tanto formales como informales (p. ej., el mundo del trabajo, el vecindario, redes de relaciones sociales, la distribución de bienes y servicios) que no contienen en sí mismas a las personas en desarrollo, aunque rodea y afecta al contexto inmediato en el que se encuentra la persona y por lo tanto, influye, delimita e incluso determina lo que ocurre allí. Así, por ejemplo en una familia el niño vive con personas (sus padres) con los que interactúa, quienes a su vez se encuentran afectados por sistemas donde aquél no toma parte. No obstante, lo ocurrido en esos sistemas, en la medida en que tiene un efecto en los padres, también puede influir en el trato que el niño reciba de éstos.
 4. **Macrosistema.** Representa los valores culturales, sistemas de creencias y sucesos históricos (guerras, inundaciones, hambrunas) que pueden afectar a los otros sistemas ecológicos. Así, por ejemplo, la aprobación cultural del uso del castigo corporal y de la agresión verbal como prácticas de disciplina o actitudes, valores y creencias hacia la infancia, la familia y el rol parental (como la idea de privacidad de la vida familiar o construcción del concepto de paternidad en términos de posesión) pueden tener importantes influencias en la forma cómo un niño es tratado o valorado por la sociedad.

De las teorías arriba expuestas, en este texto se considera que la teoría ecológica es la que más se ajusta para entender el desarrollo y comportamiento del niño; porque no sólo permite considerarlo como individuo, sino además es necesario tomar como referencia la influencia e interacción existente con el mundo que le rodea.

Para entender el tipo de familia en la que se desenvuelve el niño se pueden considerar tres grandes dimensiones: sociodemográfica, socioeconómica y la sociocultural.

En en primer caso es importante considerar aquellos aspectos relacionados con el tamaño la composición de parentesco (familias nucleares, extensas, o unipersonales) el siglo de vida familiar, el tipo de jefatura, el número y la edad de los hijos.

Por su parte, en la dimensión socioeconómica del mundo familiar se resalta la condición de las familias como unidades de producción y su interacción con la esfera del mercado a través de la división sexual del trabajo.

La dimensión sociocultural de las familias alude a su cualidad productora de sentidos y valores estratégicos para la sociedad, tales como los significados de matrimonio, maternidad, parentalidad o la lealtad filial, el papel sancionador de los roles sociales existentes y a su conexión con las instituciones que refuerzan la reproducción de los mismos (escuelas, medios de comunicación, disposiciones legales, entre otros). (Ariza y Oliveira 2004)

En la actualidad ha habido una serie de cambios a nivel macro, exo, meso y microsistema que obliga al individuo a ajustarse a los mismos. Se puede considerar que esos cambios han afectado las tres dimensiones mencionadas con antelación.

Es necesario observar los cambios actuales en la estructura familiar nuclear (padre, madre e hijos) y ahora es posible hablar de familias monoparentales, reconstituidas, homoparentales, adoptivas. Los cambios de valores también influyen en conceptos como el estado civil, maternidad o parentalidad, vida de pareja, entre otros. El número de hijos ha disminuido y han aumentado las familias con un hijo único. En la actualidad, el conocimiento que se tiene sobre otras costumbres y culturas provoca cambios en las opciones de vida y en los valores e intereses individuales, de pareja o de familia. La cohabitación, separaciones, divorcios, entre otros que se dan cada vez en la sociedad actual, conllevan al surgimiento de otras formas familiares y de procesos de recomposición. La proporción de familias monoparentales, en especial las encabezadas por mujeres, ha aumentado; al igual que las familias reconstituidas.

Todos estos cambios han llevado a los estudiosos a investigar qué pasa con los hijos de estas familias. Los resultados han sido muy contradictorios debido a que hay quienes consideran que los niños pueden llegar a tener una serie de alteraciones, mientras otros lo contradicen.

Uno de estos cambios es el divorcio. En relación con este tema se han hecho múltiples investigaciones, para tratar de conocer cómo es el desarrollo del niño cuando los padres están divorciados. Así Wallerstein (1998), Sandford (2006), Hiroshi *et al.* (2002), refieren que el divorcio ocasiona una disminución del bienestar psicológico y problemas emocionales y de conducta. Para Burin y Meler (1998) el divorcio, en especial cuando ocurre en edades tempranas del desarrollo del niño, ocasiona una serie de efectos que interfieren en la adaptación posterior de éste. Dentro de estos efectos se mencionan: a) el derrumbe precoz de la imagen idealizada de los padres, debido a los mensajes negativos que recibe de uno o de ambos; b) carencias afectivas, ocasionadas porque los padres están inmersos en resolver sus problemas económicos y afectivos; c) percepción de rechazo por parte del padre, sobre todo

de aquellos aspectos que le recuerdan a la ex pareja, y d) alteraciones del superyo, al existir desavenencia entre los padres en el manejo de las normas.

Otros investigadores sostienen que el divorcio no ocasiona efectos negativos o, cuando los produce, éstos desaparecen a mediano plazo. Dentro de este grupo, se encuentran Gardner (1995), Hetherington (2003), Aebi (2003) y Kelly (2007), quienes encontraron que cuando los padres se separan no siempre se presentan efectos negativos, e incluso, cuando se observan, por lo general desaparecen con el paso del tiempo. Estos autores señalan que las diferencias en las conductas de hijos de padres divorciados y de los que no lo están, son pequeñas y, si bien existen durante un lapso corto, tienden a desaparecer a mediano y largo plazo. El divorcio supone un proceso de cambio que lleva implícito diversas transiciones y reorganizaciones; de manera intrínseca se define como estresante para toda la familia, aunque a cada uno afecte de manera diferente. La mayor parte de los niños experimenta estrés emocional y problemas de conducta (p. ej., cólera, resentimiento, desobediencia, ansiedad y depresión) ante la confusión y aprensión que les provoca el cambio en las relaciones familiares y en su propia vida (Hetherington 2003; Kelly, 2003),

Los hijos de divorciados corren un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos, conductuales, sociales, académicos en comparación con quienes viven en hogares intactos. El riesgo aumenta en el caso de aquellos que han experimentado múltiples transiciones matrimoniales (Hetherington 2003). Los efectos más importantes y consistentes implican síntomas externalizantes (agresión, desobediencia, conducta antisocial, consumo de drogas) y menores consecuencias académicas y económicas. La relación no es tan grande, ni se ha encontrado de modo tan consistente con la depresión, la ansiedad y la autoestima (Hetherington 2003; Kelly, 2003; Kelly & Emery, 2003).

Dentro de los estudios realizados en México que evidencian los efectos negativos del divorcio, pueden citarse los realizados por Valdés (2001) y Castro (2003), quienes encontraron que la mayoría de los adolescentes con problemas delictivos y abuso de sustancias provienen de hogares cuyos padres se han separado o divorciado, quienes además, no comparten las funciones del cuidado y educación de los hijos. Otros ejemplos de estudios con resultados similares son los llevados a cabo por Bauza (1983), González, Cortés y Padilla (1996); estos autores hallaron que las mujeres cuyos padres se habían divorciado poseían una imagen paterna más negativa y referían una mayor frecuencia de divorcios o separaciones, con respecto del grupo de mujeres cuyos padres permanecían casados.

En otra investigación realizada por Valdez (2010) en la cual trató de encontrar las diferencias emocionales y conductuales entre dos grupos de estudiantes de primaria: hijos de padres casados *versus* los de padres divorciados; encontró que hijos de estos últimos presentaron de manera significativa mayor distractibilidad y menor cumplimiento de las responsabilidades escolares.

Otro factor que ha influido en las interacciones familiares, es la inserción de la mujer en el campo laboral, debido a la disminución de los tiempos de convivencia, los roles que se asignan a los diferentes miembros de la familia, así como el aumento del nivel de estrés en la madre; lo cual le provoca mayores reacciones de irritabilidad e impaciencia con los hijos.

Familias mexicanas

Según el censo de 2010 realizado por el INEGI, algunas de las características de las familias mexicanas son:

En cuanto a su composición, 70.9 % de los hogares eran nucleares (padres e hijos) y 28.1% vivían con la familia extensa.

Ante la creciente dificultad económica de iniciar o mantener constituida una familia, se observa un aumento paulatino en el número de hogares con estructura extensa (hogares ampliados y compuestos). De acuerdo con datos de la muestra censal, en el 2010, 62.7% de los hogares extensos convivía la nuera, el yerno o los nietos del jefe del hogar (sin importar la convivencia con otros parientes).

En 77.7% de los hogares familiares, el jefe de familia era varón, mientras que sólo en 22.3% la mujer era la jefa de familia. Se considera como tal a aquella persona que está presente en el hogar de manera regular y además es quien tiene mayor autoridad en la toma de decisiones o constituye el principal soporte económico.

La mayor presencia femenina en el mercado laboral responde a una necesidad en la generación de ingresos, con la cual contribuyen a sostener el nivel de vida de sus familias. Datos censales de 2010 indican que la participación económica de las mujeres que dirigen un hogar familiar es de 49.7% y se acentúa en las edades de 30 a 49 años donde la tasa supera 66%. En 45% de los hogares familiares sólo un integrante se inserta en el mercado laboral (población ocupada), en 31.3% de los casos son dos integrantes quienes cumplen con esta condición y en 15% son tres los que laboran, en 8.6% ninguno de sus integrantes forma parte de la población ocupada.

La organización de las tareas entre los integrantes de la familia se asocia con el rol que es asignado dentro del grupo, la realización de la mayor parte de las tareas relacionadas con el hogar, así como el cuidado de niños y enfermos recaen de manera directa en las mujeres, sobre todo por razones socioculturales. Por lo general son ellas las que combinan en mayores proporciones el trabajo doméstico con otras labores. Esta situación en algunos casos ha originado que las madres se sientan más estresadas e irritables afectando el bienestar familiar.

Desarrollo del niño

El desarrollo en la infancia implica varios procesos como son los biológicos, psicológicos y sociales. Las interacciones que tenga el niño con su medio van a influir en sus conductas y en la formación de su personalidad.

- **Desarrollo biológico.** Dentro de los procesos biológicos es posible tomar en cuenta a la herencia; la cual, en muchas ocasiones, se ha considerado como determinante para ciertas conductas o rasgos. Sin embargo, se ha demostrado que éstas pueden verse alteradas por la influencia del ambiente. Por ejemplo, la

talla de un niño puede modificarse por efectos de la alimentación. El desarrollo del cerebro depende no sólo de la programación biológica, sino también de la experiencia, la cual puede conformar el crecimiento inicial del sistema nervioso, no sólo al fomentarse la creación de nuevas conexiones nerviosas, sino al ayudar a eliminar las conexiones redundantes y las neuronas que proporcionan dichas conexiones. (Casaer, 1993).

Schore (2000) apunta que las experiencias y vinculaciones tempranas se inscriben en el hemisferio derecho, de maduración más precoz y dominante durante al menos los tres primeros años de vida. En él, considera que se ubica el sistema afectivo básico implicado en la modulación de las emociones primarias y su dominancia se manifiesta en las expresiones emocionales faciales, los gestos espontáneos y la comunicación emocional espontánea no-verbal que influyen en la relación de apego. Destaca que el proceso de auto-organización cerebral a lo largo del desarrollo se inicia y evoluciona en el contexto de la relación interpersonal y la vinculación afectiva.

Sue Gehardt, sostiene que la mejor manera de abordar las enfermedades mentales, incluso la delincuencia y la violencia en nuestra sociedad, es ocuparnos de los bebés. Durante los primeros dos años, y también el período en el útero, se desarrollan muchos sistemas importantísimos en el cerebro, en especial los que son utilizados para gestionar la vida emocional. Menciona que la primera infancia es, la base de la salud mental.

- **Desarrollo socio- emocional.** El niño es un ser social y emocional. Desde muy pequeño es capaz de expresar sus emociones, así como de responder de manera adecuada a la expresión emocional que la persona que lo cuida manifieste (Harris, 1994). Las emociones se pueden modificar por las experiencias que se tengan y por la capacidad cognitiva para interpretarlas. Los niños de dos y tres años son capaces de dominar emociones elementales y de hablar sobre ellas, así como de reconocer que un estado emocional depende de la manera en la que el individuo evalúa la situación. A la edad de cinco o seis años, tanto la expresión como la comprensión de emociones están muy perfeccionadas (Bullock & Rusell, 1986). Las emociones forman parte de casi todas las experiencias humanas. Tanto la calidad como la intensidad de las mismas desempeñan un papel más o menos importante en la mayor parte de las dificultades del comportamiento, ya sea como un factor principal o como un efecto secundario.
- **Relaciones sociales.** La mayoría de los padres son capaces de comprender las señales y necesidades de sus bebés y satisfacerlas. Por su parte, el niño es sensible a las manifestaciones socioemocionales de sus padres, y es así cómo se establecen las primeras interrelaciones que van a estar relacionadas con el vínculo que establezca el niño con sus padres o con el adulto que lo cuida. El desarrollo socioemocional va a estar muy ligado a las interrelaciones familiares tanto entre padres e hijos como entre hermanos. El tipo de relaciones que se establece va a estar asociado con los estilos de crianza, así como las formas de apego que el niño mantenga con los padres, en especial con la madre o con la persona que lo cuida.

La relación padres e hijos

Apego

Los bebés nacen con un **equipo básico**, en palabras de Ajuriaguerra, y una capacidad preprogramada para el establecimiento de relaciones que precisa del entorno para evolucionar y organizarse. La madre aporta al bebé sus experiencias prenatales y toda una gama de fantasías, lo mismo que el padre. El bebé aporta su potencial biológico y psicológico, sus rasgos temperamentales y sus experiencias intrauterinas y perinatales. El funcionamiento psicológico de los cuidadores es bastante más complejo que el del neonato, de forma que tres aspectos del comportamiento materno tendrán particular importancia en los primeros tiempos de vida del bebé: la intensidad y la cronología de sus conductas interactivas y la forma en que se expresa con él.

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La teoría del apego sostiene que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo). El apego, es el primer lazo socioemocional que se establece entre el bebé y las personas que lo cuidan. La sensibilidad de los padres ante su hijo, el temperamento de éste y el contexto social influyen en el apego. El cual es de dos tipos:

- a) Apego seguro: las relaciones entre el niño y la madre son de buena calidad existe confianza, afecto, sintonía y sensaciones de bienestar.
- b) Apego inseguro: el niño muestra un apego de mala calidad con la madre, lo cual impide la regulación emocional; éste a su vez lo divide en apego:
 1. Evitativo, donde la relación es de desconfianza y no hay comunicación directa ni sincronía.
 2. Ambivalente, existe una dependencia hacia la madre que al estar ausente provoca en el niño ansiedad de separación y necesita reforzamiento continuo de que es amado.
 3. Desorganizado, éste se caracteriza por rechazo hacia la figura de apego al carecer de estrategias para hacer frente al estrés que le provoca la ausencia de la madre.

La teoría de Bowlby considera que el niño desarrolla esquemas cognitivos negativos cuando no existe un apego seguro o no hay amor en la crianza del niño, éstos van a persistir e influir en la forma que el niño interprete las experiencias posteriores, si hay más pérdidas él va a pensar que no puede construir afectos positivos duraderos esto lo puede llevar a la depresión, Bowlby (1969, 1989, cit. en Santrock, 2007).

La importancia de las interacciones sociales se manifiesta más en la variabilidad observada cuando el vínculo de apego se consolida de forma segura, insegura, ambivalente o desorganizada en función de la peculiar historia interactiva que cada

bebé mantenga con su figura de apego. En opinión de Sroufe (2002), los diferentes tipos de apego se consolidan en virtud de la respuesta del cuidador hacia el niño y no dependen en absoluto del temperamento de cada niño. El modelo interno activo que cada niño posee de esa relación de apego va a ser transferido a otras relaciones que se establecen fuera de la familia. En esta dirección, se han obtenido datos de investigación que muestran los beneficios producidos por un apego seguro en la adaptación a otros contextos interactivos. Aquí se muestra otra cadena de asociaciones significativas entre las interacciones intersubstema, calidad del apego madre-hijo y las interacciones mesosistémicas, así como entre los microsistemas familiar, el de los iguales y el escolar (Arranz 2004).

En general, el apego seguro se muestra estable a lo largo de la infancia; según el trabajo de Main y Cassidy (1988), las medidas de apego seguro precoz son coherentes con medidas similares hasta los seis años. El cual se convierte en un sólido predictor de la adaptación de los niños al jardín de la infancia, al ámbito preescolar y escolar Sroufe (2002). De igual forma, los niños calificados como seguros son más competentes en sus relaciones sociales, son más empáticos y más eficaces al iniciar relaciones sociales con otros y responder a las iniciadas por otros. El apego seguro también se encuentra asociado a un desarrollo adecuado de la autoestima y a unos buenos niveles de ajuste personal y salud mental. Un trabajo de Wrigt, Siney y Smith (1995) muestra la asociación entre la calificación de apego inseguro y la necesidad de asistencia psicológica en niños entre ocho y doce años. El tipo de apego resistente parece más relacionado con trastornos de tipo ansioso, el tipo evitativo con problemas de conducta y el tipo desorganizado con la aparición de síntomas disociativos.

Además de la calidad del apego, otros índices de calidad del entorno familiar están asociados a la adaptación infantil a entornos interactivos extrafamiliares. Uno de éstos es el nivel de receptividad por parte del padre a las propuestas del niño para solucionar una tarea conjunta; en el estudio de Hengeller, Edwards, Cohen y Summerville (1991) se evidencia la asociación entre la receptividad paterna y la aceptación por parte de los iguales.

Otro índice de calidad de la interacción familiar es la existencia de expresividad emocional y las conversaciones sobre las emociones entre padres e hijos. La manera en la cual la madre exprese sus emociones y el lenguaje emocional utilizados por ella y el niño están asociados al desarrollo socio-emocional de los niños preescolares de 3 y 4 años (Arranz 2004).

Las relaciones deficitarias con los iguales están asociadas a unas pautas interactivas familiares caracterizadas por los castigos duros y frecuentes, el establecimiento de límites ineficaces e incoherentes y por la discordia familiar.

Otro elemento que influye en el desarrollo socioemocional es la presencia de conflicto marital y la exposición del mismo a los niños. Cuando éste se da en algún nivel bajo, constituye un factor protector del desarrollo socioemocional, en cambio es un factor de riesgo si es alto.

El conflicto marital está influido por variables macrosistémicas. En la revisión de Shaffer (1996) se observa la cadena que se establece entre la inestabilidad laboral

y económica de la pareja, con la consiguiente respuesta depresiva por parte de uno de los miembros y el posterior aumento de problemas entre ellos, lo cual se acaba traduciendo en una crianza de menor calidad. Las consecuencias de este déficit se concretan en los niños en problemas de manifestación externa como agresión o problemas de conducta; o bien que ésta se presente de manera interna como ansiedad y depresión, en dificultades para su adaptación al grupo de iguales y bajo rendimiento intelectual y académico (Cummings, Goeke-Morey & Graham 2002).

Estilos de crianza

Éstos van a estar relacionados con las actitudes de los padres ante la educación de los hijos. Se pueden agrupar en tres grandes categorías: autoritario, democrático y negligente.

- **Estilo autoritario:** los padres que utilizan este estilo valoran sobre todo la obediencia y el control. Tratan de hacer que los niños se adapten a un estándar de conducta y los castigan con dureza si no lo hacen. Son más indiferentes y menos afectuosos que otros padres. Sus hijos tienden a estar más inconformes, a ser retraídos e insatisfechos. Se ha encontrado que el castigo físico y sobre todo cuando hay mucha dureza puede provocar conductas disruptivas en los hijos así como agresión
- **Estilo permisivo:** las características que se relacionan con el estilo negligente son la indiferencia ante las actitudes y comportamientos de los hijos, permisividad-pasividad y ausencia de un acercamiento e implicación continua. Son padres que valoran la autorregulación y la autoexpresión. Hacen pocas exigencias a sus hijos, dejan que sean los mismos niños quienes controlen sus propias actividades tanto como sea posible. Consultan con sus hijos las decisiones y rara vez los castigan. No son tan controladores y exigentes. Sus hijos en edad preescolar tienden a ser inmaduros, con menor capacidad de autocontrol y menor interés en explorar. Musitu *et al.*, (1996), señalan que como los hijos no encuentran en sus padres el refugio y apoyo al cual acudir ante situaciones estresantes, pueden desarrollar comportamientos llamativos y desadaptados para requerir su atención, entre los que se encuentran las conductas agresivas. Los padres y madres de niños agresivos parecen carecer de las habilidades necesarias para identificar y resolver crisis o problemas. La consecuencia que aparece a medio plazo es que el niño no adquiere un conocimiento real de las normas y su socialización se ve alterada
- **Estilo democrático:** estos padres respetan la individualidad del niño aunque hacen énfasis en los valores sociales. Dirigen las actividades de sus hijos de un modo racional. Respetan los intereses, las opiniones y la personalidad de sus hijos, aunque también los guían. Son cariñosos y respetan las decisiones independientes de sus hijos, aunque se muestran firmes para mantener las normas e imponen castigos limitados. Explican a los hijos los motivos de sus opiniones o de las normas y favorecen el intercambio de opiniones. Los hijos se sienten seguros porque

saben que sus padres los quieren y porque saben lo que se espera de ellos. En edad de preescolar, los hijos de estos padres tienden a confiar más en sí mismos y a controlarse, manifiestan interés por explorar y se muestran satisfechos.

Desde la perspectiva interactiva y bidireccional se debe tener en cuenta que los padres no practican un solo estilo y de forma continuada a lo largo de la crianza, y que la respuesta al uso de un determinado estilo educativo estará condicionada por las características del niño.

Cabe señalar que, a pesar de estar situados en el microsistema, la utilización de un estilo y otro estará influido por variables exo y macro-sistémicas como el estatus socioeconómico y las creencias religiosas. Desde el punto de vista preventivo y educativo, la formación de los padres para la crianza debe incluir una difusión y aprendizaje de estrategias características del estilo democrático (Arranz 2004).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Como se ha venido mencionando, el desarrollo del niño puede verse afectado por múltiples factores o situaciones que se pueden clasificar no sólo en biológicas, psicológicas y sociales, sino que también hay que considerar qué tan comunes son, cuál es el momento de la vida en que se producen, cuáles pueden ser sus causas, entre otras.

Influencias normativas y no normativas

En relación a qué tan común es un evento, Gerry, Jones y Self (1983) consideran que hay influencias normativas y no normativas. Las primeras son aquellas que se espera experimenten los niños debido a su edad, como puede ser el ingreso a la escuela, o el paso de la niñez a la pubertad. Las no normativas son los acontecimientos fortuitos que le pueden suceder a algunas personas en momentos impredecibles y en circunstancias atípicas como puede ser un divorcio, una enfermedad o la muerte de un ser querido. (Cit. en Wicks- & Allen, 1997).

Momento en que se producen las influencias

Tiene una amplia aceptación el hecho de que los acontecimientos y experiencias pueden ejercer distintas influencias en función al estado de desarrollo del niño. (Rutter, 1989). La manera cómo la experiencia afecta al sistema nervioso dependerá de su estado de desarrollo. Asimismo, los efectos de una experiencia dependen del proceso psicológico en que se producen en distintos momentos. El momento de la experiencia también puede ser importante en función de los acontecimientos que

tienen lugar en periodos no normativos; por ejemplo, si una adolescente tiene un hijo es muy joven para ello.

Riesgo y resistencia

Los factores de riesgo, son variables que aumentan la probabilidad de producirse dificultades o desviaciones en el comportamiento. Ante la presencia de riesgo, hay una serie de individuos que sucumben (son vulnerables) mientras que otros mantienen un funcionamiento saludable, es decir, son resistentes. La resistencia mantiene una protección ante los factores de riesgo, o la capacidad de recuperarse con prontitud ante las adversidades de la vida. (Smith & Prior, 1995).

Riesgo

Wicks- & Allen (1997) consideran que los factores de riesgo en el desarrollo pueden agruparse en diferentes categorías:

- a) Constitucionales
 1. Abarcan las influencias hereditarias y anomalías genéticas.
 2. Complicaciones prenatales y durante el nacimiento.
 3. Enfermedad y daños sufridos después del nacimiento.
 4. Alimentación y cuidados médicos inadecuados.
- b) Familiares
 1. Están relacionados con la pobreza.
 2. Malos tratos e indiferencia.
 3. Conflicto, desorganización, psicopatología y estrés.
 4. Familia numerosa.
- c) Emocionales e interpersonales
 1. Patrones psicológicos tales como baja autoestima, inmadurez emocional, temperamento difícil.
 2. Incompetencia social.
 3. Rechazo por parte de los iguales.
- d) Intelectuales y académicas
 1. Inteligencia por debajo de la media.
 2. Trastornos de aprendizaje.
 3. Fracaso escolar.
- e) Ecológicas
 1. Vecindario desorganizado y con delincuencia.
 2. Injusticias raciales, étnicas y de género.
- f) Acontecimientos de la vida no normativos que generan estrés
 1. Muerte prematura de uno de los progenitores.
 2. Estallido de una guerra, o alguna situación de desastre en la comunidad entre otros.

Lo expuesto con anterioridad confirma la complejidad del diagnóstico o tratamiento de un niño, y los elementos que se deben tomar en cuenta para lograr una intervención confiable y segura.

Es importante recordar que un diagnóstico puede marcar a una persona de por vida, de tal forma que llegan a identificarse con éste; así en ocasiones dicen: yo soy ... y dan el diagnóstico.

PRINCIPALES CONFLICTOS EN LA NIÑEZ

Si consideramos que México es un país de jóvenes que requieren del apoyo y atención de los adultos para lograr un desarrollo óptimo tanto en el aspecto físico como mental. Por lo expuesto en el capítulo, las interacciones que tengan con su medio van a propiciar o a dificultar su inserción y desempeño en el mundo que los rodea. El estado de salud mental y emocional se va adquiriendo desde que nace el niño, y como menciona Sue Gehardt, “la mejor manera de abordar las enfermedades mentales, incluso la delincuencia y la violencia en nuestra sociedad, es ocuparnos de los bebés”. El aprovechamiento que haga un niño de sus recursos dependerá de cómo se haya dado el proceso de desarrollo de su personalidad. Como ya se mencionó este desarrollo se puede ver alterado por diversas circunstancias que pueden llegar a alterar sus conductas.

Cuando el comportamiento del niño se vuelve muy disruptivo, o se sale de los parámetros establecidos es posible que se hable de conflicto o trastorno y que requiera de una atención más especializada de psicólogos y psiquiatras.

En México, de acuerdo con el CIE-10, las principales causas de demanda de consulta externa en menores de 15 años, en los centros de Salud Mental del Distrito Federal son:

- F90 Trastornos hipercinéticos 25.5%
- F99 Trastorno mental sin especificación 11.95%
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación 7.41%
- F91 Trastornos disociales 7.29%
- F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar 4.90%
- F94 Trastornos del comportamiento social 4.38%
- F93 Trastorno de las emociones 3.73%
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo 3.38%
- F06 Trastornos mentales debidos a lesión, disfunción cerebral o a enfermedad 3.19%
- F70 Retraso mental 2.98%

Estos resultados muestran los trastornos por déficit de atención, los cuales ocupan la cuarta parte de las consultas solicitadas. También llama la atención que la clasificación F 99 de trastorno mental sin especificación ocupe 11.95 %. Según el CIE-10 ésta corresponde a una categoría residual no recomendada, para cuando no pueda

recurrirse a otro código. Es decir 11.95 % de la población que solicita consulta, presenta síntomas que no permiten obtener un diagnóstico claro, y por consiguiente el tratamiento que se les pueda dar, sería cuestionable, por no saber si es el correcto.

PREVENCIÓN

Lo expuesto con antelación, lleva a pensar la gran responsabilidad que tiene la sociedad y sobre todo la familia, sobre el desarrollo del ser humano. Por lo tanto si se desea que haya niños, y más tarde adultos, con la capacidad de obtener un estado de bienestar físico y mental que les permita aprovechar todas sus potencialidades y sus comportamientos e interacciones con los diferentes subsistemas y muestren un ajuste a las demandas de éstos, es necesario actuar a nivel preventivo.

Las acciones preventivas que se realicen, deben ir dirigidas al micro, meso, exo y macrosistema en las que se acentúe la intervención a nivel familiar. En la actualidad existen muchos medios de comunicación que permean en los diferentes subsistemas e influyen en los valores y costumbres, los cuales intervienen en el desarrollo del ser humano. En forma más directa es necesario trabajar con la familia, en especial con los padres, para concientizarlos acerca de la influencia que tienen sus interacciones en el desarrollo de su hijo; así como proporcionarles herramientas que puedan ayudarlos a buscar formas de afrontamiento más adecuados a los diferentes problemas que se les presentan.

REFERENCIAS

- Ariza M. y de Oliveira O. (2004). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. Universidad Nacional autónoma de México. México.
- Arranz, F. E. (2003). *Familia y desarrollo psicológico*. España: Pearson Prentice Hall.
- Arranz F. E., Oliva, D. A. (2010). *Desarrollo psicológico de las nuevas estructuras familiares*. España: Ediciones Pirámide.
- Bauza, M. (1983). El liderazgo en niñas y el significado del afecto paterno. En *Revista Alétheia del Instituto de Psicología Clínica y Social*, 4, 14-20.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación, en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956. ISSN 0214 – 9915.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buendía, J. (2004) *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. España: Psicología Pirámide.
- Burin y Meler (1998) *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós
- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E., Martínez-Vélez, N. A., (2002) Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44, 6, nov.2002, 492-498.

- Caraveo -Anduaga J.J. (2007) Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 30, 1, enero-febrero 2007, 47-55.
- Castro, M. (2003). *Factores asociados al consumo de sustancias en menores infractores*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Yucatán.
- CIE-10 *Trastornos mentales del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor.
- Cohen, S. & Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142
- Cummings, Goeke-Morey and Graham (2002) Risk Factors contributing children behavior problem. www.ukessays.com/essays/psychology
- Durand V. Mark & Barlow David H. (2007) *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. 4ª, ed. México: Thomson.
- Enríquez, Á., Padilla, P., Montilla, I. (2008) Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones Psiquiátricas - Tercer trimestre 2008. No. 193*.
- Esquivel, L. (1995). Análisis de la tríada familia-escuela sociedad: un estudio comparativo. *Educación y Ciencia*. 4, 2, 51-62.
- Gardner, R. (1995). *Las preguntas más frecuentes sobre el divorcio*. México: Trillas.
- González, J., Cortés, Y. y Padilla, M. (1996) La imagen paterna y la salud mental en el mexicano. México: *Instituto de Investigación en Psicología Clínica y social, A.C.*
- Gracia, F. E., Musitu, O. G. (2000) *Psicología de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Heredia, A. B. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.
- Hetherington, Mavis (2003). Intimate pathways: changing patterns in close personal relationships across time. *Family Relations*, 52, 4, 318-331.
- Hiroshi, Takeuchi, Hiro Takahiro, Kanai Takahiro, Morinobu Shigeru, Kitamura Toshinori, Takahashi Kyonisa et al. (2002). Childhood parental separation. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Enero-junio 2010*.
- Kelly, J. B. (2007). Children's living arrangements following separation and divorce: insights from empirical and clinical research. *Family Process*, 46, 35, 35-32.
- Kelly, J. B. (2003). Changing perspectives on children's adjustment following divorce. A view from the United States. *Childhood*, 10, 237-254.
- Kelly, J. B. & Emery, R.E. (2003). Children's adjustment following divorce: Risk and resilience perspectives. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*. 52, 352-362.
- Klein D. M., & White, J. M. (1996) *Family Theories: an introduction. Understanding Families series. Sage Publications*.
- Medina Mora, M. y Villatoro, J. *La epidemiología de la salud mental en México*.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. Fishman H. C. (1988) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Nathan, P. E. y Harrus, S. L. (1983) *Psicopatología y Sociedad*. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6.
- Ruiz-Jarobo C., Blanco P. (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Sandford, P. (2006). The psychology of divorce: A Lawyer's. *America Journal of Divorce on Adults*, 20, 29, 126-133.

- Santrock, J. W. (2007). *Desarrollo infantil*. México: McGraw Hill.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 1, Abril 2000, 23-47.
- Berenzon Gorn S., Medina-Mora Icaza M. E, Lara Cantú M. A. (2003) Servicios de salud mental: veinticinco años de Investigación. *Salud Mental*, 26, 5 octubre 2003, 61-72.
- Soria T. R., Zozaya, L. V. y Mendoza, G. M. Estructura de sistemas familiares de madres solteras con hijos pequeños y su relación con el ejercicio de poder de la mujer. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5,1 abril de 2002.
- Sroufe, L. A. (2002). Attachment and the complexity of development. *Journal of infant. Child and adolescents Psychotherapy* 2 (4) 19-26.
- Valdés C.A.A., Aguilar, E. J. (2011). Desempeño académico en hijos de Padres casados y divorciados. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 8, 20. México.
- Valdés Cuervo, A.A., Martínez, C., Alonso, E., Ochoa Alcantar, J.M. (2010). Características emocionales y conductuales de hijos de padres casados y divorciados. *Revista Intercontinental de Psicología*. Vol. 12. No.1 enero- junio 2010, 117-134.
- Valdés, C. A. (2001). *Determinación de necesidades educativas de los menores infractores internados en la Escuela de Educación Social del Estado de Yucatán*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Wallerstein, Judith (1998). *Children of Divorce: Stress and Developmental Task*. EUA: McGraw-Hill.
- Wicks-Nelson R. & Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Prentice Hall.
- Wright, J.C., Binney, V. y Smith P. K. (1995) Security or Attachment in 8 -12 years olds: A Revision version of the Separation Anxiety Test, its Psychometric Properties and Clinical Interpretation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 36, 757- 774.
- Zamora Rodríguez María Luisa. La violencia intrafamiliar: psicopatología de sus víctimas y victimarios. *Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7, diciembre de 2012*.

Direcciones electrónicas

- Bullock, M., and Rusell, J. A. (1986). Concepts of emotion in developmental psychology. www2.b.c.edu/~russeljm/.../Bullock
- Eduard Punset y Sue Gehardt. El cerebro del bebé www.youtube.com/watch?v=6Rm8dWz3GvE
- Sandoval De Escurdia J. M. y Richard Muñoz M.P. *La salud mental en México*. www.salud.gob.mx/unidades/cdi.../saludmentalmexico.

Capítulo 3

Acerca de algunos de los problemas más frecuentes en la consulta con niños

Emilia Lucío Gómez-Maqueo

El psicoterapeuta infantil tiene como tarea atender aquellos problemas relacionados con los niños cuando los padres, los maestros, y en ocasiones, los mismos pequeños solicitan ayuda. También tiene como labor identificar y evaluar problemáticas que no han sido identificadas por estos adultos; para ello necesita contar con diversas herramientas: por un lado requiere de conocimientos del desarrollo infantil y sus problemas. Asimismo requiere conocer las diferentes formas de clasificación de los problemas en la infancia; precisa, además, de un amplio conocimiento del contexto cultural en el que viven los pequeños y cuáles son las dificultades que se presentan con mayor frecuencia, o desde el punto de vista médico-epidemiológico, cuáles son los que tienen una mayor incidencia y prevalencia.

Por otro lado, este profesional debe desarrollar un conocimiento de sí mismo y ser capaz de tener empatía con la diversidad de personas con las que debe tratar: niños, padres, maestros y a la vez buscar ser lo más objetivo posible con respecto a la situación que se le presenta. Es deseable que tenga un sentido de justicia social pues muchas veces va a trabajar con personas de estratos vulnerables, quienes con frecuencia son las que necesitan más ayuda.

En relación con los principales problemas que se presentan en la actualidad en la Ciudad México, Caraveo (2002), por medio de una encuesta en hogares, encontró que algunos de los síntomas principales observados por padres de niños y adolescentes fueron: inquietud, miedo, irritabilidad y desobediencia; además consideraban como un problema que sus hijos eran peleoneros, explosivos, dependientes y de lento aprendizaje.

Por otro lado, pensaban que sólo requerían ayuda cuando sus hijos mostraban síntomas como: nerviosismo, miedos, enuresis, irritabilidad, enojo, distracción, mirar al vacío y también cuando presentaban ataques o convulsiones.

En la encuesta se les decía a los padres que era importante mencionar estos síntomas o problemas si eran frecuentes o continuos. A pesar de que un buen porcentaje

de niños entre 4 y 16 años manifestaba, tres o más síntomas, de acuerdo a los padres, la necesidad de ayuda en cuanto a salud mental, fue muy baja. Los encuestados pensaban que los niños requerían atención, pero no ayuda de profesionales en esa área.

Los resultados de este estudio muestran tanto la diversidad de síntomas que presentan los pequeños como la dificultad de los padres para atender los problemas emocionales de los niños y por lo tanto, el reto que significa para los psicoterapeutas trabajar con los niños. Sin embargo, también hay que recordar que el profesionalista con el que más acudían los padres entrevistados era el psicólogo, quizá por los prejuicios que algunos tenían acerca de medicar a los niños, tal vez porque se sentían más comprendidos por el psicólogo o tal vez porque sus honorarios sean menores, entre otras razones.

Los escenarios en los que trabaja el psicoterapeuta infantil son muy diversos, desde una escuela, una clínica privada, por cuenta propia, hasta un hospital o una casa hogar, por mencionar algunos lugares.

Para hacer una evaluación, el psicoterapeuta infantil debe conocer las herramientas básicas, como la diversidad de pruebas psicológicas que existen en la actualidad desde las proyectivas hasta las neuropsicológicas (Esquivel, Heredia & Lucio; 2007); además de las técnicas de juego, necesita saber entrevistar y empatizar con el pequeño y el o los padres que lo llevan a la consulta. El principal reto es comprender y atender al niño en forma realmente ética, lo cual es complicado, pues como dice Doltó (1986) a los padres y a la sociedad en general se les dificulta entender que el niño es una persona, no es un objeto a través del cual los padres o cuidadores van a satisfacer sus deseos.

En muchas ocasiones los profesionales se encuentran con un padre que quiere de buena gana darle al niño todo lo que él no tuvo, aunque el niño no lo quiera. Tiene que estar en una escuela bilingüe porque al padre le ha traído muchas dificultades no haber aprendido inglés de pequeño, o practicar un deporte, o un pasatiempo que no le interesa al niño, o verse presionado a obtener sólo 9 y 10 de calificación en la escuela. En una consulta un niño comentó respecto a cuán estrictos eran sus padres: “en mi casa si yo me saco un 8 es una tragedia, en cambio en casa de algunos de mis amigos es una fiesta”. Lo más difícil es, sin perder al niño como **foco** de la terapia, ayudar también a los padres, no sólo a entenderlo sino también a entenderse y no culpabilizarse o angustiarse de manera innecesaria.

A continuación se mencionan algunos aspectos importantes de algunos de los principales motivos por los que los niños llegan a consulta en diversos escenarios y los diagnósticos que se les adjudican con mayor frecuencia, así como algunos de los hallazgos de investigación sobre estas problemáticas.

Aunque los padres no los identifiquen tal cual, los trastornos depresivos y afectivos se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial que afecta el desarrollo y el funcionamiento de los niños y los adolescentes que lo padecen (Ulloa, Peña & Nogales, 2011).

Hasta 1970 se consideraba que los desórdenes depresivos similares a la depresión de los adultos eran poco comunes en la infancia. Sin embargo, algunos estudios

(Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick & Dietz, 1973; Pearce, 1978; Puig-Antich, 1982) mostraron que ciertos problemas parecidos a la depresión de los adultos se presentaban también en los niños. Esto dio lugar a que los siguientes 15 años se hicieran numerosas investigaciones acerca de la depresión en niños, que además se acompañaron de un diagnóstico cada vez más frecuente de estos problemas en dicha población.

De acuerdo a Harrington (2000) la depresión puede considerarse tanto una dimensión como una categoría. Se considera de esta última manera porque muchas veces los diagnósticos son dicotómicos, es decir, sólo establecen si el pequeño padece o no depresión. Si fuese el caso, el tratamiento tiene que seguir un determinado curso; si no la padece, se tiene que seguir otro camino. Las clasificaciones del DSM-IV y CIE 10 distinguen además entre depresión leve, moderada o grave.

Un problema de los trastornos depresivos es el mismo que se presenta con respecto a otros diagnósticos. Muchos de los niños que llegan a consulta por depresión, pueden además presentar otro problema o diagnóstico. Con frecuencia se observa que la depresión en los niños y adolescentes presenta comorbilidad con los trastornos de conducta. La correlación entre estos dos problemas puede deberse en parte a que ambos comparten factores de riesgo, como la disfunción familiar. La comorbilidad entre depresión y trastornos de conducta tiene implicaciones para su evaluación y tratamiento. También es frecuente que la ansiedad preceda a la depresión tanto en los niños como en los adultos (Kovacs, Gatsonis, Paulauskas & Richards, 1989).

El origen de los trastornos depresivos en niños y adolescentes no se conoce del todo. Se han identificado, sin embargo, algunos factores predisponentes o de riesgo como:

- Factores genéticos, por ejemplo el que los padres hayan padecido depresión
- El funcionamiento familiar inadecuado u hostilidad parental hacia el niño (con cierta frecuencia los niños deprimidos fueron no deseados)
- Eventos estresantes, abuso físico o sexual, pleitos familiares constantes
- Procesos bioquímicos como hipoactividad de los neuro-transmisores, de los monoaminoácidos
- Anormalidades endócrinas como problemas con las hormonas tiroideas, la prolactina y niveles de cortisol altos
- Procesos cognitivos como diversos déficit cognitivos o distorsiones que dan prioridad a los sucesos negativos. Aunque no queda claro si éstos déficit son una causa o consecuencia de la depresión

Los estudios mencionados permiten concluir que la aparición y persistencia de la depresión está asociada a muchos factores. Por la tanto, la combinación de los diversos factores mencionados es lo que aumenta la probabilidad de que aparezca la depresión en los niños (Harrington, 2000).

Otro de los trastornos afectivos en los niños que ha cobrado importancia es el trastorno bipolar. Los primeros datos acerca de la prevalencia del trastorno bipolar (TBP) en la edad pediátrica, y en particular en los adolescentes, surgieron con el

primer estudio epidemiológico conducido por Lewinsohn en la década de 1990, el cual fue realizado en población escolar abierta (Lewinsohn & Klein, 1995). En este estudio se encontró una prevalencia del 1%. Esta investigación llamó la atención sobre el hecho de que las manifestaciones clínicas de este problema en los menores no se presentan de igual manera que en los adultos, ya que una proporción de la población de adolescentes (5.4%) presentaba lo que allí se denominaron **síntomas nucleares** (irritabilidad, euforia y cualquier otro síntoma de elevación del estado de ánimo), pero no cumplían los criterios categóricos del DSM para manía/hipomanía. Por otra parte este subgrupo de adolescentes tenía una historia familiar y un nivel de disfunción similar a la población clínica de pacientes adultos con diagnóstico de TBP, sin cumplir con los criterios categóricos para realizar el diagnóstico. Los hallazgos de Lewinsohn y Klein abrieron la discusión acerca de las manifestaciones sintomáticas del padecimiento. No obstante, diversos estudios (Wosniak, Biederman, Kiely, *et al.*, 1995; Geller, Fox & Keller, 1994) han identificado grupos de niños con síntomas parecidos a la manía. La discusión acerca de este trastorno en la infancia puede estar relacionada con que los diferentes estudios realizados con población infantil han aplicado en forma diversa los criterios de clasificación.

Del Barrio (1998) considera un hecho que la depresión infantil sea bastante frecuente y que aunque tiene cierta similitud con la que se manifiesta en los adultos, también tiene características diferenciales debidas en buena parte a la naturaleza evolutiva del niño. Es importante tomar en cuenta también que es un trastorno estable y no una alteración transitoria. Esta autora considera que su etiología es multifactorial y que se origina en factores físicos, personales y sociales. En un estudio realizado en una muestra de 531 adolescentes españoles de entre 12 y 15 años (Mestre, Samper, Barrio, & Tur; 2004) se encontró que la familia monoparental aparece como un factor de riesgo frente a la familia completa, pues la ausencia de alguno de los padres por separación, divorcio o muerte provoca que las familias atraviesen por más situaciones difíciles que provocan a su vez tensión.

En cuanto a los estudios epidemiológicos, se considera al trastorno depresivo mayor (TDM) la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil. Su prevalencia en población general de niños se ha descrito de 0.4 a 2.5% y en adolescentes de 0.4 a 8.3%. (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1996 Kessler, 2001; Wihtaker, *et al.*, 1990).

En un contexto clínico de la Ciudad de México como el Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro», en 2010 el TDM se reportó como el segundo diagnóstico atendido con mayor frecuencia, con incidencia anual de 10 a 15% en los últimos cinco años (Nogales, Ulloa, Rodríguez, Palacios *et al.*, 2010).

Para el psicoterapeuta infantil, además de establecer el diagnóstico y conocer las causas de estos problemas, es importante la posibilidad y proceso de tratamiento de los mismos. La investigación en torno al papel del desarrollo en la respuesta diferencial de los niños y adolescentes a los medicamentos antidepressivos, la evaluación de la eficacia y seguridad de los tratamientos en preescolares, el efecto a mediano y largo plazo de los tratamientos psicoterapéuticos solos o combinados con medicamentos antidepressivos, son ejemplo de las áreas que deben ser investigadas en nuestro país

para mejorar las opciones terapéuticas que se ofrecen a los pacientes pediátricos con esta patología. Uno de los casos clínicos que se presenta en este libro recibió el diagnóstico de trastorno bipolar.

En cuanto al tratamiento farmacológico de los trastornos depresivos como los de ansiedad, se han empleado de manera sistemática fármacos cuya efectividad se ha evaluado a través de ensayos clínicos. En cuanto a la depresión, la fluoxetina mostró eficacia y seguridad a mediano plazo en estudios controlados, así como mayor prevención de recaídas hasta en 32 semanas y fue superior a otros antidepresivos como la nortriptilina (Ulloa, Palacios & Peña; 2011).

Los objetivos de la psicoterapia de los trastornos depresivos y afectivos para algunos de estos autores incluyen:

- la reducción de la gravedad de los síntomas al mejorar la autoestima
- aumentar la tolerancia a la frustración
- aumentar la autonomía
- incrementar la capacidad para disfrutar las actividades de la vida diaria
- establecer buenas relaciones con los compañeros

Como se puede concluir, estos objetivos son bastante complejos y existen diversas aproximaciones terapéuticas para tratar a los niños que sufren de depresión.

Otra de las quejas frecuentes de los padres que llevan a sus hijos a consulta es su mal comportamiento, rebeldía o agresión, en diferentes ambientes como el familiar, escolar y social.

Desde el punto de vista de la psiquiatría éstos podrían llamarse trastornos de la conducta disruptiva (TCD) y constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, neurológica y psiquiátrica. Los TCD también se han conocido como problemas o **padecimientos externalizados** o del comportamiento perturbador. Esta «dimensión» ha incluido problemas conductuales (Slade & Watson, 2006).

El manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales (DSM-IV) incluye los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el negativista y desafiante (TND), el disocial (TD), entre otros; toda vez que se considera que el TND y el TD constituyen los padecimientos claves en los TCD dentro del DSM-IV. Los trastornos negativista y desafiante se caracterizan por la manifestación de un patrón de conducta hostil (discutir, desobedecer, entre otros), en especial contra la autoridad. Se inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas en la escuela, el hogar o los amigos. El trastorno disocial se caracteriza por un patrón persistente y repetitivo de violación a las reglas y normas que se marcan para la edad (mentir, robar, lastimar, entre otras). Se inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas en la escuela, el hogar o los amigos. La tasa reportada de este trastorno en muestras comunitarias varía de entre 1.5 a 3.4%. (Díaz, de la Peña, Suárez & Palacios, 2004). Esta alteración es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres; en las muestras clínicas se presenta con una alta comorbilidad tanto de padecimientos externalizados como internalizados.

Los aspectos culturales deben tomarse en consideración en el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos quizá más que en lo que se refiere a otros problemas, pues las conductas disruptivas dependen en buena medida de las reglas de convivencia social. Es notorio como de acuerdo al país, la ciudad, del tipo de escuela y la disciplina que los padres ejerzan con sus hijos, algunas conductas pueden considerarse disruptivas o no.

En la etiología de los TCD participan componentes biológicos y psicosociales. Los estudios con medicamentos para el tratamiento del TCD se pueden agrupar por el tipo de fármaco utilizado: estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y estimulantes. El litio es el medicamento con mayor documentación de tratamientos exitosos en estudios controlados. Se recomienda también el uso de antipsicóticos atípicos como la risperidona o el aripiprazol. Se debe tener en mente el perfil de efectos colaterales del litio y de los antipsicóticos, tanto los típicos como los atípicos. En el caso de los estimulantes se ha visto cómo el metilfenidato disminuye los síntomas del TD aun sin el diagnóstico del TDAH. Algunos otros agentes farmacológicos como los antidepressivos (bupropión) o los agonistas alfa adrenérgicos (clonidina) han sido utilizados para disminuir síntomas agresivos (Peña & Palacios, 2011).

Con respecto a los trastornos de conducta, los profesionales están de acuerdo en que deben evitarse intervenciones donde se exponga al niño o al adolescente a escenarios o situaciones de miedo para convencerlo de desistir de sus conductas, aunque algunos padres no piensan lo mismo y en ocasiones se tiene que hacer un importante trabajo con ellos para que no lo hagan.

La presencia de ansiedad en los niños es un motivo que también que lleva a los padres a buscar ayuda y en algunos casos a los propios pequeños que indican malestares como taquicardia y sudoración de manos. La ansiedad y los miedos son fenómenos universales que forman parte del desarrollo humano. La ansiedad cumple una función activadora que facilita la capacidad de respuesta del individuo ante los peligros. Es difícil establecer los límites entre la conducta normal y patológica en el caso de la ansiedad, dado que muchas ansiedades infantiles no sólo son comunes sino que tienen una función adaptativa en el desarrollo humano.

Hay situaciones que con frecuencia provocan miedo en los niños en las diferentes etapas de su desarrollo y que no constituyen ni síntomas ni problemas, a menos que se conviertan en excesivos como:

- Miedo a las personas extrañas, miedo de los objetos que surgen súbita e inesperadamente (7-12 meses)
- Separación de los padres (1 año)
- Multitud de situaciones que incluyen ruidos fuertes (aspiradoras, sirenas, alarmas, camiones, tormentas, entre otros), animales (p. ej., perros grandes), una habitación oscura, separación de los padres, objetos o máquinas grandes, y cambios en el entorno personal (2 años)
- Seres sobrenaturales (fantasmas, brujas), lesiones corporales, truenos y relámpagos, obscuridad, dormir o estar solos, separación de los padres (6 años)
- Seres sobrenaturales, obscuridad, miedos basados en sucesos reportados en los medios de comunicación, estar solos, lesiones corporales (7-8 años)

- Exámenes escolares, rendimiento académico, lesiones corporales, aspecto físico, truenos, relámpagos y muerte (9-12 años).

La determinación de ansiedad y temores infantiles se basó por largo tiempo en escalas y entrevistas que preguntaban acerca de una multitud de miedos y preocupaciones. En últimas fechas el énfasis se ha desplazado hacia el estudio de grupos diagnósticos que reflejen de manera explícita los criterios clínicos. En la actualidad ha habido una proliferación de instrumentos para **cuantificar los niveles de ansiedad y determinar la presencia de trastornos de ansiedad.**

Existen algunas diferencias entre las definiciones de ansiedad entre el DSM-IV y el CIE-10 (Klein, 2002).

- Los principales trastornos de ansiedad que se presentan en los niños son:
- Trastorno fóbico
- Trastorno de ansiedad por separación
- Fobia social
- Trastorno de ansiedad generalizada

Al igual, que en otros problemas, la comorbilidad es un factor importante con respecto a los trastornos de ansiedad porque se ha visto que incrementa la disfuncionalidad. Se encontró una comorbilidad en especial alta en los niños que presentaban trastorno de ansiedad generalizada (RUPP *Anxiety Study Group*, 2001). El 90% de los niños diagnosticados con este trastorno presentaba además algún otro trastorno de ansiedad. Con respecto a otro tipo de psicopatología es claro que aquél muestra comorbilidad con los trastornos depresivos.

En relación a la evaluación de la ansiedad en los niños ha habido una proliferación de instrumentos para cuantificar el nivel o la presencia de ansiedad en los niños. Se utilizan instrumentos de papel y lápiz para los niños, los maestros y los padres.

Entre las escalas para medir la ansiedad en los niños se encuentran: La Escala de Ansiedad Manifiesta de Reynolds (Reynolds & Richman, 1985), la escala de ansiedad rasgo de Spielberger (1973) y el CBL (Achenbach, 1991). Estas escalas se realizaron en forma temprana, por lo que más tarde surgieron otras escalas más finas para detectar la ansiedad como:

- La escala de Observación de la Ansiedad Infantil ligada a Trastornos Emocionales (SCARED), (Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Balach, Kaufman, y NEER, 1997). Sus cinco dimensiones se establecen a partir de los trastornos del DSM-IV: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia escolar y somatizaciones/dolor.
- Escala de Ansiedad Social para Niños Revisada (SASC-R), La Greca & Stone (1993). El SASC-R examina la ansiedad social con relación al funcionamiento con amigos, una fuente importante de experiencia afectiva. Sus tres subescalas están interrelacionadas de manera moderada: Miedo a la Evaluación Negativa, Evitación de Situaciones Sociales, Ansiedad ante Nuevos Amigos o Situaciones, y Ansiedad Generalizada ante Situaciones Sociales.

- Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton (1959, 1969) (HARS).

Por lo general se aplica a padres y adolescentes para obtener una puntuación completa acerca de la ansiedad del joven. A pesar de su amplio uso con los adolescentes, su validación se limita a un estudio simple con un ejemplo mixto de jóvenes clínicos y comunitarios. Los reactivos físicos y somáticos constituyen una réplica de los que se utilizan con adultos.

Las escalas mencionadas pueden resultar útiles en grupos grandes para la detección e identificación de los niños predisuestos a presentar ansiedad en un nivel sintomático.

En los estudios clínicos, las escalas pueden servir como índices de gravedad y como medidas de resultado de la eficacia del tratamiento. Es importante tomar en cuenta que estas escalas pueden proporcionar estimaciones de los niveles de ansiedad, pero no pueden determinar un diagnóstico, lo cual sólo el clínico puede hacer.

También existen algunas entrevistas diagnósticas que aunque no distinguen entre los desórdenes de ansiedad, o entre otros trastornos, si permiten medir la eficacia del tratamiento. Estas entrevistas no son equivalentes unas con otras pero sí han mostrado una adecuada confiabilidad *test-retest*. Con respecto al diagnóstico diferencial entre los diversos trastornos de ansiedad, sólo se ha logrado el diagnóstico diferencial de la fobia social, entre éstas se cuentan :

- DISC: *Diagnostic Interview Schedule for Children* (Shaffer, Fisher, Dulcan, Davies, Piacentini, Schwab-Stone & Regier, 1996): Diseñada para estudios epidemiológicos, muy estructurada, que se considera no requiere entrenamiento clínico para ser aplicada. Existe una versión para computadora .
- CAPA: *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (Angold & Costello, 2000): Diseñada para estudios epidemiológicos, menos estructurada que la DISC. Se considera que si requiere apreciación clínica del síndrome, y el entrevistador emite las calificaciones por lo que requiere entrenamiento. Explora áreas de funcionamiento y síntomas específicos.
- K-SADS: *Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia*. Está diseñada para el uso clínico, tiene múltiples versiones.
- DICA: *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (Reich, 2000). Está muy estructurada, pero además permite un formato semiestructurado.

El estimado de prevalencia de presentar un trastorno de ansiedad acompañada de impedimento es de 5 a 10% (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; Angold & Costello, 1996). Se han encontrado resultados similares en adolescentes, algunas entidades puntúan en 20%.

Los estudios epidemiológicos confirman que los trastornos de ansiedad se asocian a dificultades en diversas áreas de funcionamiento. En cuanto a las diferencias de sexo, a partir de la edad de 6 años hay mayor frecuencia de niñas con trastornos de ansiedad en comparación con los niños, lo cual se relaciona con que ésta se presente en edades posteriores. Las niñas tienen dos veces mayor probabilidad de experimentar ansiedad en la infancia y desarrollar depresión en la adultez.

En algunos estudios se han identificado como factores de riesgo algunas características del ambiente familiar y social como:

- Desventaja económica
- Fracaso escolar
- Eventos estresantes de vida
- Disfunción familiar
- Familia monoparental
- Bajo nivel de escolaridad en padres (ansiedad de separación y ansiedad generalizada)

Debe tenerse en cuenta que los diversos factores mencionados pueden relacionarse de forma diferente para cada trastorno y que es difícil estudiar muestras extensas de cada uno de los desórdenes de ansiedad descritos.

Aunque los estudios longitudinales serían los más deseables para aclarar diversos aspectos acerca de la etiología y curso de la ansiedad, son difíciles de llevar a cabo por varias razones, como la dificultad de financiamiento de estos estudios. Sin embargo algunos estudios de este tipo (Kagan, Reznick & Snidman, 1988) han mostrado algunas relaciones entre el temperamento y los trastornos de ansiedad, como el temperamento inhibido y aprehensivo. También se ha encontrado relación entre inhibición en la infancia y fobia social en la adolescencia (Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 2000).

En cuanto a la genética (Goldstein, Weissman, Adams, Horwath, Lish, Charney & Wickramaratne, 1994; Battaglia, Bertella, Politi, Bernadeschi, Perna, Gabriele & Bellodi, 1995) algunos estudios reportan mayores trastornos de ansiedad en niños con padres que a su vez los padecen, en comparación a niños con padres sanos. Estudios con gemelos apoyan la relación moderada entre factores genéticos implicados en el trastorno de ansiedad generalizado y en el trastorno depresivo mayor. Se piensa que estas dos condiciones tienen un sustrato genético subyacente y difieren en los aspectos ambientales que contribuyen a cada uno de ellos. Sin embargo, el presentar o no un trastorno de ansiedad depende de otros factores, que ya se han mencionado, por lo que genética no siempre es destino.

Resulta evidente, por ejemplo, que varios aspectos de la interacción padre-hijo pueden contribuir a la ansiedad infantil, como la conducta evitativa y aquellas que promueven la ansiedad a través de sobreprotección parental. Estilos de crianza severos también pueden contribuir a la producción directa de ansiedad, también facilita la ansiedad al fracaso de los padres para calmar o tranquilizar al niño.

En cuanto a aspectos fisiológicos se han formulado algunas hipótesis como que los niños en riesgo de padecer ansiedad tienen anomalías a nivel del sistema límbico (núcleo basolateral de la amígdala relacionado con el miedo). También se ha encontrado que los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienen una amígdala más grande que los niños sanos (De Bellis, Casey, Dahl, Birmaher, Williamson, Thomas & Ryan, 2000).

En cuanto a aspectos cognitivos se ha pensado que el sesgo cognitivo hacia estímulos amenazantes ha sido concebido como un factor de riesgo para ansiedad.

Con respecto al tratamiento farmacológico en el caso de niños el tratamiento con fluvoxamina fue significativamente superior al tratamiento con placebo en niños con trastornos de ansiedad mixta (fobia social, ansiedad por separación, trastorno generalizado) pero sin depresión mayor (79% mejoraron vs. 28% con placebo). La imipramina fue superior a comparación de placebo en adolescentes con fobia escolar (Klein & Pine, 2002).

Otro de los diagnósticos que en la actualidad ha llevado a muchas investigación y preocupación por parte de los padres son los trastornos del espectro autista. En algunas ocasiones podríamos decir que hasta se han puesto **de moda** o se ha abusado de diagnósticos de este tipo como el del Síndrome de Asperger.

Los trastornos del espectro autista (TEA) son trastornos del desarrollo con alteración en tres dominios: interacción social, comunicación y conductas repetitivas o movimientos estereotipados. Los síntomas son complejos, bizarros y la mayoría persistentes por lo que causan un pobre ajuste psicosocial. La detección y el diagnóstico tempranos son prioridad en los TEA; los padres son los primeros en advertir los síntomas tempranos del autismo: un buen porcentaje de ellos observa manifestaciones en los primeros doce meses de edad. A pesar de las observaciones tempranas del desarrollo atípico, existen atrasos en la búsqueda de atención médica apropiada. Los proveedores de servicios educativos y cuidados primarios en salud necesitan adiestramiento en los hitos del desarrollo enfocados en el lenguaje y dominios socio-comunicativos para poder atender de manera adecuada a esta población (Márquez-Caraveo & Albores-Gallo, 2011).

Con respecto a la epidemiología Chakrabatti y Fombonne (2001) encontraron que una prevalencia de 16.8 por 10 000 para el autismo en niños en Canadá, situación que en el 2005 aumentó a 22.0 (Chakrabatti & Fombonne, 2005).

De acuerdo a Márquez Caraveo y Albores-Gallo (2011) el aumento de este tipo de problemas hace urgente buscar intervenciones efectivas y basadas en evidencias; se requiere de un manejo integral que implica un enfoque combinado de intervenciones psicológicas, médicas y educativas, mientras que los médicos en general enfatizan los tratamientos farmacológicos, lo educadores y los psicólogos prefieren los tratamientos psicosociales.

Los síntomas del autismo son variados y se pueden traslapar con los síntomas de trastornos del desarrollo y de la comunicación, lo que hace más difícil el diagnóstico. En general el autismo lleva consigo además un estigma que no tienen los problemas del lenguaje y del desarrollo.

Un manejo integral incluye una detección temprana, evaluación diagnóstica, intervenciones psicosociales y tratamiento farmacológico (Márquez-Caraveo & Albores Gallo, 2011).

Las principales características de los trastornos autistas incluyen dificultades tanto en la interacción como en establecer relaciones interpersonales.

A pesar de que existen diversos instrumentos que ayudan al diagnóstico de estos trastornos la determinación de los mismos sigue siendo un problema. (Albores, Hernández Guzmán, Díaz Pichardo & Cortés, 2008). Muy a menudo el diagnóstico de autismo se realiza 4 o 5 años después de que los padres observan los primeros

síntomas. Una de las dificultades se debe a que los instrumentos de tamizaje son poco conocidos en nuestro país. En la última década se han realizado importantes avances en estas herramientas. Los instrumentos son muy diversos, pueden ir desde listas de autoinforme dirigidas a los padres para que registren los síntomas que ellos observan, hasta cédulas de observación dirigidas a los clínicos y personal especializado. Algunos de los instrumentos más útiles son el CHAT (Baron-Cohen, 1992; Baron-Cohen, O'Riordan, Stone, Jones & Plaisted, 1999), el cuestionario de autismo para niños escolares modificado (Robin, Fein & Barton; 2001), la Escala de Evaluación del Autismo Infantil CARS (*The Childhood Autism Rating Scale*) (Schopler, Reichler, De Vellis & Daly; 1980) y la lista de síntomas de autismo del niño de 1.5 a 5 años del CBL (Achenbach & Rescorla, 2001).

Algunos de los padres que llevan a consulta a sus hijos por este tipo de problemas reciben diagnósticos equivocados y por lo tanto los tratamientos tampoco son los adecuados, por lo que a medida que el desarrollo avanza también los trastornos autistas se vuelven más graves.

Por otra parte, como se mencionó en el primer capítulo de este libro es importante introducir una perspectiva del desarrollo en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de los niños así como en relación al tratamiento. Una perspectiva del desarrollo considera los trastornos o problemas como una construcción del desarrollo, más que una consecuencia patológica (Sroufe, 1997). Desde este punto de vista, la desadaptación es también adaptación; ya sea positiva o negativa, las adaptaciones surgen a través de sucesivas reorganizaciones dentro y entre los aspectos cognitivos, biológicos, sociales, emocionales y de comportamiento del individuo (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986).

La adaptación no reside, entonces ni en el individuo ni en el contexto, es más bien la relación dinámica, transaccional entre ellos; individuo y contexto están en contacto permanente, y ambos son transformados de manera recíproca. En un momento dado la adaptación refleja la combinación de experiencias actuales y pasadas. Las primeras vivencias tienen especial importancia porque proporcionan la base sobre la cual, todas las adaptaciones posteriores se construyen. La experiencia temprana no determina un curso específico de funcionamiento adaptativo, sino que restringe su forma de una manera probabilística. La adaptación es la organización dentro y entre múltiples niveles de influencias en el desarrollo, incluida la naturaleza, la crianza, y el desarrollo mismo.

Esta perspectiva influye de varias maneras al trabajar con los niños con problemas pues evita la estigmatización, no es que el niño esté determinado a ser o tener este u otro de los problemas, sino es la situación particular y el resultado de la construcción del desarrollo. La calidad de esta organización adaptativa se ve influenciada por la capacidad de las personas para utilizar los recursos dentro y fuera de sí mismas para enfrentar las tareas del desarrollo correspondientes a cada edad. Esto hace que los síntomas de los diversos problemas se presenten de diferente manera de acuerdo a la edad y las tareas del desarrollo correspondientes al periodo. Se da importancia entonces no sólo a los fracasos del niño en enfrentar estas tareas sino también a las competencias o recursos que adquiere. En un marco del desarrollo, el diagnóstico es el inicio del análisis, no el final. (Yates, Burt & Troy, 2011).

En cuanto al tratamiento y la práctica clínica, la perspectiva del desarrollo lleva a considerar que incluso en periodos de desadaptación marcada hay un mínimo de recursos adaptativos intactos en el proceso de desarrollo del individuo que justifica una perspectiva de reforzar los recursos y por lo tanto promover la motivación intrínseca de las personas a adaptarse de manera positiva. Lo anterior conlleva a un trabajo clínico dinámico con el niño y su familia y refuerza la creencia en la posibilidad de cambios positivos.

Se han presentado algunas de las características observadas en relación a los trastornos más frecuentes en niños tanto en México como en otros países y también cómo la perspectiva del desarrollo contribuye a un mejor diagnóstico y tratamiento de los problemas de los niños.

A continuación se ahonda en el papel del psicoterapeuta infantil frente a estos problemas y otros que se describen más adelante en este libro a través de casos clínicos. Lo hasta ahora mencionado hace evidente la dificultad de la tarea del psicólogo que se desempeña como terapeuta infantil, pues es notorio que lo más adecuado es el trabajo interdisciplinario. Sin embargo, también se ha mencionado que los padres prefieren consultar a un psicólogo ante muchos de estos problemas.

Los posibles tratamientos varían no sólo desde diferentes perspectivas profesionales si no también desde diferentes perspectivas teóricas.

Es indudable que de treinta años a la fecha han cambiado las formas de evaluar y sobre todo de tratar los problemas de los niños. También es notorio que los psicólogos han contribuido de manera amplia a la construcción y empleo de instrumentos para tener diagnósticos más confiables. Algunos de esos instrumentos son utilizados por los médicos con frecuencia. Más aún, la psiquiatría infantil se ha enriquecido mucho de los resultados de las investigaciones hechas por los psicólogos (Rutter, 2011).

También es cada vez más frecuente que se combinen los tratamientos psiquiátricos con la psicoterapia que brindan los psicólogos que ejercen como terapeutas infantiles. A mediados del siglo XX ni psicólogos ni psiquiatras tenían mucho que ofrecer para el tratamiento de los niños. Los primeros en hacer intervenciones con niños fueron los psicoanalistas, que se centraban sobre todo en los conflictos internos. Más tarde, los conductistas enfatizaron el uso de las teorías del aprendizaje y el mejoramiento de los síntomas; así como la solución de los problemas en el presente. Hay otros enfoques que se utilizan en la actualidad en el trabajo con los niños como el narrativo y la terapia de juego en sus diferentes enfoques. En un principio estas posiciones parecían irreconciliables. Sin embargo con el paso del tiempo se ha reconocido que el apego rígido a una teoría no ayuda al niño ni a los padres.

Se ha encontrado que hay varios aspectos que mejoran el tratamiento de los niños como:

- La terapia con un límite de tiempo con los niños funciona mejor que si ésta es ilimitada
- En ocasiones es mejor también enfocarse a determinados problemas
- Los psicólogos empezaron a desarrollar terapias basadas en la solución de problemas

- Los conceptos de apego y terapia familiar han contribuido a poner mucha atención en las interacciones del niño con su ambiente
- Lo métodos de intervención son mucho más amplios hoy día
- Las intervenciones en la actualidad incluyen escenarios diversos como las escuelas, mientras que en el pasado se reducían al consultorio o las clínicas de salud mental
- Aunque para el terapeuta infantil el foco sea el niño y sus problemas, las intervenciones de manera directa o indirecta incluyen a los padres y a la familia
- Otro aspecto que hay que resaltar es que el punto de vista de los niños debe tomarse en cuenta en la terapia, lo cual se ha reconocido por importantes sociedades de profesionales.

Por otra parte tanto en la medicina como en la psicología se ha vuelto una necesidad importante poner atención a los aspectos éticos de la investigación y del tratamiento, por lo que en muchas ocasiones la investigación o la intervención deben someterse a comités éticos ajenos a quien investiga o provee un tratamiento.

Los profesionales de la salud mental reconocen en la actualidad que poder responder en forma adecuada a las necesidades de las minorías o grupos vulnerables no se logra sólo con una perspectiva multicultural. Entender los principios de equidad social es esencial para poder ayudar a las minorías a desarrollar sus potenciales en sentido amplio.

De acuerdo a Odegard y Verren (2010) la equidad social se refiere al hecho de reconocer el impacto de la opresión y las desigualdades sociales en el bienestar de las personas a quienes se atiende. Trabajar con un paradigma de justicia social puede ayudar a los terapeutas a desarrollar empatía con todo tipo de pacientes y entender que las intervenciones terapéuticas producen resultados positivos a largo plazo.

Kiselica & Robinson (2001) mencionan que incorporar algunos principios de justicia social en el trabajo clínico lleva a los psicoterapeutas a mostrar empatía con el sufrimiento humano y a entender e intervenir cuando se atiende a personas privadas de sus derechos. Los supervisores pueden fortalecer estas actividades en sus supervisados al encaminarlos a reflexionar en las situaciones de las personas a las que atienden desde un punto de vista holístico que incluye el impacto de los factores sociopolíticos.

Otro aspecto básico en la formación del psicoterapeuta infantil, que no puede dejar de mencionarse, es el de la supervisión. Este término no se limita a una definición única, ya que constituye una actividad plural, con prácticas diversas. La supervisión clínica involucra un rango amplio de actividades que incluyen el análisis de las competencias conceptuales, técnicas y ético-personales adquiridas durante la formación y puestas en marcha en las actividades de evaluación, diagnóstico y psicoterapia durante la práctica profesional. Abarca diferentes modalidades que van desde la más común, relacionada con funciones específicas a la supervisión institucional en relación con las tareas asistenciales o laborales. En toda supervisión clínica intervienen aspectos que necesitan hacerse explícitos como la importancia de clarificar los objetivos y propósitos de la supervisión; delimitar el lugar y ámbito de

la supervisión y definir el encuadre teórico metodológico que enmarca la actividad clínica (Valenzuela, 2011).

Para Bustos (1995) las principales funciones de la supervisión son:

- La función formativa que permite trabajar con los conocimientos teóricos y técnicos que fortalecen el ejercicio de la profesión y la identidad profesional
- La función normativa que trata de generar conciencia sobre el proceso psicoterapéutico dentro de un marco ético
- La función restaurativa que procura establecer el equilibrio emocional del terapeuta para recuperar la función de contención

El supervisor es el profesional experto que está al tanto del espacio ético de la actividad psicoterapéutica por parte de los psicólogos en formación. Como profesional parte de que todo ejercicio psicoterapéutico debe fundamentarse en resultados de investigación y se desarrolla a partir de la experiencia profesional. Como parte de sus atribuciones el supervisor vigila el ejercicio de una atención adecuada por parte del terapeuta en la que resulta fundamental que promueva en el supervisado, la importancia del autocuidado como persona y como terapeuta para prestar atención a las necesidades surgidas por las características de su personalidad y atender las situaciones de crisis que pudiera enfrentar durante el desarrollo de la psicoterapia (Valenzuela, 2011).

En cuanto a las principales funciones que dentro de la supervisión llevan a cabo los terapeutas en formación (Braier, 1981) menciona:

- Captación de la problemática del paciente
- Conocimiento y manejo de emociones transferenciales y contratransferenciales
- Combinación de recursos terapéuticos según los requerimientos de la intervención
- Elaboración de sus propios conflictos
- Capacidad de empatía
- Tolerancia a la frustración

Grinberg (1986) considera que el proceso de supervisión presenta tres fases:

- La fase inicial en la que el supervisor se centra en:
 - a) La escucha del terapeuta, para facilitar la comunicación
 - b) Señalamientos, confrontaciones y otro tipo de intervenciones del terapeuta
 - c) Reconocimiento de defensas, ansiedades y establecer un diagnóstico
 - d) Se adelantan interpretaciones latentes
- En la fase media se trabaja en:
 - a) Los juicios clínicos del terapeuta
 - b) El planteamiento y dosificación de sus intervenciones
 - c) Captar el tipo de reacciones trasferenciales y contra-transferenciales
 - d) La dinámica del proceso terapéutico y el manejo de interpretaciones

- En la fase final el supervisor se dirige en particular a:
 - a) El reconocimiento del *insight* del paciente
 - b) A los elementos de elaboración y posibilidades de terminación del tratamiento
 - c) Dinámica de las sesiones dentro del proceso

El supervisor de psicoterapia, desde el punto de vista de Tatenbaum y Berman (2005) es en algún sentido también responsable de la actuación u omisión de sus supervisados, aunque sin duda el grado de responsabilidad puede variar. En este sentido dichos autores dan por hecho que el supervisor debe familiarizarse con los principios éticos de su profesión.

Otro aspecto que no ha recibido atención suficiente es la responsabilidad del supervisor en cuanto a documentar o llevar registro de la información para explicar de manera sistemática los propósitos y acciones de esta actividad. La complejidad legal y ética de la supervisión surge a la vez de la complejidad del tipo de vínculos que representan la confluencia de necesidades y derechos del paciente, terapeuta y supervisor (Valenzuela, 2011).

Ceballos, Paikh y Post (2012) realizaron un estudio para investigar las actitudes hacia la justicia social de 448 terapeutas de niños. Los resultados de este estudio mostraron que mientras más años los terapeutas recibieron o impartieron supervisión con un enfoque multicultural, así como los años de experiencia como terapeuta aumentaban, había actitudes más positivas hacia la justicia social.

En la Facultad de Psicología de la UNAM, se han formado varias generaciones de psicoterapeutas de niños a través de un programa de maestría. Este programa hace énfasis en la práctica supervisada y en la atención a poblaciones vulnerables a través de los centros de atención de dicha Facultad y otros escenarios.

Dadas las demandas del tipo de población que se atiende en la residencia, se ha visto la imposibilidad de ceñirse con rigidez a un esquema teórico. Por lo que en la formación de los psicoterapeutas se retoman diferentes enfoques: psicoanalítico, narrativo, conductual, cognitivo, centrado en el cliente y algunos otros de una manera unificada que responda al niño y sus padres como individuos únicos. Se enfatiza también el ambiente socio-cultural en el que están inmersos estos niños para encuadrar las intervenciones.

Durante esta formación se privilegia una formación humanista (Fromm, 1970) en la que se considera que el psicoterapeuta debe poseer un interés genuino por ayudar a la otra persona y el deseo de aprender; una actitud y conciencia científicas basadas en la observación de los hechos, la creatividad de la razón y la objetividad. Por lo que se hacen inferencias, se formulan hipótesis y éstas se modifican de acuerdo a los nuevos datos obtenidos. No se trata de probar una teoría específica, sino que cada caso constituye una investigación (Krasoievitch, 2006).

La supervisión se da en tres modalidades: en el escenario donde se da la atención a los niños y sus padres, en la cámara de Gesell, en la Facultad y en la supervisión en grupo.

Se considera importante la supervisión acerca de los métodos de evaluación, procesos de tratamiento y resultados obtenidos en los casos que se atienden.

La supervisión en cámara de Gesell distingue el tipo de formación que se da en esta maestría del que se da en otras. La supervisión en cámara de Gesell proporciona una supervisión “en vivo” y en el escenario de los casos a diferencia de la supervisión que se hace la mayoría de las veces a través de relatos. La intervención en cámara se hace generalmente en co-terapia. Se registra la sesión tanto por parte de los terapeutas como por parte de los observadores.

Uno de los retos principales para lograr que funcione este tipo de supervisión es lograr un clima de respeto.

A continuación se mencionan algunas reflexiones de los psicoterapeutas en formación acerca de la experiencia de la supervisión, sobre todo en la cámara de Gesell:

“Es importante el no dejar pasar la supervisión, la cual me parece de carácter obligatorio para poder entender lo que en algunos casos puede resultar difícil de abordar, así como angustiante. De igual forma el trabajo dentro de la psicoterapia infantil es enriquecedor y una constante experiencia dentro de la labor clínica; sin embargo, puede no ser algo sencillo, pues se ponen en juego, las emociones, se tocan fibras sensibles y conflictos de la vida de los padres, y del constante desarrollo del niño, por lo que se deben utilizar las herramientas y las fortalezas que el terapeuta debe a su vez desarrollar y adquirir dentro de su propio espacio terapéutico”.

“Para poder beneficiarme del apoyo de la supervisión fue necesario primero que yo hiciera un análisis y síntesis de lo que ocurría en mis sesiones. Ya con esto **digerido** llegaba con preguntas concretas de cada caso, así como de aspectos que deseaba revisar. Al final de cuentas la toma de decisiones respecto a los tratamientos, era mía; por lo tanto, sabía que asumía en gran parte la responsabilidad por las actividades realizadas y los resultados obtenidos”.

“La supervisión en cámara de Gesell es uno de los aspectos más importantes de la residencia. Es un proceso difícil al principio, pues ser observado, crea muchas fantasías. Fue una experiencia enriquecedora, donde el observar y ser observada fue un ejercicio de identificación y diferenciación donde me pude ver reflejada en mis compañeros y también pudimos dialogar y reconocer nuestras diferencias”.

“Mi primera dificultad radicó en el hecho de que mi compañera y yo fuéramos observadas detrás del vidrio y la manera en que trabajábamos frente al paciente, ya que por mi mente pasaban muchas dudas: ¿Lo estaré haciendo bien? ¿Y si piensan que no estoy preparada? ¿El clima de la cámara fue amable, respetuoso y confortable?”.

“Una vez que realicé un autoanálisis y una seria autocrítica de mi trabajo en cada sesión, el siguiente paso era reconocer, escuchar y discutir tanto las críticas constructivas como las puntuales sugerencias de las observadoras y la supervisora. La cámara de Gesell representó para mí la integración del aprendizaje y una lección de cómo llevaré mis casos al salir de la maestría. Poder tener otras miradas de mí misma, de mis casos y sus problemáticas, además de sentirme apoyada y contenida por colegas”.

Estas reflexiones nos permiten ver algunos aspectos de las dificultades de formarse como psicoterapeutas de niños. La formación no es un trabajo que se hace en soledad. El proceso tiene que ir acompañado de la mirada de otros: el terapeuta y los compañeros. Los libros los puede leer y procesar cada persona, pero la formación requiere de un acompañamiento respetuoso y comprometido, pues el supervisor no tiene el saber absoluto ni está exento de dificultades personales que, al menos a veces, puedan obstaculizar su comprensión de los casos. Es por ello que además de la observación se requiere discutir con el grupo lo que se ha observado. Esto, permite enriquecer el trabajo de los terapeutas en formación. Es interesante considerar cómo, aunque las miradas a veces convergen y se complementan, también a veces la divergencia, mientras se dé en un clima de respeto, permite una trayectoria más certera en el difícil proceso del acompañamiento a los pequeños que sufren. A veces el grupo de discusión fortalece la seguridad de que se pueden lograr cambios importantes con el niño y sus padres.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Aseba.
- Albores, L., Hernández, L., Díaz, J. A., & Cortes, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud mental, 31*(1), 37-44.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of general psychiatry, 44*(1), 69.
- Angold, A., & Costello, E. (2000). The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(1), 39-48.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2004). *Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM)* Washington D.C. Cuarta edición.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry, 161*(6), 839-843.
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders, 29*(5), 407-418.
- Battaglia, M., Bertella, S., Politi, E., Bernardeschi, L., Perna, G., Gabriele, A., & Bellodi, L. (1995). Age at onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*(9), 1362-1364.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(12), 1575-1583.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(4), 545-553.
- Braier, E. A. (1981). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Nueva Visión.

- Bustos, E. (1995). ¿Cuáles son los criterios para una supervisión efectiva? *Revista Reflexión*, 23.
- Ceballos, P. L., Parikh, S., & Post, P. B. (2012). Examining social justice attitudes among play therapists: Implications for multicultural supervision and training. *International Journal of Play Therapy*, Vol. 21(4), Oct. 2012, 232-243. doi: 10.1037/a0028540.
- Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E., & Martínez-Vélez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Cicchetti, D. & Schneider-Rosen, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. En M. Rutter, C. E. Izard, & P.B. Read (Eds.), *Depression in Young people: Developmental and clinical perspectives* New York: Guilford Press. 71-134.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA*, 285: 3093-3099.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry*.162:1133-1141.
- Del Barrio, M.V. (1998). *Trastornos depresivos en psicopatología del niño y del adolescente*. En R. González (Ed.), España: Ediciones Pirámide.
- De Bellis, M. D., Casey, B. J., Dahl, R. E., Birmaher, B., Williamson, D. E., Thomas, K. M., ... & Ryan, N. D. (2000). A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biological psychiatry*, 48(1), 51-57.
- Díaz, J., Peña, F., Suárez, J., Palacios, L. (2004). Perspectiva actual de la violencia juvenil. *Med UNAB*; 6:115-124.
- Dolto, F. (1986). *La causa de los niños*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Esquivel, F., Heredia, C., & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: *El Manual Moderno*.
- Fromm, E. (1973). La situación humana. La clave del Psicoanálisis humanista en *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*. México: FCE.
- Geller, B., Fox, L. W., & Clark, K. A. (1994). Rate and predictors of pubertal bipolarity during follow-up of 6-to 12-year-old depressed children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33:461-468.
- Grinberg, L. (1986). *Tecnipublicaciones*, Madrid. pp. 71.
- Goldstein, R. B., Weissman, M. M., Adams, P. B., Horwath, E., Lish, J. D., Charney, D., ... & Wickramaratne, P. J. (1994). Psychiatric disorders in relatives of probands with panic disorder and/or major depression. *Archives of general psychiatry*, 51(5), 383.
- Hamilton, M. (1959). *The assessment of anxiety states by rating*. *The British Journal of Psychiatry*, 32:50-55.
- Hamilton, M. (1969). *Diagnosis and rating of anxiety*. *The British Journal of Psychiatry Special Pub* 3:76-79.
- Harrington. (2000). Childhood depression: ¿is it the same disorder?. In childhood Onset of "Adult" Psychiatric Disorder: *Clinical and Research Advances*. En J. Rapport (Ed). Washington: American Psychiatric Press, 223-244.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167-171.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Ries., Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: and epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014.
- Kiselica, M. S., & Robinson, M. (2001). Bringing advocacy counseling to life: The history, issues, and human dramas of social justice work in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 79, 387-397. doi:10.1002/j.1556-6676.2001.tb01985.x
- Klein & Pine. (2002). *Anxiety Disorders*. En M. Rutter, y E. Taylor. *Child and Adolescents psychiatry*: 4th Edition (pp 486-592) Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- Krassoievitch, M. (2006). *La técnica en el método psicoanalítico de Erich Fromm*. Documentación y Estudios de Mujeres (DUMAC).
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children-Revised. Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents. Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(4), 454-463.
- Márquez-Caraveo, M. E., & Albores-Gallo, L. (2011). Autistic spectrum disorders. *Diagnostic and therapeutic challenges in México. Salud Mental*, 34(5), 435-441.
- Mestre, M. V., Samper, P., Barrio, V. D., & Tur, A. M. (2004). La depresión infanto-juvenil: el efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 57(1), 5.
- Nogales, I., Ulloa, R., Rodríguez, H., Palacios, L., et al. (2010). Depresión en niños y adolescentes. En Ulloa, R., Fernández, C., Gómez, H., Ramírez, J., Reséndiz, J. (eds). *Guías clínicas. México DF.: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan, N. Navarro*; 63-85.
- Odegard, M. A., & Vereen, L. G. (2010). A grounded theory of counselor educators integrating social justice into their pedagogy. *Counselor Education and Supervision*, 50, 130-149. doi:10.1002/j.1556-6978.2010.tb00114.x
- Pearce, J.B. (1978). The recognition of depressive disorder in children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 71, 494-500.
- De la Peña, F., y Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud mental*, 34(5), 421-427.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 461-468.
- Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21(2), 118-128.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 59-66.
- Reynolds, C. R., Richman, B. O. (1985). *Revised children's manifest anxiety scale (RCMAS) manual.*, Los Angeles, CA.: Western Psychological Services.
- Robin, D., Fein, D., & Barton, M. G. J. (2001a). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144.
- RUPP, Anxiety Study Group. (The Research Units on Pediatric Psychopharmacology). (2001). Fluvoxamine treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 344:1279-1285.
- Rutter, M. & Stevenson, J. S. (2011). Developments in child and adolescent psychiatry over the last 50 years. En Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., & Thapar, A. *Rutter's child and adolescent psychiatry (capítulo 1)*. EUA: Blackwell Publishing Limited.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9(2), 251-268.
- Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) *J Autism Dev. Disord*; 10, 91-103. doi: 10.1007.

- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., ... & Regier, D. A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.
- Slade, T. I. M., & Watson, D. (2006). The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychological Medicine*, 36(11), 1593-1600.
- Spielberger, C. D., & Edwards, C. D. (1973). *State-trait Anxiety Inventory for Children: STAIC: How I Feel Questionnaire: Professional Manual*. Mind Garden. Lugar
- Tanenbaum, R. L., & Berman, M. A. (2005). Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la psicoterapia. *RET: Revista de toxicomanías*, (45), 21-26.
- Ulloa, R. E., Palacios, L., & Peña, F. D.L; (2011). Diagnóstico y tratamiento de la psicopatología en la infancia y la adolescencia. *Salud mental*, 34(5), 399-401.
- Ulloa, R. E., Peña, F.D.L., & Nogales, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud mental*, 34(5), 403-407.
- Valenzuela, M.A. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. Tesis inédita para obtener el grado de Maestra en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Yates, T. M., Burt, K. B., & Troy, M. F. (2011, April). A Developmental Approach to Clinical Research, Classification, and Practice. En *Minnesota Symposia on Child Psychology: The Origins and Organization of Adaptation and Maladaptation* (Vol. 2, p. 231). Wiley.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment: preliminary report. *The Journal of Pediatrics*, 83(6), 1065-1072.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., & Dolinsky, A. (1990). Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47(5), 487.
- Wozniak, J.; Biederman, J.; Kiely, K. *et al.*, (1995). Manía-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 867-876.

Capítulo 4

Pubertad precoz: un estudio de caso y tratamiento psicológico¹

Luana Kefalás Díniz

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se reflexionará acerca de las intervenciones psicoterapéuticas para posibles casos de pubertad precoz, a partir del estudio de caso de Bárbara, una niña que comenzó a menstruar a los siete años de edad.

A través de 46 sesiones de diagnóstico y tratamiento psicológico con Bárbara, hubo un acercamiento a esta realidad que cada vez es más común en nuestros días: se trata de la ola de precocidad en los más jóvenes que invade la sociedad actual a una velocidad demoledora y por lo tanto, bastante grave.

Cada vez es más común ver a niñas que actúan como adolescentes, su manera de vestir exalta la sexualidad de una mujer, utilizan maquillaje, les gusta pintarse las uñas, teñirse el cabello, usar tacones, así como bailar y cantar como las cantantes de música pop. También hablan y gesticulan como si actuaran en forma concreta el típico juego infantil de **ser como mamá**. Es necesario considerar que hay un constante bombardeo de los medios de comunicación que, sin ninguna responsabilidad social o ética, alientan a las niñas a conducirse como si fueran adultas.

En paralelo a esta precocidad de imagen y de actitud alentada y aprovechada por algunos sectores comerciales, se encuentra el lado abierto y amargo de niñas que son mamás a edades tempranas y que sufren por la disipación de una época tan importante que es la infancia tardía. Pareciera que la moratoria de las etapas

¹ El presente trabajo fue realizado por la autora de este texto y se refiere al Reporte de Experiencia Profesional elaborado para obtener el grado de Maestría en Psicoterapia Infantil en la Facultad de Psicología, de la Universidad Autónoma de México. En la biblioteca de posgrado de dicha facultad podrán encontrarlo en la versión íntegra.

del desarrollo se dirige hoy día hacia una nueva construcción social en donde la infancia parece ser más corta y la adolescencia, más larga.

El acortamiento de la infancia será abordado desde el punto de vista psicológico, sin perder de vista el impacto biológico que éste llega a alcanzar, al punto que los principios de la pubertad sean adelantados hasta que se configure como un caso de pubertad precoz.

Surge así la pregunta: ¿una niña estará preparada de manera emocional para vivir las experiencias de las mujeres adultas aunque en su apariencia biológica sí lo esté?

A nivel mundial hay un consenso científico de que la pubertad ha sido adelantada a lo largo de los años y las causas de este adelanto han sido atribuidas a los cambios de vida, desde el aspecto nutricional, hasta las exigencias siempre mayores, más competitivas y siempre muy altas de la sociedad de consumo.

En ese sentido, desde mediados del siglo XIX, la menarca² ha sido considerada como un indicador del desarrollo poblacional. Entre 1840 y 1980 el inicio de esta etapa en las niñas disminuyó de los 17 años a los 13 años. Este adelanto de la edad fue progresivo y constante hasta la década de 1960, momento en que en apariencia se detuvo o disminuyó su progresión (Parent, *et al.*, 2003; Hernández, *et al.*, 2008).

No obstante, variados estudios realizados en diversos países apoyan el permanente adelanto de la menarca. En la actualidad, se discute con efervescencia el aspecto de salud y, o enfermedad que esto implica (en Chile, con Gaete & Codner, 2006; en varios países europeos por Parent *et al.*, 2003; Inglaterra con Whincup *et al.*, 2001 y, Finlay, Jones & Coleman, 2002; Alemania con Fredriks *et al.*, 2000; España con Hernández *et al.*, 2008; Brasil con Carvalho, Santos & Guerra, 2007; Estados Unidos en Zacharias, 1969; Wyshak & Frisch, 1982; Chumlea *et al.*, 2003; McDowell *et al.*, 2007).

Estos estudios además de apoyar la teoría sobre el permanente adelanto de la menarca también ratifican que la raza étnica es un factor determinante. En el trabajo de McDowell y colaboradores, 2007, los números indican que las mexicoamericanas presentaron una tendencia más precoz, al igual que las de raza negra. La explicación de esta semejanza adviene de una conjetura que es bastante fundamentada referente a la relación positiva que existe entre el peso corporal y el inicio de la pubertad dado que ambas razas, al parecer, presentan mayores índices de obesidad (Kaplowitz, 1999; Kaplowitz *et al.*, 2001; Styne, 2004; Papalia, 2005; Sloboda *et al.*, 2007 y Keim, Branum, Klebanoff & Zemel, 2009).

Además de la influencia étnica y del sobrepeso, también hay una significativa relación proporcional indirecta entre el adelanto de la menarca y el nivel socio económico (Torres-Mejía *et al.*, 2005; Méndez, Valencia & Meléndez, 2006).

Al pensar en dicha realidad, estos hallazgos llevan a la inquietante pregunta: si en México 70% de la población tiene un bajo nivel socioeconómico y es el país con el primer lugar en obesidad infantil ¿también tendrá el primer lugar en pubertad precoz?

² La primera menstruación, consecuencia de la maduración genital.

De acuerdo con varios estudios realizados, el impacto vivido por las mexicanas acerca de la primera menstruación es bastante negativo. Las chicas urbanas presentan expectativas y viven los cambios advenidos de la menstruación de forma más negativa a comparación de las rurales (Marván, Vacío & Espinosa-Hernández, 2003). Las más jóvenes y que no tienen conocimiento de la menstruación antes de la menarca presentan reacciones más confusas y ambivalentes a comparación de las chicas más grandes y que tienen un previo conocimiento (Marván, Morales & Cortes-Iniestra, 2006). Las niñas, a comparación de los niños, viven los cambios puberales de forma más negativa y penosa; en específico, en términos de sintomatología depresiva (Benjet & Hernández-Guzmán, 2002 y Marván, Vacío, García-Yanez & Espinosa-Hernández, 2007).

Para entender hasta cuándo es considerado normal o patológico el inicio de la pubertad en la actualidad, se debe considerar que la menarca, por lo general, aparece dos o tres años después de la telarca³ (Kaplowitz, 1999 & Arguinoniz, 2008) y los primeros meses de pubescencia suelen pasar desapercibidos porque el organismo sólo aparenta los cambios sexuales hasta que se hayan producido relevantes niveles de estrógenos o testosterona (Martínez, 2008). Los niños y las niñas tienen un desarrollo distinto en cuanto a su forma y tiempo. Tampoco existe una pubescencia típica, varía mucho de caso en caso (Hurlock, 1994; Papalia, 2005; Martínez, 2008). Para algunos el principio de la pubertad es identificado con el crecimiento del vello, para otros por el interés sexual y las emisiones nocturnas y otros, defienden el crecimiento de las glándulas mamarias o la menstruación (Martínez, 2008). Los autores concuerdan en que la pubertad se divide en tres etapas: prepubescente, pubescente y pospubescente. Para tener una idea del periodo que abarcan estas etapas, la pubescente equivaldría al momento de la primera menstruación en la mujer o la primera eyaculación en el varón (Hurlock, 1994).

Se considera como pubertad precoz por el consenso de la mayoría científica, la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en la mujer y antes de los 9 en el hombre (Boulgourdjian *et al.*, 2002; García *et al.*, 2003; Schulin-Zeuthen *et al.*, 2003; Gaete & Codner, 2006; Castro-Feijóo & Pombo, 2006; Martínez & Sanz, 2007).

La incidencia de la pubertad precoz es estimada de 1/5 000-1/10 000. Su presencia es más frecuente en niñas que en niños con una relación que varía entre diferentes estudios de 3:1 a 23:1 (Castro-Feijóo & Pombo, 2006; Martínez & Sanz, 2007). En la niña es más frecuente la pubertad precoz idiopática (en 90% de los casos) mientras que en el caso del niño, la etiología, en más de un 40% de los casos es secundaria a un proceso orgánico (Castro-Feijóo & Pombo, 2006).

Diversos estudios discuten la etiología del adelanto puberal, sus efectos y los factores que se deben tomar en cuenta en las pacientes para decidir un eventual estudio o tratamiento. Para comprender lo antes mencionado, Cesario y Hughes (2007) hicieron una revisión literaria sobre el tema de la pubertad precoz -desde 1997

³ El inicio del crecimiento mamarío es conocido como *telarca*.

a 2006-en las principales bases de datos científicos. En la búsqueda se obtuvieron 947 artículos y de éstos, apenas 82 cumplieron los criterios para la inclusión en esta revisión de la literatura que capturó seis causas atribuibles de la maduración sexual temprana, que incluyen: a) obesidad, b) genética, c) étnica, d) las toxinas ambientales que interrumpen la función de la endocrina (los productos químicos, plastificantes, métodos de alimentación del infante, productos de la piel y de pelo, asistencia a tecnologías reproductivas), d) tensión psicosocial y e) exposición temprana a una sociedad sexualizada. Se encontró que la solidez de los informes eran variados y pocos de los estudios eran generalizables. En común, la mayor parte de todos los trabajos sugirieron la importancia del cuidado y tratamiento en el caso de una pubertad precoz. Cesario y Hughes (2007) concluyeron que ésta tiene implicaciones en la salud y en la vida social que son complejas e influenciadas por factores múltiples.

La pubertad precoz puede ser considerada un factor de estrés que puede causar problemas conductuales específicos y las pacientes deben necesitar soporte psicológico.

De los diversos efectos que la pubertad precoz puede causar algunos son muy alarmantes tales como:

- Actividad sexual más temprana que va desde masturbación, embarazo precoz o ectópico (Sandler, Wilcox & Horney, 1984; Meyer-Bahlburg *et al.*, 1985; Soefer, Scholl, Sobel, Tanfer & Levy, 1985, Deardorff *et al.*, 2005; Dunbar, *et al.*, 2008)
- Sentimientos de miedo, culpa y ansiedad; tendencias depresivas, retraimiento social y confusiones al sentirse mayores de lo que en realidad son (Baumann *et al.*, 2001)
- Asociación con mayores índices de quejas somáticas (El-Khoury, Bassam & Mellner, 2004)
- Tendencias a manifestaciones de trastornos alimenticios (Zehr, Culbert, Sisk & Klump, 2007)
- Propensión al abuso de sustancias, uso de alcohol y trayectorias de bebedores excesivos (Deardorff *et al.*, 2005 y Biehl, Natsuaki & Ge, 2007)

La aparición de la menarca precoz tiene también asociaciones significativas con el abuso sexual o físico sufrido durante la infancia sobre todo cuando éste es ejercido por parte de algún miembro de la familia y, o por largos periodos de tiempo (Zabin, Emerson & Rowland, 2005). La ausencia del padre y la personalidad solitaria de la niña pueden ser factores que adelanten la pubertad (Comings, Muhleman, Johnson & MacMurray 2002; Romans, Martín, Gendall & Herbison, 2003). El control materno severo y los estilos de crianza de tipo negativo también predicen menarcas más precoces (Belsky *et al.*, 1991 y 2007).

Si se toman en cuenta todas estas cuestiones, ¿qué se puede esperar en el psicodiagnóstico y tratamiento psicoterapéutico en el caso de una pubertad precoz?

Confusiones entre fantasías, identidades, sexualidad y deseo de maternidad: éstos son algunos de los temas que los lectores encontrarán en el análisis del presente estudio de caso.

CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

Bárbara pertenece a una familia de clase social media baja de la Ciudad de México. La familia, conformada por el padre, la madre, Bárbara y un hermano cuatro años menor que ella, viven en un cuarto de la casa de los abuelos paternos y no pagan rentan.

El papá es un hombre bien vestido, con un lenguaje propio y educado, tono de voz bajo, para expresarse utiliza mucho los gestos faciales y corporales. Cursó un semestre de universidad y mantiene a la familia con un oficio de auto empleo.

La mamá es una mujer bonita, robusta, que maneja cierta vanidad y cuidados personales, siempre con la postura erguida, utiliza un tono de voz más alto y habla de forma más directa. Terminó la preparatoria y se dedica al hogar y cuidado de los hijos.

Bárbara tiene 8 años y 7 meses, cursa el 3° de Primaria en una escuela pública. Es alta en comparación con otras niñas de la misma edad. Es notorio el inicio del crecimiento de mamas, incluso se ve que usa ropa íntima para el busto, tiene varios granitos en la cara, por lo que parece pre-adolescente. Siempre está bien peinada, usa aretes y pulseras. Habla con mucha fluidez y articula su pensamiento como si fuera adulta.

¿Por qué buscaron ayuda psicológica?

Padre: “No queremos que Bárbara se nos escape de las manos ahora que entra en la adolescencia”.

Madre: “Discutimos mucho, ella está muy rebelde y ya no me tiene confianza, me enteré que le platicó a su abuela sobre una amiga que fue violada; le contó detalles. Me preocupa mucho porque ella es muy apegada a mi familia y ahora tenemos problemas con mi hermano que sufre de drogadicción”.

Bárbara: “No sé porque estoy aquí, no entiendo pero igual podemos ser amigas y yo te podré contar mis cosas, otras veces vamos a estar todos juntos, mis papás solos y yo sola contigo, eso está bien y sí, ya no les tengo confianza”.

Además, manifiestan otras quejas:

Bárbara reclama que su madre es muy severa con ella y que a veces llega a ser agresiva, sobre todo cuando le ayuda a hacer sus tareas de la escuela pues no le tiene paciencia. El papá percibe que existe un fuerte conflicto en la relación de la mamá con la hija y quisiera verlas más amigables.

La mamá, por su parte, además de desear una mejor relación con su hija, se queja porque el marido no cumple con sus funciones dentro de casa de manera efectiva. Primero porque él deja que los hijos hagan todo lo que quieren y no les pone límites, lo que la lleva a ser quien tiene que ponerlos y cuidar de todos, incluso de él; esto la convierte en la **mala** en la familia y, en segundo lugar, porque él no

trabaja lo suficiente ya que sufre de depresión y por eso la familia pasa por serios problemas financieros, con muchas deudas pendientes. Ella no trabaja fuera de casa porque no cree que el padre pueda cuidar de los hijos sin ella, ya que él actúa como otro niño. Se agrega que el padre también deja de ir al trabajo porque la pareja experimenta sus momentos íntimos durante las tardes cuando los hijos no están en casa, ya que ellos viven en el mismo cuarto. El padre compartió al respecto: “Nuestro amor siempre fue muy absorbente y sofocante, ella dejó de ir a la escuela y yo al trabajo y a la facultad”.

Algunos datos de la anamnesis profundizan el entendimiento del contexto social y familiar y, más adelante, de la problemática respecto a su menarca precoz.

Decisión del embarazo

Después de dos años de casados, los padres de Bárbara decidieron tener hijos. El papá dice: “Nos tardamos porque pensaba que no estaba preparado para tener hijos, sentí que era mucha responsabilidad educarlos, cómo decirles las cosas y si fuera niña sentía que sería peor”. La madre tenía 21 años y el padre, 24.

Nacimiento de Bárbara

En el año de 1999, el embarazo y el parto ocurrió sin contratiempos. En los exámenes prenatales les habían confirmado que sería niño; sin embargo, al término de 42 semanas de gestación, en parto con cesárea, un peso de 2 850 g y 51 cm de largo nació Bárbara. Cuando les dijeron que era una niña, la madre se puso muy contenta porque así lo deseaba. Decidió darle el mismo nombre de su mejor amiga de la preparatoria, porque “ojalá y mi hija fuera como ella”(sic), con quien solía salir a las pocas fiestas que había ido y con quien solía platicar sobre los “secretos de intimidad”(sic).

Desarrollo de Bárbara

En cuestiones psicomotoras su desarrollo sucedió de acuerdo a lo esperado para su edad. Bárbara siempre fue una niña tranquila y ordenada, que lloraba muy poco y bajito; solía platicar con todos los integrantes de la familia. Los padres comentan repetidas veces que fue una niña muy mimada por ser la única nieta y sobrina de parte de la familia materna; era muy lista e inteligente porque conseguía todo lo que quería. El abuelo materno y el papá siempre la consintieron.

Sin embargo, el nacimiento de su hermano fue un hecho que provocó muchos cambios para toda la familia. El padre perdió su trabajo; a Bárbara la cambiaron de escuela y le dejaron de hacer fiestas por su cumpleaños porque ya no les alcanzaba el presupuesto; la madre, quien sufrió tres amenazas de aborto y se

sentía muy mal, permaneció en reposo durante casi todo el embarazo del hijo. Bárbara sintió muchos celos, quería que su hermano hubiese sido mujer y reclamaba que lo consentían más que a ella. En esa época, la niña tuvo una “urticaria súbita, tipo varicela, algo que no era común” (sic).

Vida académica de Bárbara y el ambiente social en la escuela

Bárbara ha cambiado de escuela seis veces por diferentes motivos, aunque desde hace dos años acude al mismo plantel. Sus calificaciones son buenas y el programa académico les parece adecuado a sus padres. Sin embargo, éstos cuestionan el ambiente social del colegio, porque consideran que los niños están más preocupados por tener novios y novias, en chismes y crisis de celos en lugar de estudiar. “Por medio del tipo de convivencia que se da en la escuela” (sic), la madre cuenta la historia de una compañera de Bárbara que sufrió de abuso sexual y señala que esa información les llegó a los niños. Del mismo modo, ella cuenta sobre un día que Bárbara faltó a la escuela por tener cita con el dentista y se hizo un chisme en el que se decía que la niña había faltado al colegio porque había ido a hacerse un aborto.

Menarca de Bárbara

La primera menstruación fue en 2007, –casi un mes antes que cumpliera 8 años. La segunda vez ocurrió siete meses después y a partir de entonces pasó a ser regular.

En la segunda regla, los padres llevaron a Bárbara con una pediatra, la doctora les dijo que la niña padecía de **adolescencia precoz** y les explicó que el exceso de hormonas que existen en la actualidad en la carne de res y de pollo, pueden provocar un inicio temprano de la menstruación. La doctora y la mamá le exclamaron: “¡Bienvenida al grupo de las mujeres grandes!”

No obstante, la doctora mandó a hacerle a la niña un ultrasonido; el cual, al momento de la consulta psicológica, no se le había realizado.

A raíz de lo sucedido en la escuela y la aparición de la menstruación, la madre tuvo una plática con Bárbara y le explicó de manera detallada lo que era una relación sexual, cómo se producía la fecundación de un bebé y cómo se podía abortar. Le dejó claro que “cuando una mujer tiene la menstruación puede tener bebés pero no quiere decir que esté lista para tener bebés” (sic).

En la plática, Bárbara se enteró que su abuela le había contado a la mamá sobre el caso de la niña abusada y se enojó muchísimo con las dos, porque se lo había platicado a la abuela como secreto y sintió que las dos la habían traicionado. La madre se defiende y dice que Bárbara es muy rencorosa.

En esa ocasión, la madre también contó que Bárbara se había enterado la razón por la cual sus padres le habían puesto ese nombre y amenazó con cambiarlo. Dijo querer llamarse Estrella, porque conoció a una adolescente en la iglesia que así se llamaba y quería ser como ella.

EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

Paralelo a las entrevistas con los padres, en diez sesiones Bárbara realizó las siguientes pruebas:

- Dibujo libre
- Bender y Frostig
- WISC-R
- HTP-A Acromático, HTP Cromático y HTP (una hoja)
- Figura Humana de Koppitz y Figura Humana de Naglieri
- Frases Incompletas
- Dibujo de la familia ideal, real y kinética
- CAT-A (Prueba de Apercepción Infantil)

De una manera general, Bárbara expresó buena disposición para hacer las pruebas, las hacía con mucha dedicación y concentración.

Los resultados de las pruebas indicaron que los principales conflictos de Bárbara estaban relacionados con el área afectiva, al punto que se verificó que sus preocupaciones en el aspecto emocional la desviaban del interés por los estudios.

En cuanto al punto de vista cognitivo, intelectual y perceptual, se encontró que Bárbara tiene adecuada madurez cognitiva, es inteligente, presenta buena habilidad motora coordinada con la percepción, manejo del espacio y capacidad de organización. Su capacidad intelectual se muestra bien representada en el rendimiento, no obstante, aparenta ser mejor de los resultados que obtiene. El lenguaje parece elaborado lo que le manifiesta significativa facilidad en la expresión verbal.

Es posible decir que presenta madurez social, asimismo goza de un juicio social y sentido común adecuados. Su atención se muestra un poco dispersa y su motivación ante una actividad escolar puede ser afectada con facilidad cuando se le presenta alguna dificultad. Por lo mismo, el área de la memoria puede ser de cierta forma perturbada. Presenta dificultades en la percepción del todo y eso podrá evidenciar dificultades en la lectoescritura. Sin embargo, Bárbara tiene muy buena capacidad de aprendizaje y con la debida motivación y ajustes de los conflictos emocionales, se espera que sus dificultades sean superadas sin mayores problemas.

En el área afectiva o emocional se identificó la presencia de un tono afectivo exaltado y exacerbado, a veces dramático, del tipo comúnmente entendido como histérico. Cuando demuestra sus emociones lo hace con gran exaltación. Asimismo sus necesidades afectivas también demandan mucha atención de los demás. A ella le encanta ser el centro de atención, la consentida, la preferida, en sus palabras, una **reina**. Del mismo modo que desea serlo, Bárbara se siente un poco como tal. Sin embargo, porque esta expectativa es tan alta e ilusoria, suele frustrarse con facilidad cuando se siente poco preferida o devaluada; lo cual evidencia un autoconcepto muy sensible y susceptible.

¡La confusión en su identidad consume toda su energía! Bárbara presenta un conflicto significativo respecto a su colocación en el desarrollo: No sabe si aún es

una niña o si ya es una mujer grande. Ella se siente más madura que sus compañeros y se comporta como una igual frente a la autoridad de los padres.

Su sexualidad está exacerbada para su edad y por lo tanto no se percibe como inapropiada. ¡Bárbara tiene una conducta adolescente a los 8 años de edad! Sus cuestiones emocionales permean una huella de lo que se espera durante la adolescencia, etapa por la cual la **crisis psicosocial** está asociada al conflicto entre identidad y las confusiones de roles; en cuanto que la **modalidad social** está colocada en ideas sobre ser uno mismo y compartir uno mismo – donde la virtud que se valora enaltece la fidelidad y la lealtad – y las **relaciones significativas** que son construidas en grupo, ponderan los modelos de roles o papeles (Erikson, 1950). Asimismo sus intereses y necesidades están dirigidos a sí misma y su principal motivo de consulta concierne a un problema en la relación de confianza con la madre.

Bárbara enuncia que se sintió traicionada y su rebeldía es evidenciada al expresar el descontento por la historia de su nombre cuando demuestra que NO quiere ser con la madre lo que ella fue con su amiga, confidentes de los **secretos de intimidad**. Además de querer llamarse como una adolescente que admira con la cual identifica un ideal.

Al tratarse de dificultades y conflictos, Bárbara suele utilizar mecanismos defensivos, tales como la evasión y la negación, el temor, la ansiedad y la simbolización. Son maneras que ella encuentra para enfrentar sus problemas. Le es más fácil, por ejemplo, desistir de hacer una tarea que le cuesta trabajo a intentar solucionarla; como también le es más fácil usar simbolismos que representan el conflicto de su sexualidad a hablar de manera directa acerca de sus inquietudes. De igual forma se verificó que su actividad fantasmagórica es muy intensa. A su edad, es necesario que el contacto con la realidad sea mayor. Además de esa tendencia y de la sobreinformación a la que estuvo expuesta del medio escolar, familiar y médico, el contenido observado de sus fantasías inconscientes más preeminentes revela un grave foco ¡Bárbara teme y de manera simultánea desea con intensidad embarazarse!

Además de los impulsos sexuales exacerbados, Bárbara manifiesta presencia de fuertes impulsos agresivos que ella trata de controlar con éxito, este logro permite decir que tiene buena capacidad de adaptación social. Sus impulsos agresivos parecen dirigidos sobre todo a la figura femenina. Con las mujeres suele compararse mucho y a veces puede ser envidiosa o muy adulatora. Su agresividad se descubre de manera expresiva con la madre. Bárbara compite con la mamá porque desea estar en su lugar. Al mismo tiempo que siente muchos celos y envidia al identificarse con ella y querer poseer su posición de mujer grande, casada, con hijos y ama de casa.

Las consideraciones teóricas psicodinámicas acerca de la adolescencia y del desarrollo tienen en este trabajo un soporte en las ideas de Winnicott, D. (1999) para entender que el crecimiento de manera instrínseca es un acto agresivo en la fantasía inconsciente de un niño. De modo que en caso de Bárbara, se enardece el gran susto de que su crecimiento haya sido rápido, abrupto y precoz. Este desarrollo acelerado le debe ocasionar una sensación de mayor descontrol e irritabilidad, como aluden Silverstein y Perlick (1995) el crecimiento y los cambios en esta etapa pueden ser tan fuertes e intensos, que de manera metafórica pueden ser vividos como una película

de terror; si cuando despiertan los chicos y chicas sienten que ya no son los mismos, les puede costar trabajo comprender quiénes son y qué pasa en su cuerpo y de ahí surgen preguntas como ¿quién soy yo?, ¿qué quiero hacer cuando crezca?, ¿a qué grupo social pertenezco?

De ahí que Bárbara experimente intensas preocupaciones con el status social y económico de la familia, se pregunta si es pobre o muy rica, si será modelo, actriz, famosa, novia de, amiga de, ex novia de, ex amiga de. Su preocupación por las relaciones de amistades y rivalidades entre los miembros de la familia, las compañeras y colegas de clase con las que se mostraba muy fuerte; de la misma forma que sus miedos, se mostraban exacerbados y con frecuencia en su discurso aludía a películas de terror.

Según Winnicott, D. (1999), durante la entrada en la adolescencia se espera que el contenido agresivo emerja en un pensamiento inconsciente de **asesinato** que implica la muerte de todos los rivales y el establecimiento del dominio bajo la metáfora de la siguiente creencia: **soy el rey (o la reina) del castillo**. La muerte y el triunfo personal aparecen como algo intrínseco del proceso de maduración y de la adquisición de la categoría de adulto, implica la cuestión del **ser y no ser** y la lucha por la supervivencia.

En esta batalla, Bárbara se considera una **reina**, quien para adquirir la categoría de mujer grande tiene que competir con la madre de forma directa y aguerrida; de tal manera que ella es vista como en una igual y por lo tanto, una rival.

Asimismo tiene otra preocupación bastante fuerte, que los padres en cualquier momento se puedan separar. En ese aspecto, ella percibe a la familia con lazos inestables y con dificultades de comunicación; le genera angustia la posibilidad de desunión. De manera ambigua, su miedo puede ser entendido como la expresión de un deseo; pareciera que ella desea dicha separación de los padres porque a lo mejor, de esta manera sus conflictos interpersonales, por ejemplo con la madre, serían evitados a través de la evasión y su lugar le abriría un espacio que podría ocupar.

Sumado al conflicto con la madre, su percepción del padre está muy idealizada; es decir, el papá aparece muy valorado y adorado. Ella también percibe su inestabilidad emocional y se preocupa por su estado depresivo, por lo que busca apoyarlo.

Su percepción en relación al hermano menor indica celos y dificultades de comunicación. Hay que recordar que a raíz de su nacimiento ocurrieron muchos cambios en su vida. Sin lugar a dudas, la niña lo envidia bastante, incluso para practicar sus actitudes maternas prefiere hacerlo fuera de casa. Bárbara cuida a sus primos como si fuera su mamá, mientras que para cuidar al hermano se muestra muy reticente; además, tiene miedo de que éste sea el preferido, lo cual le genera cierta ansiedad y repercute en su relación familiar.

No se puede aludir a dicha configuración sin que la idea del complejo edípico sea evocada. Pareciera que Bárbara se halla delante de una mala resolución edípica, que llegó con más fuerza con la cobranza, ejercida por la pubertad precoz, de la elaboración edípica durante la niñez. Aquello que no fue bien trabajado en su debido momento cobra un precio por lo general mayor en el joven adolescente, quien tendrá que reelaborar sus herramientas adquiridas ante el entorno familiar hostil o alentador que haya en su historia.

En la pubertad, el psiquismo se ve forzado a reformular sus representaciones para realizar un trabajo de reinscripción de lo ya vivido en función de todo el incremento pulsional y de las modificaciones corporales aún no significadas, además de realizar la inscripción de lo que todavía no está representado. Se constituye así como un periodo de búsqueda de conocimiento y comprensión, donde la sexualidad es el vínculo de dicho proceso. El púber vuelve atrás para buscar en su pasado la identificación con sus padres, unidos y primitivos, dueños de todo el saber y poder para que, en aquel tiempo, pueda voltearse de frente y verse como alguien que conoce y sabe de todo, capaz de controlar el mundo por sí mismo, potente e independiente. Hay temor en avanzar, como también en retroceder. Sucede una gran desilusión en relación con el mundo que experimentó en la infancia, al mismo tiempo, una incesante búsqueda por ubicarse y encontrarse. Son procesos dolorosos y angustiantes por naturaleza, con altos niveles de ansiedad y profundos sentimientos de extrañeza, soledad, desamparo y desencanto. La época de la pubertad es un momento singular en que se produce un aumento de la tensión libidinal y los deseos sexuales se hacen más apremiantes, reforzados por la posibilidad de experiencias sexuales reales. La situación conduce de manera necesaria a un enfrentamiento con las barreras de las reacciones de culpabilidad y temor. Los deseos y tentaciones son fuertes, pero también lo son los temores (Horney, 1976).

Dolto (2000) constata que las niñas tardan en aceptar la resolución edípica; al contrario de lo que el psicoanálisis ha considerado, la autora certifica que en lugar de los 7 años, la niña resuelve su Edipo hasta la entrada a la pubertad, entre los 9 y 13 años. Mientras tanto, trae el conflicto **disfrazado** con una actitud neutral de carácter más cerebral, como el **interés** por estudiar.

En el complejo edípico, la niña al percibir que la madre tiene al padre y a lo(s) hermano(s), quiere ser como ella y competir con ella, quiere estar en su lugar y atraer a los hombres, busca resarcir su **falla o falta** (Dolto, 2007). En este sentido, la mujer no cree que el hombre sea el falo, sino la mediación para tenerlo y, para ella, el falo será tener un niño: “la castración fálica ya no es una amenaza para la mujer (como para el niño) sino un hecho” (Dolto, 2007, p. 97). La niña puede rivalizar de manera manifiesta con la madre hasta que se establece un alto por parte de ambos padres.

En dado caso que la pequeña siga con la creencia de que está por encima de su mamá, la realidad le abrumba cuando del cuarto de los papás sale un bebé y éste no es suyo. La niña, entonces, vive su momento más trágico, vuelve su interés a la maternidad por medio de juegos con muñecas y brinda cuidados a todos los bebés del mundo que no sea el hermanito (a). Su dote de buena madre en aprendizaje lo querrá enseñar de manera exclusiva fuera de casa, porque adentro le persigue el fantasma edípico. Puede cuidar del hermanito, pero lo hará sin placer por miedo que vuelva a caer en la ilusión del Edipo (Dolto, 2000). El camino hacia la resolución edípica se encuentra en la renuncia de sus impulsos sexuales, bajo la aceptación de la Ley bien impuesta por el tercero. En consecuencia, la niña habrá construido su identificación femenina y el niño, la masculina.

La entrada en la pubertad les exige a las chicas ser femeninas, mientras que cuando fueron más pequeñas se les permitió vestirse, jugar y tener intereses

correspondientes a rol masculino; pero una vez que su sexualidad ha madurado se espera que se comporten en la medida de lo posible como las mujeres (Silverstein & Perlick, 1995).

Por tanto, se puede concluir que Bárbara aún vive los conflictos concernientes al complejo edípico, dado que hasta su entrada precoz en la pubertad el padre ha fungido como otro niño en la casa y por consecuencia es inefectivo en su función de corte y ley bien impuesta por el tercero. Coexisten factores que agravan el desenlace edípico y que pueden haber sido también alentadores para avanzar su entrada en la pubertad: a) el estado depresivo y adolescente del papá indica una cierta ausencia e inestabilidad emocional, b) la madre ejerce un severo control, c) la llegada del hermano fue vivida de forma muy conflictiva y d) el auto concepto de Bárbara por el que se ve por encima de mamá como una reina.

Es natural que el desarrollo precoz de Bárbara influya en sus confusiones acerca de su identidad y sentimientos. El ser humano es biopsicosocial: al mismo tiempo que las hormonas están activadas y la pubertad procede bastante adelantada, su medio social parece facilitar el desarrollo sexual precipitado. Aquí cabe recordar los aspectos del entorno escolar de Bárbara, tanto la aparición de los temas sexuales como los constantes coqueteos entre los compañeros; la plática que la madre tuvo con ella donde se produjo, por resultado, un exceso de información acerca del mundo sexual; y por último considerar el contexto médico que, por concomitancia, resaltó la bienvenida al grupo de las mujeres grandes.

Las transformaciones físicas y psíquicas tienen un momento para suceder y sólo ocurren cuando los respectivos aparatos están aptos para vivirlas, producto de una consecuente maduración (Horney, 1976).

El caso de Bárbara se configura como una cuestión propia de pubertad precoz. La menarca temprana a la edad de 7 años nos remite a pensar que Bárbara puede haber entrado en la prepubescencia cerca de los 5 años. El promedio normativo de edad de la menarca en las niñas mexicanas oscila entre 12.06 y 12.64 años, con una variación aproximada entre 11.80 años y 12.70 (Chumlea *et al.*, 2003; Torres-Mejía *et al.*, 2005; Méndez, Valencia & Meléndez, 2006). Bárbara se encuentra, por lo tanto muy debajo de la norma, a una distancia de por lo menos 4 años.

En efecto, su caso provoca preocupación cuando se toma en cuenta los posibles efectos de la pubertad precoz asociados a diversas enfermedades e inseguridades emocionales.

El salto de Bárbara en su desarrollo parece mayor de lo común. Las etapas se ven condensadas y salteadas ¿Qué pasa con la fase que le concerniría a Bárbara experimentar si no fuera por su pubertad precoz?

Para entender mejor la importancia de vivir las etapas a su orden, la visión de Winnicott (1999), ha contribuido mucho hacia la salud y no hacia la enfermedad, la inmadurez es uno de los elementos más esenciales de aquélla; es la parte más preciosa del adolescente porque contiene los rasgos más estimulantes del pensamiento creador, sentimientos nuevos y frescos, ideas para una nueva vida. Las aspiraciones de quienes no son responsables, sacuden a la sociedad y ésta necesita esto. Winnicott (1999) es firme cuando aconseja lo siguiente a la sociedad: "Por el

bien de los adolescentes y de su inmadurez, no les permitan adelantarse y llegar a una falsa madurez, no les entreguen una responsabilidad que no les corresponde, aunque luchen por ella” (p.189).

El autor entiende que la madurez viene con el paso del tiempo y que no hay cura para la **sagrada** inmadurez del joven, a pesar de que con frecuencia la sociedad lo toma como si esto fuera parte de su enfermedad e intenta cobrarles a los adolescentes la madurez que corresponde a los adultos. De manera explícita Winnicott (1999) propone que las figuras paternas se hagan cargo de la responsabilidad si quieren que sus hijos adolescentes tengan vida y vivacidad. Para este autor, el joven puede modificar la sociedad y enseñar a los adultos a ver de forma renovada, siempre y cuando haya un adulto para encararlo. De lo contrario, si los adultos abdican su responsabilidad, los adolescentes tienen que saltar hacia una falsa madurez y pierden lo más pulcro que es la libertad para crear ideologías y actuar por impulsos; además de que toman un riesgo que se puede enredar como consecuencia de la falsa madurez, que sin ahondar más, Winnicott considera un gran peligro.

Es por ello que se vuelve importante trabajar no sólo con Bárbara sino también con sus padres, para que se hagan cargo de la inmadurez de su hija al acordar las reglas y los límites de la familia, quiénes dictan, cómo, qué y cuándo. La pareja debe ser vista como una unidad segura, firme, comunicativa y contenedora.

Se entiende que las intensas preocupaciones de Bárbara en el aspecto emocional la desvían del interés por las actividades académicas, lo cual la puede afectar en el futuro pues ésta es una etapa de mucha aprehensión de conocimientos.

A las fases del desarrollo que conciernen la sexualidad infantil, Freud (1905) las entiende como psico-sexuales. En su fundamento, la etapa en que se encuentra Bárbara o en la que se debería encontrar, corresponde a la latencia, fase donde se intensifica la represión, se desarrolla la amnesia de los primeros años y las sublimaciones asumen un gran valor. A través de ellas, el inconsciente participa en la adquisición cultural, los niños encauzan su energía hacia actividades que enfocan al aprendizaje formal e informal y fomentan la relación con sus compañeros. Hay un redireccionamiento de la energía pulsional, inhibición de la descarga y adecuación de los códigos culturales. El principio de la realidad debe estar más activo. Los mecanismos de defensa, represión y formación reactiva auxilian al ego a mantener los impulsos sexuales distantes de la consciencia; aunque estos mecanismos sean automáticos y no conscientes en sí mismos (Dolto, 2007 & Anna Freud, 1986).

Durante la latencia, el lenguaje y la verbalización superan de manera paulatina la acción. Los juegos y las actividades motoras se establecen como vías para la descarga de la energía pulsional y evitan la masturbación; lo que evidencia la discriminación entre fantasía y realidad, entre la relación con el otro y consigo mismo, sobretodo es cuando aparecen los sentimientos de vergüenza, de inferioridad y de culpa (señales de un incipiente ideal de ego); lo público y lo privado también comienzan a diferenciarse y la agresividad adquiere nuevas formas de expresión, canalizada a través de actividades sublimatorias, como los juegos, trampas o mentiras (Enck, 2007).

Al observar la complicación en su desarrollo emocional y las posibles interacciones del mismo, queda muy clara la importancia de que Bárbara sea asistida

en un proceso psicoterapéutico. Lograr una adecuación a su etapa sería una de las prioridades en el trabajo terapéutico, sobre todo si se toma en cuenta la magnitud de ese potencial preventivo y del tratamiento que, de iniciar a buen tiempo, tendrá mayores oportunidades de éxito. Sumado al hecho que ella se muestra muy dispuesta al encuentro de sí misma en una terapia; su forma de ser con pensamientos claros y abiertos, dejan a la luz un compromiso y entusiasmo, importantes para que el desarrollo de la terapia sea exitoso.

En este caso se recomienda terapia psicológica individual, seguida por orientación a la familia. Se sugiere también que se haga un acompañamiento ginecológico y endocrinológico para una revisión más específica de la menstruación precoz.

TRABAJO TERAPÉUTICO

Foco de trabajo con Bárbara

- Ubicarla en su edad y, o etapa de desarrollo, o ambas
- Manejo adecuado de su sexualidad
- Mejorar la relación con sus padres
- Comprensión de su pubertad precoz
- Establecer mejor los límites entre fantasía y realidad

Foco de trabajo con los padres

- Ubicarlos en relación a la edad real de su hija, que la vean como niña que es, y no como una mini-adulta en cuerpo adolescente
- Hacerlos entender que deben asumir sus funciones paternas
- Establecer acuerdos con respecto a las reglas
- Apoyarlos en el manejo e instauración adecuado de los límites

Comprensión de la pubertad precoz de su hija, con los debidos apoyos profesionales especializados, como ginecólogo y endocrinólogo

Los ejes de la intervención realizada con Bárbara constituyeron: la **psicoterapia de juego** y el **análisis de las relaciones transferenciales**, bajo la perspectiva psicodinámica.

Por psicoterapia de juego se entiende el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal, donde el psicoterapeuta de juego entrenado utiliza los potenciales terapéuticos del juego para ayudar a prevenir o resolver dificultades psicosociales y favorecer el óptimo crecimiento y desarrollo de sus pacientes. El deseo de jugar es lo que mantiene la condición de la terapia.

Para Melanie Klein (1987) el niño juega para repetir, elaborar, simbolizar y desplazar experiencias a través de externalizaciones y personificaciones de imagos.

El juego es sublimación porque permite al niño hacer un clivaje en sí mismo y sus identificaciones primarias. Por medio de los mecanismos de defensa como la disociación y la proyección, él puede diferenciar las identificaciones parentales y expulsarlas al mundo exterior, con lo cual logra aliviar la cruel presión.

La autora también considera que los juegos son acompañados de acciones proporcionales a la edad del niño: en la latencia, la vida imaginativa es más limitada, no hay mucha consciencia de enfermedad y la actitud predominante es de reserva y desconfianza. La interpretación se establece en la situación analítica, se trata de liberar la imaginación del niño y ayudarlo a comprender el propósito del análisis. Los juegos se presentan más adaptados a la realidad, suelen componerse de roles que buscan acceso al inconsciente a través de representaciones en apariencia desprovistas de fantasías. Los distintos personajes representados son comprendidos como aspectos del Ello y el Superyo.

La relación del terapeuta con los padres, sobretudo en este periodo, en esencia debe estar basada en la confianza, ya que éste será quien deba dar la información básica del significado del análisis y ningún otro detalle del proceso. Para garantizar la alianza terapéutica, los resultados que ayudan al niño a tener una mejor adaptación deben cumplir con el propósito. A diferencia del periodo de latencia, en la pubertad las pulsiones pasan a ser más poderosas, hay mayor actividad de fantasía y de vida imaginativa, dominan las emociones y el inconsciente. Las manifestaciones de ansiedad y de afecto son más pronunciadas. Durante la terapia, el analista debe confiar mucho en las potencialidades de las asociaciones verbales.

Winnicott (1999) señala que lo primario del juego es el desarrollo de la subjetividad. Lo propio del juego es el juego: en sí mismo. Jugar es terapéutico y por eso el psicoanálisis está planteado como lugar de juego. “Jugar es hacer”, dice Winnicott (1999), sobre todo del hacer en un sentido subjetivo. El área de juego tiene dominio propio: del área de la ilusión y de la creación humana, pertenece al área potencial. El juego tiene un ciclo: comienzo, desarrollo, fin. Tiene un lugar y un tiempo. Finaliza cuando la experiencia se agota o cuando resulta amenazado por circunstancias perturbadoras internas o externas.

La capacidad de juego implica una vivencia de cuidados y confianza en el ambiente; requiere, por lo tanto, de una función maternal. La madre equivalente al rol que el analista debe prestar, al proporcionar disponibilidad a través del constante amor que provee, no de una necesidad de una persona dependiente, sino de una capacidad para identificarse, lo que le ofrece a que ésta pase de la dependencia a la autonomía. Asimismo, el análisis, como el amor de la madre, permite que el paciente se sienta real, encuentre una forma de existencia consigo mismo y sea capaz de retirarse para relajarse. El análisis funge como el rostro de la madre que refleja lo que se puede ver, no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas, se espera que la interpretación venga del paciente.

El trabajo del análisis es promover que el paciente use al analista, como lo hace con el juego. ¡Lo fundamental es mantener la supervivencia del analista! La cual otorga la aceptación de la fantasía inconsciente de destrucción cuando refuerza la **constancia de objeto**. La certeza de que el uso no lo hará desaparecer y mantendrá

su supervivencia, edifica la confianza básica del niño en la vida. El vivir creador, entonces, puede emerger. Sería equivalente al siguiente diálogo: “Hola, te destruyo, te amo y tienes valor por mí porque has sobrevivido”. Luego: “Soy valioso, puedo confiar, no temo, puedo ser quien soy, puedo ser auténtico, creativo, tener ideas nuevas y realización personal”.

En el análisis de las relaciones transferenciales la transferencia se define como el peculiar fenómeno mediante el cual un paciente proyecta de manera inconsciente sentimientos, vivencias y emociones infantiles sobre su analista. Así, una persona verá en su terapeuta, y experimentará hacia él o ella, los mismos deseos y prejuicios que tuvo hacia sus padres y, o personas significativas de su infancia, o ambas; sin tener claro por qué lo hace. Se sentirá entonces enamorado, rechazado, experimentará angustias, temores y anhelos, que le resultan difíciles de expresar y mucho más de entender. En esencia hay dos tipos de transferencia, la positiva, que son los sentimientos amistosos y afectuosos hacia el terapeuta y la negativa, caracterizada por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo. Por lo general en la pubertad, se espera mayores intensidades de transferencias negativas y se dan por entendidas las actitudes de rebeldía y desafío (Klein, 1987).

Por otro lado, experiencias similares son experimentadas por el terapeuta, ser humano con historia e inconsciente, al fin y al cabo, que también proyecta sus vivencias sobre el analizado; a este fenómeno se llama contratransferencia. Si se le da un uso adecuado, la contratransferencia permite resultados favorables en la terapia pues, los logros del paciente hacen sentir al analista lo que se lleva a cabo fuera de la sesión, declara lo que él es capaz de producir en la gente con la cual se relaciona.

Para concluir la base teórica del enfoque terapéutico, queda señalada la importancia de las consideraciones acerca de la terapia de juego y de las relaciones transferenciales en el proceso **curativo** durante la psicoterapia infantil. A continuación, se da a conocer el tratamiento con Bárbara, el cual tuvo una duración de un año y 4 meses, de un total de 46 encuentros con la niña y 10 con los padres. Las sesiones semanales, tuvieron en promedio una duración de una hora. La familia fue comprometida y responsable con el tratamiento, hubieron pocas faltas y de éstas, la mayoría fueron justificadas y, o canceladas con anterioridad.

PROCESO TERAPÉUTICO CON BÁRBARA

En la fase inicial es posible leer en las siguientes viñetas, extraídas de sus sesiones, cómo Bárbara expresó sus cuestiones emocionales por medio de algunas del juego y de las relaciones transferenciales:

Margarita, el hada interpretada por ella (B), había huido de su casa en busca de trabajo a pesar de ser aún una niña. Ella pidió ser acogida por otra mamá (el personaje era interpretado por la terapeuta, T). Los papás de Margarita fueron a buscarla pero como ella se rehusó a ir con ellos, la mamá bruja se fue con indiferencia y el papá no dijo nada. La mamá bruja era muy enojona con el esposo y Margarita estaba cansada de vivir en su casa porque ella le gritaba mucho [1° sesión].

El novio de la niña dijo que le urgía salir de la casa de los vecinos porque aquella era una casa de pobres. Mientras salían con prisa, la mamá de la niña se accidentó, cayó y murió. La niña pidió a los vecinos se quedaran con el cuerpo de la madre y se fue con el novio a su casa.

Como en la historia los novios se quedaban en la casa, se le preguntó a Bárbara por el papá, ella contestó que él se había vuelto el presidente de la República, estaba muy ocupado y nunca más regresaría a la casa. La terapeuta le mencionó cómo ella había hecho de una historia de manera que la niña y el novio solos se quedaran como si ocuparan el lugar de los padres. B. sonrió y dijo estar de acuerdo [3° sesión].

B: “quién sabe dónde estará la mamá, está perdida en el bosque y no creo que vaya a regresar jamás”. Al preguntarle cómo se sentía la hija, dijo que muy bien porque estaba con su papá” [4° sesión].

Ante la pregunta de quién era su esposo y dónde estaba, B. contestó que él se encontraba con el presidente porque era su primo; al comentarle que el esposo parecía alguien muy importante, B respondió: “él es el que manda en el presidente, es el más importante” [5° sesión].

A diferencia de la semana pasada, en esta sesión no fue posible hacer recetas de jabón y champú porque Bárbara dijo que estas cosas eran de brujas. La circunstancia llevó a la terapeuta a decirle que las personas siempre tienen dos lados, uno de ellos es el de la bruja y el otro del hada: el ser humano a veces es bueno y a veces malo; como las mamás que a veces parecen buenas y también parecen malas [7° sesión].

A **mi** hermana le hablaron por teléfono. Ella se enteró que había unos ladrones afuera que nos querían robar, porque la noticia de la muerte de nuestra mamá había salido en el periódico y ahora todos sabían que éramos millonarias” [9° sesión].

Bárbara hace mención de un esposo en clara representación y confusión con la figura paterna, con lo cual trata de elaborar la resolución del complejo edípico. La agresividad hacia la madre aparece con claridad; actitudes de rebeldía, confusiones de roles y edades son evidenciadas. Ella percibe al papá como el más importante, al mismo tiempo que, quisiera que él fuera más activo y presente en las decisiones de la familia como un **presidente**. Quizás para ella él sea quien **manda** de manera inconsciente en sus deseos latentes. Su situación la conduce a un enfrentamiento con reacciones de culpabilidad y temor. Los deseos y tentaciones se muestran fuertes, al igual que los temores. Los principales mecanismos de defensa que utilizó fueron: negación, racionalización, paranoia y reparación maniaca.

En la relación transferencial se reveló la escisión del bueno y del malo: la madre se encontraba con la proyección de todo lo malo y la terapeuta, al fungir con el rol, estaba con todo lo bueno. La contratransferencia descubierta en ese periodo poco a poco cambió; en ocasiones estaba impedida a situar a Bárbara en su papel de niña, como esperaría que lo hiciera su madre, a veces se sintió como su par y en otros momentos como su maestra y, o alumna.

En la fase del proceso psicoterapéutico que se define como intermedia, Bárbara reveló su gran secreto. Llevó una carta donde contaba acerca de un sueño: había tenido sexo con su compañero y que lo que más quería era quedarse embarazada,

incluso ya tenía el nombre de la bebé y se imaginaba su carita. Decía: “me quiero ya embarazar, quiero tener sexo, hijos e hijas” [10° sesión].

Bárbara comenzó a jugar menos y a hablar más en busca de una mejor comprensión de la sexualidad femenina y del exceso de información que recibió. Empezó a cuestionar sus conocimientos:

T: “Se te hace difícil entender porque las relaciones sexuales son para los adultos”. B: “Sé que son para adultos, pero quiero tener un bebé”. T: “¿Y por qué un bebé?”. B: “Porque mi mamá no me quiere dar una hermana y yo quiero una amiga”. T: “Ah entonces, no es que quieras un bebé, sino una amiga como si fuera una hermana”. B: “Sí, pero mi hija sería mi mejor amiga”. T: “¿Para ti tu mamá es tu mejor amiga?”. B: “No, bueno, podría, es que muchas veces no nos llevamos bien y ahora tampoco me llevo bien con mi papá porque él está lejos de mí”. T: “¿Cómo lejos?”. B: “Es que siempre está de acuerdo con mi mamá, siento que está de su lado” [11° sesión].

Un fragmento de esta **nueva** dinámica proviene de las orientaciones con los padres. Les recomendé que la trataran como niña y que le permitieran lo que fuera adecuado a su edad, por ser ellos los adultos deberían hacerse cargo de lo que es mejor para su hija y ponerle los límites sin autoritarismo sino con asertividad y de común acuerdo entre los dos.

A partir del cambio de conducta de los padres y de manera concomitante al proceso psicoterapéutico, Bárbara comenzó a percibir su papá del lado de la mamá ¿quizás empezaba a elaborar su Edipo? El papá, a su vez, se mostraba más fuerte y ¿quizás más efectivo en su función de corte, de ley? Por consecuencia, los padres relataron que la relación con la madre empezó a mejorar de manera significativa.

En esta etapa donde el lenguaje y la verbalización superaron en forma paulatina la acción, Bárbara llegó a jugar y cuando lo hizo, la fantasía del embarazo estaba siempre presente. Otra fantasía recurrente en algunas sesiones estaba relacionada con la muerte de sus padres. La cuestión del nombre cobró mayor importancia: le gustaría llamarse como otra adolescente que, no por casualidad, tenía el mismo nombre de un personaje de una telenovela mexicana que sufre de anorexia y bulimia.

Bárbara comenzó a mostrar fuertes resistencias, decía que ya no quería ir a terapia porque le parecía que **perdía el tiempo** porque tenía el compromiso de cuidar de su primo bebé en las tardes y que por lo tanto no iba a tener tiempo de hacer sus tareas.

La terapeuta le dijo que le parecía que Bárbara estaba molesta y quizás algo que había escuchado en la terapia le era difícil. A lo que B respondió: “es que ya no confío en ti”. T: “¿Por qué?” B: “Es que ya tengo personas mejores que tú para hablar”. T: “¿Cómo quienes?” B: “Mi mamá, mi tío y mi ángel” [16° sesión].

El enojo hacia la terapeuta se reforzó al refutársele la idea sobre estar lista para ser mamá. La escisión permanece: aún le es difícil hacer la integración total de la figura materna. Si ahora se lleva mejor con la madre real, la transferencia en la terapia pasó a ser muy negativa, en alguna de las dos **madres**, real o transferencial, debería poder proyectar toda la agresividad que sentía. Los sentimientos de culpa que surgen a través de los impulsos agresivos provocados por la rivalidad referente al

complejo edípico encontraron su descarga en los juegos que fantasearon acerca de la muerte de los padres. Sus principales mecanismos de defensa adoptados fueron: negación, paranoia e identificación proyectiva.

En la contratransferencia mostrada, se le dio el derecho de elegir entre seguir en la terapia o no, se le conminó para que asumiera su responsabilidad y las consecuencias de su decisión. La terapeuta fungió como Superyo, con la finalidad de situarla en su realidad. A su vez, ésta sintió su rechazo y su resistencia que le provocaron enojo, tristeza y preocupación por Bárbara. Con claridad se le informó que no era el momento adecuado para dejar la terapia y también la terapeuta buscó aceptar sus límites en cuanto que no es correcto forzar u obligar la continuidad en una terapia. No obstante, Bárbara decidió continuar hasta que se le diera de alta.

Al finalizar la fase intermedia, Bárbara comenzó a hablar mucho sobre su imagen corporal en busca de su identidad al tratar de definir cómo es ella en el aspecto físico y emocional; sus sentimientos transferenciales de identificación y envidia hacia mí son expresados (un importante detalle es que la terapeuta es extranjera y ese día traía puestas unas botas).

En el pizarrón de la terapia Bárbara dibujó una chica sin brazos, con pelos esponjados, muchos granos en la cara, gorda, con botas “feas, de vaquero, fuera de moda”, lentes y una chamarra extranjera fuera de moda. La sesión terminó. Como era la hora de cerrar la clínica, la secretaria se retiró y la terapeuta se quedó sola con la niña mientras esperaban a que la madre llegara. Bárbara me preguntó dónde había comprado mis botas porque le habían gustado mucho. También preguntó si ella era la última de mis pacientes y que, por lo mismo, en realidad podrían quedarse juntas el tiempo que ella quisiera, que las sesiones podrían ser de hora y media o como desearan. La terapeuta contestó que el tiempo de la sesión es igual para todos. Bárbara reclamó que se le daba más tiempo a otros pacientes. Después preguntó la edad de la terapeuta, que si tenía hijos y que si estaba casada; si bien ésta no le contestó de manera directa, ella sola infirió las respuestas. Quedó muy sorprendida cuando se enteró de su edad (27 años), que no estaba casada, que no tenía hijos y tampoco novio. Con asombro, preguntó: “¿En serio, ni siquiera un amigo que te gusta como novio, sí pensaba que no tenías hijos, pero ni siquiera un novio tienes? ¡Uy, mi mamá me tuvo a los 21!” [18° sesión].

En esta plática fuera de la sesión pero como continuidad de la misma, Bárbara descubrió a través de la terapeuta y sus botas, un modelo distinto de la figura femenina que traía introyectada. A partir de ahí, ella comenzó a tener ciertos *insights* y a comprender mejor su relación con los padres por medio de la relación transferencial.

En entrevistas paralelas con los papás, la terapeuta supo que la pareja había pagado sus deudas y que el papá había retomado su trabajo con vigor. En esa ocasión el padre reveló su duda de cuál sería el problema de que Bárbara fuera madre a temprana edad y quizás él había expresado su deseo inconsciente de que fuera madre joven.

En la sesión subsecuente Bárbara dijo: –“Mi papá toma las decisiones de mi vida por mí”. A continuación participó en un psicodrama en el que ella hablaba con sus papás. La terapeuta comentó en tono de pregunta que se había dado cuenta

que a veces la niña quería ponerse en el lugar de la terapeuta y otras, en el de la mamá. Bárbara sonrió y admitió: “algo...es verdad” [19° sesión].

El sentimiento de pérdida de la infancia empezó a trabajarse en la fase cercana al final de la terapia:

Bárbara se sentó en la silla chiquita y quedó un poco atorada. Trató de pararse pero traía la silla pegada en su cadera. Apenada, dijo: “es que crecí, ya no quepo en esta silla para niños”. Se sentó en una silla grande y la terapeuta le hizo ver que, en efecto sí, ella había crecido mucho y quizás hasta muy rápido, tanto que ahora se sorprendía (...) Jugó en el arenero y se acordó de cuando era niña y la llevaban a la playa. Le comentó que le parecía que ella guardaba buenos recuerdos de esta época y que por eso la extrañaba. T: “uno crece, gana cosas y por otro lado, también deja cosas, historias, recuerdos, la infancia (...)”. Bárbara escuchó con mucha atención [20° sesión].

Bárbara regresó de las vacaciones alterada porque había descubierto que los Reyes Magos no existían. Ella se despidió de un mundo infantil y elaboró su duelo. De manera simultánea en esta elaboración de pérdida es posible identificar una disminución significativa de la actividad de su fantasía y se observa más apegada a la realidad. De hecho, ella empezó a utilizar accesorios propios de una niña en crecimiento, como un mp3 y bolsitas de mano. Pareciera el comienzo de una asimilación de su crecimiento tanto físico como emocional. Los juegos y las actividades motoras se establecieron como vías para la descarga de la energía pulsional; lo que evidenció su discriminación entre fantasía y realidad, la relación con el otro y consigo misma, sobre todo cuando aparecieron los sentimientos de vergüenza e inferioridad. La agresividad adquirió nuevas formas de expresión, canalizada a través de actividades sublimatorias. Sus juegos pasaron de la competencia a la división: “Me quedo con eso y tú con eso, no soy mejor que tú, somos diferentes, tú eres mayor que yo, yo aún soy una niña”.

Los juegos de ser mamá disminuyeron y Bárbara empezó a dibujar más. En ese momento, ella se da cuenta que a veces suele exagerar sus reacciones emocionales. Los padres aceptaron la sugerencia de acompañamiento médico para evaluar las contingencias de la aparición de su pubertad precoz.

El tema de la menstruación pasó a ser mucho más tangible, lo que le ayudó a comprender el propósito del análisis. Ésta pasó a ser entendida no como enfermedad, sino como un proceso natural, por el cual atraviesan todas las mujeres.

Bárbara llegó a la siguiente sesión y mostró a la terapeuta su antebrazo al contarle que le habían sacado sangre. Hablaron de que se trataban de exámenes para verificar sus hormonas. Al preguntarle si ella sabía la razón de esto, dijo que por su mesntru... (sic), no completó la palabra pues decía que no la podía pronunciar bien. La terapeuta dijo: **menstruación**. Bárbara trató de repetirla sin éxito. Comentaron que quizás no la podía decir porque le costaba trabajo entenderla y aceptarla. Ella sonrió y dijo que ahora le iba mejor, porque antes no llevaba sus toallas y siempre se manchaba la ropa (...) Hizo un dibujo sobre la naturaleza y en la presentación del mismo hablaron sobre la naturaleza de los sexos, hombres y mujeres. B: “Los hombres tienen penes, las mujeres pecho y vagi...”, no pudo pronunciar la palabra,

la terapeuta la señaló y la nombró; B con una sonrisa repitió **vagina**. Se le dijo que la menstruación forma parte de la naturaleza de la mujer. B: “Ah, sí es cierto”. Hubo un refuerzo acerca de que la menstruación es algo natural, pero que a algunas les baja antes y a otras después, a lo que B. completó: “Como a mí que me bajó antes y a ti que te bajó después”. Al preguntarle por qué decía esto ella dijo que no lo sabía, se lo suponía. La terapeuta le dijo que le parecía que ella hacía dicha suposición porque en general a las niñas les suele bajar más tarde. Antes de irse, Bárbara preguntó en tono de afirmación: “¿Entonces es natural?” [23° sesión].

En la 24° sesión, cambió de lugar con la terapeuta, le pidió actuar como una niña, mientras que ella sería una mujer grande. Al final cambiaron la transformación: ella se fue como niña y la terapeuta se quedó como mujer. Bárbara llamó esta sesión de **cambio de transformación**.

Surgió entonces un juego que duró algunas sesiones en donde Bárbara solicitó hubiera una grabadora para bailar y cantar juntas. Ella llevó la música y crearon las coreografías de acuerdo a las canciones, las cuales en general eran románticas y de moda. Mientras bailaban la terapeuta le comentó acerca de la libertad que se sentía en los brazos al no tener que cargar a un bebé, Bárbara estuvo de acuerdo [28° sesión].

El proceso de integración de diferentes situaciones, emociones y sensaciones tomaron dirección. Bárbara logró decir que le gustaba su nombre y también pudo decir la palabra menstruación sin que esto le causara dificultad.

En la sesión 32 Bárbara fue informada acerca del cierre de la terapia en las próximas cuatro sesiones, a lo que Bárbara respondió: “¡tenemos que empezar a hacer un recordatorio!”. Escribió una carta que decía:

“Lo que me gusta de mi amiga Luana: que es comprensiva (es su trabajo) pero ella está siempre para hablar de lo que siento y aparte eres muy buena onda. Lo que no me gusta de Luana: que me habla de cosas que no quiero tocar”.

En la 34° sesión Bárbara cumplía 10 años, fue una feliz coincidencia para el momento de cierre. La terapeuta organizó una pequeña fiesta sorpresa con pastel y regalos, puso todos los juguetes con los que había jugado (los títeres y los bebés) como si fueran nuestros invitados. En esta sesión hablaron de los cambios que habían vivido a lo largo del tratamiento. Bárbara comentó que su relación con su madre era mejor, que ya le tenía confianza y no se enojaba con ella por cualquier cosa. También mencionó que su interés en la escuela había cambiado y ahora tenía mejores calificaciones. Le pidió a la terapeuta grabar unos videos en los que dijo:

“Estas palabras te las dedico a ti. Gracias por ser mi amiga, por ayudarme en estas cosas y por todo esto que me has hecho, te lo voy a agradecer mucho”. T: “Oye ¿me podrías decir qué cosas?” B: “Sobre la menstruación, sobre que ser novios ahorita es un juego y que no va a pasar muchas cosas y ahora que me cambié de escuela es porque soy madura y que además me enseñas, y que además de ser mi psicóloga para mí eres mi amiga y espero que yo para ti también. Éste es el arenero donde Luana y yo hemos jugado muchas veces, se podría decir que es el segundo

lugar donde más nos gusta jugar y espero que cuando me vaya y veas el arenero, te acuerdes de mí y yo cada vez que vea la arena o vea las fotos, me voy a acordar de ti, no sólo de este tiempo, sino de mucho más tiempo. Espero que también otros niños disfruten de ese espacio, gracias por mi fiesta, te lo agradezco mucho, gracias”.

Para el cierre, Bárbara pidió que su madre estuviera presente. Como diría Anna Freud (1980), una terapia se da por terminada cuando se observa la resolución de la transferencia y colusión entre las resistencias del paciente y los padres. Bárbara ilustra:

“Te conocí y empecé la terapia porque me llevaba mal con mi mamá, porque no le tenía confianza, ahora me llevo bien con ella y la he descubierto en mi vida como una amiga también, así que quiero compartir con ella este espacio y este logro que es mío y de nuestra relación”.

El día del cierre Bárbara traía otra carta de despedida. Mientras leía, la madre lloraba, a Bárbara se le salían algunas lágrimas y la terapeuta también estaba, de cierta forma, emocionada. Bárbara quiso presentarle a la madre todos los títeres, y solicitó grabar en video a cada uno. La mamá se reía de la forma en la cual se los presentaba y ponía mucha atención. Las tres bailaron y se despidieron de manera alegre con todo y la tristeza que concierne una despedida. Entre las tres “lucieron” sus logros y aprendizajes. Por último, ellas platicaron que construyeran un cuarto extra para Bárbara y su hermano. Compartieron esta noticia con mucho gusto y como parte de sus logros.

En el lado contratransferencial la terapeuta se sentía lista para dejar que Bárbara utilizara en el mundo real todas las herramientas adquiridas en el espacio terapéutico, dada su adecuada ubicación en la etapa que le concierne: la latencia en transición a la pubertad.

CONCLUSIONES

Como gota que al caer en un estanque tranquilo provoca ondas expansivas que crecen y crecen hasta abarcarlo todo, este caso de pubertad precoz impactó el desarrollo de la autora como psicoterapeuta. El todo dirigido la llevó a buscar contribuir en lo posible con una guía de psicoterapia infantil orientada a los casos de pubertad precoz. Para su sorpresa no encontró en los bancos de bibliografía de las bases de EBSCO, PsycINFO, de la Asociación Nacional de Psicoterapia Infantil, Tesis de la UNAM y hasta las de Internet, ningún trabajo que concerniera un tratamiento psicológico específico para el fenómeno de la pubertad precoz. De acuerdo con las afirmaciones de los estudios, la pubertad precoz requiere de atención psicológica y en eso, el presente estudio de caso, lo confirma. Queda la duda acerca del tiempo que tomará a los mexicanos, brasileños, o a cualquier ciudadano del mundo, percatarse con apertura de este fenómeno generalizado y deje de ser una discusión de café o de sobremesa o es que ¿habrá que resignarse?

Pareciera que se camina en un sendero nebuloso, cuyo resultado podría generar en las generaciones futuras seres pasivos, de fácil manipulación y de pobre contribución intelectual, porque en su momento de mayor aprendizaje estuvieron más preocupados con sus cuerpos exteriores y su imagen reflejada en los espejos de modelos de belleza, los cuales sólo engrandecen el consumismo y la sexualidad. Niñas que podrían ser madres. ¿Qué será de los hijos de estas madres niñas? ¿Dónde están los adultos?

La ambigüedad es grande: no se desea un mundo sobre poblado pero sí hay más consumidores de sexo, de imágenes hiper sexualizadas. Desde el punto de vista de quien esto escribe, esta situación actual surge porque algunos hacen dinero con los mini-consumidores que al **creerse** grandes, tiranizan a sus padres con sus exigencias de tener más, para ser “cómo fulanita y perenganita”, y desde muy jóvenes son un gran nicho, manipulable, de consumidores que se harán adictos a un estereotipo y a la sexualización.

Si bien los movimientos femeninos y por la infancia han luchado por largo tiempo por sus derechos, y han ganado muchos, aún existen enclaves de co-dependencia muy fuertes. En la actualidad, los padres de manera inconsciente no podrán trabajar para impulsar a sus hijos a desarrollarse como personas que puedan aportar con su creatividad e intelectualidad a la sociedad. Como diría Winnicott (1999), la inmadurez es parte esencial de este proceso.

El rol que los padres deben asumir no es claro en una sociedad que declara que todos, desde la más pequeña infancia, son libres. Lo son desde un punto de vista filosófico, pero cuando las personas tratan de aplicar esta libertad en sus vidas dentro de una sociedad, donde sus actos tienen una repercusión directa, deben tomar conciencia de su responsabilidad y de los daños colaterales que esto puede causar; en primera instancia, a los niños, por no brindar los límites y la estabilidad que su crecimiento y desarrollo requieren.

Este estudio busca ser una invitación a los profesionales de la educación, de la psicología, de la medicina y a la comunidad científica, para formular más modelos preventivos y de intervención terapéutica para la promoción de la salud, y por supuesto, de la salud emocional de quienes serán los adultos de mañana. Los profesionales tienen una gran responsabilidad, ya que son la punta de lanza que deberá despertar a los padres la contención que deben dar a sus hijos.

Este trabajo pretende alertar sobre la pubertad precoz, sus posibles consecuencias y las vicisitudes de los tratamientos psicológicos que le pueden concernir. Es de esperar sea de utilidad y que mucho de lo abordado beneficie a la psicoterapia en general, pero que en el caso de la pubertad precoz pareció con mayor preeminencia.

REFERENCIAS

- Arguinzoniz, S. L. (2008). *Evaluación cualitativa de la literatura sobre el uso de análogos sintéticos de hormona liberadora de gonadotropinas (GNRH) como tratamiento en la pubertad precoz*. Tesis de título especialista en endocrinología pediátrica. México: Facultad de Medicina, UNAM.

- Baumann, D. A.; Landolt, M. A.; Wetterwald, R.; Dubuis, J. M.; Sizonenko, P. C. & Werder, E. A. (2001). Psychological evaluation of young women after medical treatment for central precocious puberty. *Horm Res.* 56: 45-50.
- Belsky, J.; Steinberg, L. & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development.* 62(4): 647-670.
- Belsky, J.; Houts, R. M.; DeHart, G.; Roisman, G. I.; Steinberg, L. D.; Friedman, S. L.; Cauffman, E.; Halpern-Felsher, B. L.; Susman, E. & The NICHD Early Child Care Research Network. (2007). Family Rearing Antecedents of Pubertal Timing. *Child Development.* 78(4): 1302-1321.
- Benjet, C., & Hernández-Guzmán, L. (2002). A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence,* 31(6), 429-442.
- Biehl, C. M.; Natsuaki N. M & Ge, X. (2007) The Influence of Pubertal Timing on Alcohol Use and Heavy Drinking Trajectories. *J Youth Adolescence.* 36:153-167.
- Boulgourdjian, E. M.; Martínez, A.; Gryngarten, M.; Ropelato, M. G.; Bergadá, C.; Heinrich, J. J. y Escobar, M. E. (2002). Evaluación del tratamiento de la pubertad precoz central con análogos del factor hipotalámico liberador de gonadotropinas. *Arch.argent. pediatr.* 100(4): 302-309.
- Carvalho, W.R; Santos , E. F. & Guerra, G.J. (2007). A idade da menarca está diminuindo? *Revista Paulista de Pediatria.* 25(1):76-81
- Castro-Feijóo, L. y Pombo, M. (2006). Pubertad Precoz. *An Pediatr Contin.* 4(2):79-87.
- Cesario, S. K. & Hughes, L. A. (2007). Precocious puberty: A comprehensive review of literature. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns.* 36(3): 263-274.
- Chumlea WC, Schubert CM, Roche AF, Kulin HE, Lee PA, Himes JH *et al.* (2003). Age at menarche and racial comparisons in US girls. *Pediatrics.* 111: 110-3.
- Comings, D. E.; Muhleman, D.; Johnson, J. P. & MacMurray, J. P. (2002). Parent-Daughter Transmission of the Androgen Receptor Gene as an Explanation of the Effect of Father Absence on Age of Menarche. *Child Development.* 73(4): 1046-1051.
- Deardorff, J.; Gonzales, N. A.; Christopher, F. S.; Roosa, M. W. & Millsap, R. E. (2005). Early Puberty and Adolescent Pregnancy: The Influence of Alcohol Use. *Pediatrics.* 116(6): 1451-1456.
- Dolto, F. (2000). *Lo Femenino.* España: Paidós Psicología Profunda.
- Dolto, F. (2007). *Psicoanálisis y pediatría.* 22° ed. México: Siglo XXI editores.
- Dunbar, J.; Sheeder, J.; Lezotte, D.; Dabelea, D. & Stevens-Simon, C. (2008). Age at Menarche and First Pregnancy Among Psychosocially At-Risk Adolescents. *American Journal of Public Health.* 98(10): 1822-1824.
- El-Khoury; Bassam, M. & Mellner, C. (2004). Symptom development and timing of menarche: A longitudinal study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 13(1): 40-53.
- Enck, E. M. N. (2007). *O encurtamento da Latência e a Puberdade Precoce: Um problema dos tempos atuais.* Porto Alegre: Congresso Brasileiro de Psicanálise.
- Erikson, E. H. (1950). *Infancia y sociedad.* Argentina: Ed. Horme.
- Finlay, F. O.; Jones, R. & Coleman, J. (2002). Is puberty getting earlier? The views of doctors and teachers. *Child: Care, Health and Development.* 28(3): 205-209.
- Fredriks, A., Van buuren, S., Burgmeijer, R. *et al.* (2000). Continuing positive secular growth change in the Netherlands 1955-97. *Pediatr Res.* 47:316-323.
- Freud, A. (1980). *Psicoanálisis del niño.* Argentina: Paidós.
- Freud, A. (1986). *Normalidad y patología en la niñez.* Argentina: Paidós.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual. Tomo VII. Obras Completas.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Gaete, X. & Codner, E. D. (2006). Adelanto de la pubertad en Chile y el mundo. *Revista Chilena de Pediatría*. 77 (5): 456-465.
- García, H., Youlton, R., Burrows, R. & Catanni, A. (2003). Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la pubertad precoz central. *Revista Médica de Chile*. 131 (4): 95-110.
- Hernández, M. M., Benítez, R., Medranda, I., Pizarro, C. & Méndez, M. J. (2008). Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad del inicio puberal, edad de la menarquía y talla. *An Pediatr*. 69 (2): 147-153.
- Horney, K. (1976). *Psicología femenina*. Buenos Aires: ed. Psique.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la adolescencia*. (3ªed.). México: Paidós.
- Kaplowitz, P. B., Oberfield, S. & Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. (1999). Reexamination of Age Limit for Defining When Puberty Is Precocious in Girls in the United States: Implications for Evaluation and Treatment. *Pediatrics*. 104: 936-941.
- Kaplowitz, P. B., Slora, E. J., Wasserman, R. C., Pedlow, S. E. & Herman-Giddens, M. E. (2001). Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race. *Pediatrics*. 108: 347-53.
- Keim, S. A.; Branum, A. M.; Klebanoff, M. A. & Zemel, B. S. (2009). Maternal Body Mass Index and Daughters' Age at Menarche. *Epidemiology*. 20(5): 677-681.
- Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós.
- Martínez, R. B. (2008). *Propuesta de un manual de orientación sexual para padres con hijos en la etapa adolescente*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Pedagogía, Universidad de Sotavento A.C.
- Martínez, J. P. & Sanz, V. S. (2007). Pubertad precoz y pubertad retrasada. *Pediatría Integral*. (6): 515-530.
- Marván, M. L.; Morales, C. & Cortes-Iniestra, S. (2006). Emotional reactions to menarche among Mexican women of different generations. *Sex Roles*. 54(5-6): 323-330.
- Marván, M. L.; Vacio A.; arcia-Yanez, G. y Espinosa-Hernández, G. (2007). Attitudes toward menarche among Mexican preadolescents. *Women & Health*. 46(1): 7-23.
- Marván, M. L.; Vacio A. & Espinosa-Hernández, G. (2003). Menstrual-related changes expected by premenarcheal girls living in rural and urban areas of Mexico. *Social Science & Medicine*. 56: 863-868.
- McDowell, M., Brody, D. & Hughes, J. P. (2007). Has Age of Menarche Changed? Results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *Journal of Adolescent Health*. 40: 227-231.
- Méndez, R. O. E.; Valencia, M. E. y Meléndez, J. M. T. (2006). Edad de la menarquía en adolescentes del noroeste de México. *Alan: archivos latinoamericanos de nutrición*. 56 (2): 8.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L.; Ehrhardt, A. A.; Bell, J. J.; Cohen, S. F.; Healey, J. M.; Feldman, J. F.; Morishima, A. *et al.*, *Youth and Adolescence*. 14(4): 339-353.
- Papalia, D. E.; Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*. 9º ed. México: McGraw Hill Interamericana.
- Parent A.S.; Teilmann G.; Juul, A.; Skakkebaek, N.E.; Topparrri, J. & Bourguignon, J.P. (2003). The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocrine Reviews*. 24(5):668-693.
- Romans, S. E.; Martin, J. M.; Gendall, K. & Herbison, G. P. (2003). Age of menarche: the role of some psychosocial factors. *Psychological Medicine*. 33: 933-939.
- Sandler, D. P.; Wilcox, A. J.; Horney, L. F. (1984). Age at menarche and subsequent reproductive events. *American Journal of Epidemiology*. 119(5): 765-774.
- Schulin-Zeuthen C. P.; Yamamoto M. C.; Pires N. Y.; Mayerson D. B & Cattani A. O. (2003). Pubertad precoz periférica por tumor ovárico de las células de la granulosa juvenil, con manifestaciones iso y heterosexuales en una niña de 6 años. *Rev Med Chile*. 131: 71-76.

- Silverstein, B. & Perlick, D. (1995). *The cost of competence: why inequality causes depression, eating disorders and illness in woman*. U.S.A.: Oxford University Press.
- Sloboda, M.D; Hart, R.; Doherty, A.D.; Pennell, C.E. & Hickey, M. (2007). Age at Menarche: Influences of Prenatal and Postnatal Growth. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 92(1):46-50.
- Styne, D. M. (2004). Puberty, obesity and ethnicity. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 15(10), 472-478.
- Soefer, E. F.; Scholl, T. O.; Sobel, E.; Tanfer, K. & Levy, D. B. (1985). Menarche: Target age for reinforcing sex education for adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*. 6(5): 383-386.
- Torres-Mejía, G.; Cupul-Uicab, L. A.; Allen, B.; Galal, O.; Salazar-Martínez, E. & Lazcano-Ponce' E. C. (2005). Comparative study of correlates of early age at menarche among Mexican and Egyptian adolescents. *Am. J. Hum. Biol.* 17:654-658.
- Winnicott, D. W. (1999). *Realidad y juego*. 7º ed. España: Editorial Gedisa.
- Whincup; Gilg J. A.; Odoki, K; Taylor, S. J. C & Cook, D. G. (2001). Age of menarche in contemporary British teenagers: survey of girls born between 1982 and 1986. *BMJ*. 322(7294): 1095-1096.
- Wyshak, G. & Frish, R. (1982). Evidence for secular trend in age of menarche. *NEJM*. 306: 1033-1035.
- Zabin, S. L.; Emerson, M. R. & Rowland, D. L. (2005). Childhood sexual abuse and early menarche: the direction of their relationship and its implications. *Journal of Adolescent Health*. 36:393-400.
- Zacharias, L. & Wurtman, R. (1969). Age at menarche: Genetic and environmental influences. *NEJM*. 280: 868-875.
- Zehr, J. L., Culbert, K. M., Sisk, C. L., & Klump, K. L. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and behavior*, 52(4)

Capítulo 5

Enuresis y encopresis: tratamiento a través de la psicoterapia de juego

*Gabriela Olvera Ortíz y
Emilia Lucío Gómez-Maqueo*

ENURESIS

Constituye un síntoma clínico infantil que se presenta con frecuencia en la consulta psicológica y merece especial atención del especialista dedicado a la psicoterapia infantil.

Algunos sólo la consideran una expresión sintomática, mientras que para otros es todo un cuadro nosológico. Para muchos, su etiología es de manera estricta psicógena, quizás para otros tantos es un desajuste madurativo, neurovegetativo o neurológico; es decir, que su base es orgánica (Knobel, 1977). Doltó (1974) considera que hay una extrañeza general ante la presencia frecuente de la enuresis, y es por esta razón que muchos niños son llevados a consulta psicológica; sin embargo, no se puede analizar el síntoma por sí solo, pues se dejaría a un lado el trasfondo de una posible neurosis en el infante. Su comprensión no se concibe sino bajo una perspectiva del desarrollo, ya que la organización del control de micción constituye una etapa importante de la psicogénesis.

La enuresis no es un síntoma que se pueda generalizar en la mayor parte de los casos, es en sí la expresión de un conflicto intrapsíquico. Todos los estudios modernos que han tratado la enuresis coinciden en postular el origen psicógeno del síntoma. Pero el mecanismo de acción de los psíquicos desencadenantes no resulta aclarado lo suficiente y no parece que exista un criterio uniforme para su consideración (Bekei, 1984).

Kreisler (1977, citado en Lebovici, 1990) la define de la siguiente forma: la enuresis es una micción incontrolada que persiste, o que vuelve aparecer después de la edad de la madurez de la función, que se produce de manera habitual durante el sueño, de curso evolutivo más o menos habitual, singular por su desencadenamiento que es inopinado e involuntario, aunque normal en su desarrollo fisiológico.

La enuresis puede ser primaria (y su nota predominante será el retraso de manifestarse el control esfinteriano), o secundaria, aparecer o reaparecer, tras un intervalo más o menos largo de limpieza. Hallgren (citado en Ajuriaguerra, 2004) considera que hay enuresis secundaria cuando (antes de los 4 años) el niño ha estado sin mojarse durante un año o más.

Es indudable que la enuresis se acompaña de determinada situación familiar, ambiental, que provoca en el niño **inseguridad** o inestabilidad emocional o **física** (Krakowski-Santora, citado en Knobel, 1977) y que la familia reacciona en una forma por demás pasiva, lo que es agravante por la falta de amor que se le hace sentir al niño, o lo que es más frecuente, con extrema gravedad. Corominas (1996) considera que los niños con enuresis presentan una evidente disociación cuerpo-mente, que viene implícita en la historia, con impulsos y sensaciones que se manifiestan en aquellos que presentan diferentes niveles relacionales de su personalidad.

Factores emocionales y enuresis

El síntoma de la enuresis puede tener diversos significados. Reza (citado en Aguilar, 1998) destaca la importancia de analizar el momento y eventos significativos que ocurrieron en la época en que se originó el síntoma, además de lo que ocurrió después, ya que desde el punto de vista psicológico, existen factores que originan la enuresis y otros que la mantienen y modifican el síntoma con el paso del tiempo.

En un inicio, el síntoma se inclina por el cumplimiento de una demanda a nivel inconsciente; sin embargo, éste variará conforme pasa el tiempo, de manera más directa con las experiencias que el niño tiene a lo largo de su desarrollo; las cuales traen como consecuencia las modificaciones del mismo. Puede verse perpetuado por diversos factores, ya que en general el niño tiene la inclinación por no dejarlo, y obtener ganancias, beneficios primarios o secundarios de éste (Aguilar, 1998):

Beneficios primarios. Aquellos derivados de manera directa de las sensaciones que provoca la micción. Algunos provienen de tendencias regresivas ligadas a la pasividad y a la erotización cutánea; otros son los placeres de orden masturbatorio, testimonio de una fijación al erotismo uretral; y por último, placeres de sensaciones difusas, ligadas a la percepción de que el cuerpo se llena y vacía de agua.

Beneficios secundarios. Aquellos resultantes de los cambios que el síntoma provoca en el entorno y de la utilización que permite en las relaciones interpersonales. Algunos de ellos se ligan a la regresión que facilita un contacto más estrecho con la madre y las satisfacciones eróticas que le provee la madre mediante los cuidados cutáneos y corporales; o son ventajas creadas por el masoquismo del niño, como los castigos y los conflictos familiares en torno a la enfermedad.

El síntoma secundario puede variar de acuerdo a las actitudes de los padres. En otros casos son menos confesables y más difíciles de descubrir; ventajas ligadas a la regresión que facilitan un contacto estrecho con la madre y satisfacciones eróticas mediante cuidados cutáneos y corporales, ventajas para el masoquismo del niño por los castigos y los conflictos familiares en torno al síntoma, ventajas en un

registro edípico por la complicidad con uno de los padres en contra del otro, ventajas defensivas en el adolescente que se protege así de un acceso a la sexualidad adulta. Se sospecha de la importancia de estos beneficios secundarios en aquellos casos en los que el niño soporta con demasiada serenidad las consecuencias desagradables de su síntoma Lebovici (1990).

Personalidad del niño enurético

Autores como Ajuriaguerra (2004), Lebovici (1990) y Aguilar (1998) entre otros, coinciden en que no hay un perfil unívoco de la personalidad del niño enurético; sin embargo hay dos características a observar: la dependencia afectiva y la agresividad.

Con relación a la dependencia afectiva Lebovici (1990), sugiere que la dependencia excesiva se manifiesta por comportamientos de apego excesivo a los padres, sobre todo a la madre, la pobreza de contactos con los niños de la misma edad, la tendencia a frecuentar adultos o niños más pequeños, los juegos regresivos, la persistencia de costumbres infantiles (chuparse el dedo, apego a los objetos de la primera infancia). Esta inmadurez encuentra con frecuencia un eco favorable en los padres, en los que se advierte el deseo de que su niño sea aún un bebé. Este mismo autor añade que en el polo de la agresividad, se expresa de diferentes modos: a veces es franca, en el niño que decide oponerse o en el trastorno del carácter desborda con amplitud el síntoma para abarcar numerosos sectores de su vida; otras adopta una forma camuflada, en niños más bien pasivos o apáticos que no tiene otras posibilidades de expresar su agresividad.

Asimismo Corominas (1996) señala que a menudo los niños enuréticos presentan inhibiciones de la fantasía o bien ésta puede ser muy pobre. De igual forma son niños estimulados por el ambiente, se autoexigen un alto nivel en el aprendizaje (rendimiento escolar) superior al de su edad, por lo que es a través de la enuresis que llegan a satisfacer necesidades primarias.

ENCOPRESIS

Este trastorno forma parte de los que conforman la expresión anal, se manifiesta durante la infancia y es considerada como la manifestación de un síntoma, el cual no presenta una causa orgánica.

Por lo general se considera a la encopresis como el defecar en los pantalones, en lugares inapropiados de acuerdo a lo establecido en la sociedad; sin embargo, al hacer esto se corre el riesgo de dejar a un lado todo aquello que conlleva la retención y expulsión de las heces fecales según cada sexo, así como las consecuencias y la intensidad con la que se presenta.

Janin (2008) reflexiona que la encopresis es un trastorno que, como tantos otros, puede encontrarse en diferentes estructuras psíquicas y que no define un cuadro psicopatológico. Sin embargo, se puede llegar a precisar algunas características generales y algunos nudos de conflictos que se repiten en los niños encopreticos. Se

trata de un grupo heterogéneo que no enmarca en las categorías tradicionales, se pueden reconocer conflictos en la etapa anal, sin embargo, estos no corresponden a los cuadros clásicos de neurosis obsesivas, psicosis o a las estructuras paranoides (Romano, 1997).

El Manual diagnóstico-estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés, 1999), ubica a la encopresis dentro de los trastornos de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia, y considera para su diagnóstico como característica esencial, la emisión repetida de heces en lugares inadecuados (p.ej. ropa o suelo), en la mayor parte de los casos esta emisión puede ser involuntaria, pero en ocasiones es intencionada. El tiempo en el cual se presenta el síntoma de la encopresis es por lo menos una vez al mes durante tres meses como mínimo y la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 4 años. Es importante descartar causas fisiológicas directas como puede ser, el uso de laxantes, alguna enfermedad médica, con excepción de algún mecanismo que implique estreñimiento.

La clasificación internacional de las enfermedades mentales, CIE-10 (1993), define la encopresis como la emisión repetida de heces en lugares inapropiados (ropas o suelo) ya sea de manera involuntaria o intencionada. A diferencia del DSM-IV, la CIE-10 considera que debe presentarse por lo menos un episodio de encopresis al mes durante al menos 6 meses.

La encopresis puede tener diferentes manifestaciones, puede variar en relación a la intensidad con la que se presenta y por ende sus consecuencias. Las diferentes formas clínicas de la encopresis pueden distinguirse de como:

Continua/ discontinua (Laguna, 2008). En el primer caso, el niño no controla el esfínter anal y su familia lo tolera debido a las condiciones socioculturales, como consecuencia de un entrenamiento inapropiado, por lo cual el defecar es un acto agradable para el niño. La encopresis discontinua se puede presentar en niños de familias compulsivas que sienten temor a la encopresis. Ésta es producto de un estreñimiento coercitivo y grave donde prevalece cierto nivel de desagrado asociado a la defecación.

Primaria/secundaria. La primera se refiere a la incontinencia fecal en la cual el niño nunca ha adquirido el control del esfínter anal y corresponde a un retraso en la madurez funcional para el aprendizaje del control. La encopresis secundaria es una alteración que se desarrolla tras un periodo de continencia durante un tiempo más o menos prolongado, por lo que puede considerarse como una regresión a un estado del desarrollo ya superado, y al cual antecedió un periodo prolongado de limpieza.

Retentiva/no retentiva. La encopresis retentiva se considera cuando hay evidencias claras de estreñimiento, aquí se pueden llegar a considerar algunas causas de origen orgánico. En la no retentiva no hay una evidencia de estreñimiento, por lo que el factor psicológico es fundamental.

Desarrollo psicoafectivo y encopresis

Las fases de la libido, descritas por Freud, brindan una explicación acerca de cuáles son las interacciones que pueden llegar a darse a nivel interno dentro de la psique

humana. La organización anal es parte fundamental dentro del desarrollo psíquico del infante humano, ya que durante el lapso en el que aparece ésta se ponen en juego pulsiones, diversas defensas y la construcción del yo en relación a la introyección de normas que demanda el entorno del menor.

La educación del esfínter es la más importante e influyente de las diversas variables implicadas en la aparición de la encopresis (Anthony, citado en Ajuriaguerra, 2004). En esta situación, es esencial la función materna y no faltan pruebas de que los tempranos intentos de controlar por la fuerza el dominio del intestino pueden ocasionar perturbaciones crónicas en la defecación o en contraparte la presencia de una negligencia y desinterés por el aprendizaje de este proceso.

Janin (2008) considera que el proceso de la organización anal aparece en la teoría como una encrucijada importante, como un punto crucial en la organización psíquica, en tanto liga pulsiones, narcisismo y defensas, constitución del Yo e interiorización de normas. Dolto (1974) coincide con lo anterior y agrega que el aseo proporcionado al infante por la madre o el cuidador es agradable, por lo que se asocian a la madre emociones contradictorias, las cuales tienen como resultado la presencia de emociones contradictorias, ya que como lo comenta Anna Freud (1997), existe una ambivalencia, pues durante esta etapa se fluctúa de modo constante entre el amor y el odio.

Psicodinámica de la encopresis

La encopresis forma parte de los trastornos anales, los cuales se originan en el periodo de separación-individuación, Bekei (1984) considera que se organizan en torno al conflicto de separación característico de esta etapa, en que la tendencia a independizarse es mutua. En el niño esta tendencia está impulsada por la maduración neurológica, y en la madre por la necesidad de salir de manera definitiva del estado regresivo del embarazo y de reconectarse con su pareja y con el medio.

Al igual que la enuresis la encopresis no es un cuadro monosintomático; ya que el ensuciarse se establece simplemente como uno de diversos síntomas que dependen de la excreción y que por ende estarán relacionados con esta acción. Estos niños se ubican en el nivel de la descarga motriz o bien en el nivel de mandato puro (Romano, 1997).

Kreisler, (1990) describe tres tipos de encopresis, las cuales nombra de la siguiente manera:

El tipo pasivo o vagabundo. Son aquellos niños cuyo comportamiento es pasivo, parece **como si se dejaran ir**. Carecen de toda posibilidad de organización y dependen casi por completo de sus padres. Su esfínter anal parece funcionar en forma inapropiada. Janin (2008) considera que a la vez, se puede encontrar que a menudo el niño ha sido expuesto a situaciones de abandono, lo que es equiparable con un estado hemorrágico, se pierde sin tener control de la pérdida. Cuando este tipo de encopresis es de forma secundaria, es precedida por situaciones de abandono o pérdida que actualizan pérdidas anteriores. Son niños que quedan pasivos, sujetos

a un otro que **se va**, lo abandona, en una reiteración de una pérdida traumática, como repetición literal del trauma. En estos niños la motricidad, se ve reflejada, en una torpeza y pérdida del control motriz.

El tipo delincuente o tira bombas. Kreisler (1990) y Janin (2008) refieren que estos niños, se comportan en forma muy coherente con su encopresis, la cual es voluntaria en su totalidad; el hecho de evacuar sin ajustarse a las reglas establecidas les produce un placer innegable. Sus fantasías son muy pobres en general, y todo ocurre en la esfera del comportamiento. En éstos lo que predomina es la hostilidad o la agresión manifestada a través del cuerpo, a través de la expulsión; sin embargo, el niño queda expuesto a una situación de humillación y vergüenza. El pensamiento verbal que predomina en este grupo presenta características encubridoras y de rodeo de la acción eficaz, que en ocasiones puede tornarse como inalcanzable (Romano, 1997). Por lo general son niños hiperactivos, opositoristas, que desafían toda norma.

El niño con encopresis por retención o rebosamiento. Estos niños son bastante constipados y **se les escapan** las heces. Kreisler (1990) manifiesta que las heces son retenidas el mayor tiempo posible en el recto, para ser evacuadas con placer en los pantalones. Pero el juego del encoprético condensa satisfacciones eróticas diversas y una agresión premeditada contra los educadores. Romano (1997) considera que la acción en este grupo presenta un carácter expulsivo y de descarga.

Cabe destacar que dentro de la manifestación de los diferentes tipos de encopresis, no siempre se presentan diferencias claras, pues el síntoma puede hacer un recorrido entre las diferentes formas de este trastorno. Sin embargo es importante, analizar qué es lo que pasa alrededor del síntoma, bien puede ser que el niño viva una situación de violencia, abandono, o una relación de vínculo alterada con la madre o el cuidador principal, y se puede hacer la pregunta sobre el por qué, el niño eligió esta forma de enfrentar una situación angustiante para él y que es lo que la mantiene activa dentro de la dinámica entre él y su entorno.

En el siguiente apartado se hará una breve descripción de la técnica de la caja de arena, que fue utilizada durante el tratamiento del caso presentado en este capítulo.

TÉCNICA DE LA CAJA DE ARENA

Para Schaefer (2005) los niños tienen un trabajo; jugar, de modo que juegan **nada más porque sí** y mediante el juego aprenden, crecen, desarrollan capacidades, anticipan cambios y se recuperan de sus problemas. Por ello, se sirven de los materiales de juego, por lo general circunstanciales, a fin de expresarse y liberar tensiones.

La terapia de juego es definida por Landreth (citado en Sánchez, 2007) como “una relación dinámica interpersonal entre un niño y un terapeuta que facilita el desarrollo de una relación segura para que el niño exprese y explore sus sentimientos, pensamientos, experiencias, y conductas, a través de su medio natural de comunicación: el juego.” Entre las herramientas que se encuentran en la psicoterapia de juego se puede hacer uso de la técnica del arenero, la cual es un recurso utilizado de manera recurrente por algunos terapeutas infantiles.

El juego de arena como **método psicoterapéutico**, fue ideado por Dora Maria Kalff, analista suiza, a partir de una técnica psicológica creada por Margaret Lowenfeld (Thompson, citado en Batista, 2003). Kalff (citado en Franco & Batista, 2003) asume que la arena, de manera general, es lúdica por sí misma, e invitaría al modelaje de formas o escenas.

La técnica de la caja de arena requiere la utilización de dos cajas llenas de arena y una amplia colección de miniaturas representativas de todo el universo (animales, personas, viviendas, medios de transporte, vegetación, figuras mitológicas, religiosas, entre otras). El niño, es invitado a escoger una de las cajas en la cual deberá construir un escenario, con miniaturas escogidas por él (Franco & Batista, 2003). La diferencia entre las cajas es que, en una de ellas, el paciente podrá añadir agua a su voluntad, trabajar de forma más lúdica, de manera emocional más regresiva y con más plasticidad.

La terapia de arena es una forma de activar la fantasía y utiliza el pensamiento fantasioso, el cual es simbólico e imaginativo y está formado por emociones, intuiciones e imaginaciones (Schwarzablat, 2002). En la técnica de la caja de arena se recurre a la elección e inclusión de miniaturas, a través de las cuales el paciente podrá moverse dentro de su pasado, presente y futuro, describir eventos inexplicables, así como confrontar ciertas problemáticas, tanto internas como externas (Taylor, 2009).

La terapia de arena, enfatiza la comunicación no verbal a través del uso y selección cuidadosa de miniaturas, con el objetivo de facilitar la salud mental y sacar a flote los recursos internos (Taylor, 2009).

La utilización de la caja de arena dentro del tratamiento, con niños que padecen enuresis y encopresis, resulta útil, pues es una herramienta que facilita la comprensión de etapas anteriores de la infancia como pueden ser, anal, libidinal y sádica, y temas relacionados a estas como la autonomía *versus* vergüenza, el ejercer el poder y el control, retener *versus* soltar; placer en ser, placer en hacer, iniciar y detener control de impulsos, asimismo, fases como la separación e individuación, con relación a lo anterior se trabaja con afirmación, destrucción de la autoridad; división entre el ser y el objeto así como placer en producir.

TRATAMIENTO DE LA ENURESIS Y LA ENCOPRESIS

El tratamiento que se brinda tanto a la enuresis como a la encopresis no es único. Existen diversos tipos de intervención, Bekei (1984) refiere que así como no hay psicopatología ni personalidad única de los chicos que padecen este tipo de trastornos tampoco su terapia es uniforme. Ésta se debe ajustar a cada caso y aplicar el tipo de tratamiento más conveniente.

Doltó (1982) plantea la necesidad de analizar el comportamiento afectivo del niño para saber en qué estadio del desarrollo se encuentra y cuál fue el motivo para que el niño tuviera una regresión a un estadio anterior. Otro tipo de orientación enfocada a la intervención psicológica es la psicoterapia de juego, la cual ha demostrado ser uno de los recursos con más efectividad en el tratamiento de este tipo de

problemáticas, la orientación psicodinámica, se aproxima no sólo al abordaje del síntoma sino que también toca las problemáticas que subyacen a éste. Dentro del enfoque psicodinámico, en el tratamiento de la enuresis es primordial la cualidad de la relación madre-hijo. De inicio los padres necesitan una orientación con respecto a lo que le sucede a su hijo, pues no sólo para el niño resulta vergonzoso orinarse en la cama o bien sobre sus ropas, por lo que la intervención con ellos podría comenzar con una orientación sobre cómo tendrán que hacer para educar el esfínter de su hijo.

Doltó (1982) sugiere que depende de la persona que educa al niño para el control de esfínteres el que se respeten sus deseos. Son todas las actividades de la vida de ese niño con la madre las que se tienen que estudiar para saber si fomentan su autonomía y libre juego de sus deseos, sin entorpecer, de forma directa, la libertad de acción de los demás. Así como dar a conocer al niño que no es el único que ha presentado este padecimiento. Asimismo, la autora hace referencia a la importancia que tiene el estimular la independencia del niño dentro de la relación madre hijo.

Algo que también se ha observado es por un lado, la relación pasiva o ausente del padre con el hijo dentro de este tipo del trastorno de la enuresis y, por el otro, el deterioro de la relación que tiene el primero con la madre. Dolto (1997) apunta que se le puede ayudar a la madre si se incluye un poco más al padre dentro de la enseñanza del control de los esfínteres y menciona que dentro del proceso terapéutico esto es muy difícil, sobre todo si el psicoterapeuta es mujer, puesto que ese niño no tiene una imagen de su padre; sin embargo, si mediante la madre es posible saber cuál ha sido la historia del padre, será entonces posible devolver al niño una imagen paterna sana. Es ese trabajo de las fantasías lo que devuelve al niño el poder de su dominio de sí mismo (Dolto, 1982). En algunos casos no basta esta actitud de apoyo y puede disponerse una psicoterapia cuyos objetivos esenciales serán los siguientes: reducir el conflicto, mostrar los beneficios secundarios y ofrecer compensaciones de orden afectivo. Si bien a veces bastará una psicoterapia de apoyo o mediante sugerencias, en otras ocasiones habrá que actuar en profundidad para descubrir la especial forma organizativa de la personalidad infantil (Ajuriaguerra, 2004).

Otro aspecto dentro del tratamiento de la enuresis, lo aborda Lebovici (1990) quién menciona que la actitud del terapeuta debe ser la de establecer una relación de confianza con el niño, abordar la dinámica conflictiva consciente e inconsciente que soporta el síntoma, construirse en el aliado del niño en su deseo de curarse. Esto exige abandonar las recetas terapéuticas o los juicios dogmáticos sobre el síntoma, el niño o la familia.

Con respecto a la intervención que se debe llevar a cabo en la encopresis, ésta debe presentarse en varios niveles, ya que como menciona Ajuriaguerra (2004) la encopresis es un síntoma que únicamente cabe en el niño en desarrollo.

Dentro del tratamiento se deben examinar aspectos sobre cómo ha sido el control de los esfínteres, cómo se llevó a cabo este aprendizaje de la limpieza, ya sea de forma negligente y sin coherencia dentro del entrenamiento o en el otro extremo, con un aprendizaje temprano, exigente y represivo por parte de la madre.

Con respecto a lo anterior, Lebovici (1990), añade que una técnica segura parece ser la consulta terapéutica repetida, que asocia a madre e hijo. Así se apreciará

mejor la dinámica interfamiliar, la circulación de los intercambios y el juego de las interacciones, dentro de las cuales poco a poco, se proponen nuevas disposiciones para cada uno de ellos.

Dentro de la terapéutica de estos casos Lebovici (1990) sugiere que se debe demostrar al niño y a su familia que su estreñimiento rebelde y, o su encopresis episódica, o ambas, no son la consecuencia pasiva de una enfermedad o de una malformación, sino el resultado de un fenómeno activo deliberado. Y entonces volver a descubrir con él, el mecanismo que utiliza mal pues también le cuesta traducir en pensamiento y en palabras lo que ocurre rápidamente en un *acting* constante en su cuerpo.

Para Kreisler, (1990) es esencial hacer comprender bien al niño que sabemos que se trata de un fenómeno activo deliberado y que no lo consideramos la víctima pasiva de una dificultad interna, una enfermedad o una deficiencia. De esta manera, se le puede pedir buscar las razones que lo llevaron a elaborar y mantener esta práctica durante un periodo más o menos largo.

Autores como Kreisler (1990), Lebovici (1990) y Ajuriaguerra (2004), subrayan el papel del terapeuta dentro del tratamiento de los trastornos de la defecación y hacen énfasis, en el papel de la contratransferencia, pues en muchas ocasiones puede ser difícil mostrar una actitud neutral y acogedora, con respecto a las entrevistas con el niño o con los padres, pues lo que transmiten al terapeuta remite de forma bastante brusca a las soluciones de compromiso que se han establecido con respecto a este tipo de problemáticas.

En la consulta terapéutica se propone reunir al mismo tiempo al terapeuta, al niño, los dos progenitores y –si es necesario– otras personas implicadas, lo que es imprescindible para obtener resultados eficaces. Kreisler (1990) menciona que es importante que los padres se enteren, por boca del niño, de que él está de acuerdo con lo que ha surgido en la terapia en cuanto al significado del mecanismo descubierto, para que ellos, en lugar de entender a la encopresis como una falla fisiológica de la que el niño sería víctima, la atribuyan más bien, a un modo activo de lucha de éste contra el reflejo normal.

De este modo, la experiencia ha determinado que en la actualidad la terapéutica sea mucho más prudente al realizarse varias consultas terapéuticas y con avances por etapas del proceso de curación.

CASO CLÍNICO DE ENURESIS Y ENCOPRESIS

Evaluación de la problemática

El caso que se presenta a continuación tiene como objetivo exponer un aspecto de la problemática de los síntomas de la enuresis y la encopresis, sus características y consecuencias, así como el proceso terapéutico, las particularidades del paciente, sus recursos, y por último, la intervención hecha a lo largo del proceso terapéutico.

La modalidad de intervención fue de tipo terapéutico con relación al niño pues tuvo como objetivo resolver la conflictiva subyacente a los síntomas de la enuresis

y la encopresis. Se manejó terapia de juego con enfoque psicodinámico y en las sesiones se utilizaban técnicas de juego semidirigidas o el juego libre con ayuda de la técnica del arenero. Con los padres, la intervención se llevó a cabo en la línea de la orientación con respecto a la adecuada dinámica familiar, así como preventiva acerca de ciertas pautas o prácticas de riesgo que se llevaban a cabo dentro de ésta.

Dentro del motivo de consulta, la madre refirió que buscaba ayuda para su hijo de nueve años de edad, pues desde hace más de dos años presentaba enuresis y en la actualidad encopresis. Asimismo añadió que era un niño tímido e inseguro, el cual no sabía hacerle frente a los conflictos que se le podían presentar. Lo describía como un niño “torpe y bobo” (sic madre). Comentó que había recurrido a diferentes tipos de terapias desde imanes, camas de relajación, así como terapia con una tanatóloga, e incluso hablarle mientras dormía para pedirle que dejara de mojar la cama. El padre no asistió a esta primera entrevista, pues, según refirió la madre, no tenía tiempo por cuestiones de trabajo; sin embargo, más adelante mencionó que se trataba de un hombre que no mostraba interés en la intervención psicológica de su hijo.

Opinión del menor: en la primera sesión se le preguntó si sabía el motivo por el cual asistía al psicólogo y respondió que era debido a que se hace pipí en la cama y debía resolverlo sin que nadie se enterara, pues era un secreto ya que de lo contrario la gente podría burlarse de él.

En relación a la historia personal del paciente, Renán fue producto de una segunda gesta, fue un niño planeado, deseado y aceptado, no existieron problemas de salud durante el embarazo, la madre refirió que hubo mucha tensión a nivel emocional, ya que ella debía hacerse cargo del cuidado del abuelo materno y esto provocaba fuertes discusiones con su marido. El padre no estuvo presente en ningún momento después del nacimiento del niño; esto a petición de la madre, pues ella consideraba que él no era apto para cuidarle. El menor fue amamantado hasta los 6 meses de edad, inició bastante rápido el control de los esfínteres, a los dos años, pues la madre fue estricta con el pequeño al momento de iniciar este proceso.

En lo referente al lenguaje, la madre comentó que el niño comenzó a hablar hasta los tres años de edad, esto con ayuda de una terapia de lenguaje durante un año, debido a que no sabía pronunciar siquiera su nombre. Refirió que ella trataba de **adivinarle todo**, y en una ocasión se perdió en un tianguis y decidió, por sugerencia de una colega que ingresara a terapia de lenguaje. El sueño de R era profundo, dormía en la misma habitación con la hermana, pero en camas separadas. No usaba pijama, sólo dormía en ropa interior, porque de acuerdo con la madre: “No tolera que ninguna prenda cubra o toque su cuerpo” (sic madre). El niño, aún era aseado y bañado por ella.

Dentro del área sexual, la señora mencionó que el pequeño no había mostrado conductas de interés sexual, ni tampoco había preguntado acerca de este rubro, ella refirió: “No he tocado ese tema con mis hijos pues aún son pequeños”. El menor nació con criptorquidia; es decir, los testículos no habían descendido en su totalidad del saco escrotal y la madre no le había explicado a Renán la razón de la ausencia de sus testículos, ni que en algún momento fueran a bajar. La madre es quién realizaba la revisión del descenso de los testículos, de forma periódica.

El paciente ingresó al Jardín de niños a la edad de 4 años, la madre refirió que fue un paso difícil para ella pues le angustiaba que su hijo sufriera un accidente o que le pegaran; sin embargo, ella encargó a la hermana mayor cuidara de él. La interacción con los compañeros no fue satisfactoria ya que no se integraba con sus pares, esta dinámica existió dentro de la escuela hasta la época actual, la madre refirió: “Renán no se sabe defender, y trato de averiguar cuáles son sus problemas para ayudar a resolverlos, de lo contrario se lo llevan al baile”. La madre es quien se encargaba en casa, de establecer límites, premios, castigos, entre otros.

La relación de R con su hermana mayor no era buena, pues ésta siempre le decía que era “cochino, bobo y torpe”, la madre comentó que no permitía ningún contacto físico con el niño, y que cuando esto sucedía, ella se alteraba mucho. Al describir a su hijo decía: “Es un niño respetuoso, tranquilo, muy obediente e inteligente. El niño no contaba con actividades deportivas fuera de la escuela y la única actividad extraescolar a la que asistía es la escuela pastoral, pues la madre consideraba que era lo más adecuado para el niño.

Contexto familiar y social

Renán es el segundo de dos hijos, de un matrimonio en el cual, el padre tenía 71 años de edad y la madre 46 años. Se encontraban casados de manera legal y existían problemas de pareja, pues había constantes discusiones con respecto a que la madre no dejaba de ayudar a su familia de origen en diversos aspectos. El padre era descrito por la madre como un hombre frío y distante con los hijos.

El niño pasaba la mayor parte del tiempo con su madre, incluso fue su maestra en la escuela; era ella quién lo llevaba a la terapia y al médico, en caso de considerarlo necesario. El discurso de la madre parecía ser el de una mujer omnipotente y persecutoria ante los hijos pues usaba muchos comentarios como: “Yo sé todo lo que te pasa, así que a mí no me puedes engañar”.

La convivencia con el padre era escasa, pues trabajaba diario desde tempranas horas de la mañana hasta la tarde; algunos días a la semana incluso laboraba por las noches, por lo que la convivencia con el menor era casi nula y cuando ésta se daba era poco afectuosa, pues no existía un diálogo cordial entre ellos, el padre sólo le hablaba para regañarle, o bien argumentaba que se sentía cansado como para jugar con el niño.

La relación con la hermana era ambigua, ya que por una lado manifestaba un claro rechazo hacia Renán; sin embargo, en la escuela trataba de vigilar las actividades de él, con el objetivo de ver que no cayera en riñas o en abusos por parte de los compañeros. En caso de tener algún problema la hermana salía en su defensa y daba detalles de lo ocurrido a la madre.

ENFOQUE TERAPÉUTICO

La intervención llevada a cabo con el menor se basó en la psicoterapia de juego, en la que se utilizó el juego libre, así como actividades semidirigidas y la intervención

con la caja de arena. En un inicio, durante el periodo de evaluación, los síntomas de la enuresis y la encopresis se agudizaron, a tal punto que se presentaron dentro del espacio terapéutico y de manera paulatina disminuyeron, tanto en consulta como en casa.

El tratamiento se dividió en tres fases: la fase inicial constó de 10 sesiones, durante las cuales se realizó la evaluación psicológica del menor así como su historia clínica. Se hizo el encuadre con el niño y la madre. Cabe mencionar que durante esta primera fase se comenzó con la intervención terapéutica pues no todas las sesiones eran utilizadas para evaluar al niño, ya que le resultaba cansado estar todo el tiempo en evaluación. Durante esta fase al niño se le dificultaba expresar su sentir con respecto a su problemática, así como el ambiente que vivía en casa, actuaba muy apegado al deber ser, no obstante durante la evaluación, en aquellas pruebas en las cuales se tocaban temas relacionados con las figuras parentales o la familia, R tuvo episodios de encopresis en las sesiones.

A continuación se inició la fase intermedia, la cual constó de 10 sesiones en las que fue utilizado el juego libre con diferentes tipos de juguetes así como material de dibujo y la caja de arena con miniaturas. Durante esta fase, R mostró mejoría con respecto a la sintomatología presentada como motivo de consulta; asimismo, descendieron los testículos y hubo un avance en algunos aspectos como el manejo de la madre con relación al trato que llevaba con el niño en casa y en la escuela, el contacto erotizante que llevaba a cabo al momento de despertarle por las noche para conducirlo al baño, así como los remedios que utilizaba para contener los síntomas del menor. Además de dar orientación sobre cómo poner límites y abordar la agresión física y verbal con la que recurría para corregir al menor. Cabe mencionar que en esta fase, con respecto a la enuresis y la encopresis, el menor presentó una recaída, debido a que la madre tuvo problemas de salud.

En la fase final, el trabajo terapéutico buscó reafirmar ciertos rubros importantes para R, como era la relación con el padre, la seguridad en sí mismo con el objeto de trabajar aspectos de autoestima y la relación con la figura paterna, entre otras. Se hicieron las sesiones de cierre en las cuales logró expresar, de manera fluida y sin culpa, aspectos relacionados a su problemática y a la relación que tenía con ambos padres. En esta fase habló sobre sus sueños y mencionó que no le hubiera gustado que el tratamiento llegue a su fin. El padre se involucró más en el trato con el niño y habló de la problemática que se vivía en casa. Ambos padres iniciaron su asistencia al taller para padres y se encontró una mejoría en la relación entre éstos.

Sesiones típicas

A continuación se hará una breve descripción de algunas sesiones típicas con R, aquellas que pueden ser más representativas de cada fase del tratamiento y cuya intervención fue hecha a través de la psicoterapia de juego y la caja de arena.

Fase inicial

R llegó puntual a la primera sesión, caminó con los pies hacia dentro y la cabeza baja, parecía mucho menor a la edad que tenía en ese momento, asistió limpio con una camisa roja y pantalón de mezclilla. La madre preguntó si podía entrar con él y se le respondió que por el momento sólo entraría él, ella puso sus manos en la boca y sus ojos parecieron llenarse de lágrimas; ambos se encontraban desconcertados.

Al entrar, la terapeuta le preguntó al niño si sabía la razón por la cual acudía al psicólogo y respondió: “Mi mamá me dijo que vendría a que me ayudaran a solucionar el problema de la pipí y a escucharme en las cosas que me preocupaban”. Se mostró tímido para expresarse con relación a los juguetes que le gustaban o a lo que quería jugar y aunque por momentos parecía guardar silencio, no era así, hablaba entre dientes con voz muy baja y sin hacer contacto visual; se mostraba reservado y temeroso para explorar la caja de juguetes.

Jugó dominó y luego masas, más adelante mencionó: “En casa, mi madre y mi hermana se enojan porque me hago de la pipí, mi mamá ya sabe qué es lo que pasa en realidad, y es que no me limpio bien”. La terapeuta le hizo ver que eso era lo que comentaba su mamá, pero que a ella le gustaría saber qué es lo que R sabía acerca de que se le escaparan la pipí y la popó. El niño respondió: “Pues que no me doy cuenta cuando me hago, es cuando estoy dormido, aunque luego también de repente cuando estoy jugando”.

Durante la fase inicial el paciente no se mostraba espontáneo con respecto al juego. Sesión tras sesión preguntaba a qué debería jugar; cuando decidía dibujar, lo hacía con sellos de diferentes animales y después preguntaba de qué color los podía dibujar, R siempre usaba un sello de un zorrillo y refería al respecto: “Molesta a la gente con sus orines y deja oliendo a todos”.

Al inicio del tratamiento, en específico durante la evaluación, R presentó episodios de encopresis. Una vez que se analizó en qué momento ocurrían éstos, se llegó a la conclusión de que podía ser camino a la terapia, cuando surgían los temas relacionados con la familia, y las figuras paternas.

La primera vez que sucedió un evento de este tipo, R había llegado puntual, mientras se encontraba en la sala de espera comió un refrigerio y tenía un suéter amarrado a la cintura. Al parecer se había defecado sobre sí justo antes de llegar a terapia, él no se había percatado, sino que fue la madre quién había percibido un ligero olor a excremento. En la sesión, al interrogar al niño sobre lo ocurrido, éste comentó: “Si me hago de la popó es porque no controlo bien mi organismo. Mi madre se da cuenta pues es ella quién me huele y me revisa”; más adelante dijo que se ponía muy nervioso cuando la madre lo exploraba. En esa primera ocasión, la madre molesta, le había llevado al baño de damas, le indicó cómo debería asearse e incluso ella misma lo limpió. R comentó: “Siempre me hace entrar al baño de las mujeres, no estoy acostumbrado a ir al de los hombres” y agregó: “Me siento incómodo por entrar al baño de las mujeres, yo quiero ir al que me corresponde”.

En ocasiones el paciente no quería salir a tiempo de la sesión. Al momento de recoger los juguetes o el material con el que había jugado, lo hacía con lentitud y

a pesar de que se le recordaba que otros niños esperaban para entrar, parecía no importarle y se tomaba su tiempo para acomodar las cosas.

Debido a que este hecho se había hecho recurrente dentro del cubículo durante las últimas tres sesiones, la terapeuta tuvo que aceptar que el olor a excremento le era cada vez más **común** dentro de éstas. En la supervisión del caso se hizo la sugerencia de utilizar **la caja de arena**. Sólo se usó una bandeja de arena seca, con el objetivo de ver cuál era la reacción del menor frente a ésta, tratar de observar cómo era su manejo de la arena y si incluía en su manejo otro tipo de materiales.

El primer contacto de R con la caja de arena fue excitante y lleno de curiosidad y por otro lado, revelador e interesante para la terapeuta pues en un inicio no cesaba de preguntar: “¿En dónde ha estado la arena todo este tiempo?, ¿dónde la tenías? Pues debajo de los sillones no estaba antes, lo tenías guardado desde hace mil años ¿verdad?”. La reacción del niño no se hizo esperar, dentro del arenero había una cubetita y dijo que si podía traer agua, pero la cubeta tenía agujeros y se le salía el agua; pidió permiso para mojar la arena, y dijo: “Voy a tardar, espérame por favor pues tengo que utilizar varios recipientes, ¡tengo que mojarlo todo!”.

Mojó toda la arena y quedó con una consistencia pastosa y un fuerte olor, metía y sacaba una y otra vez las manos de la arena mojada, no hablaba, hasta que le pidió de favor al terapeuta para que le ayudara a cubrirse las manos y parte de los brazos con la arena mojada. Al cubrirle a R sus brazos, sacó el brazo derecho y se llenó la cabeza con arena mojada, al hacer esto se cayó la tapa de la caja de arena y grito: “¡Chin!, ya se cayó la caca”, la reacción de la terapeuta fue de sorpresa, por lo que le dijo a modo de pregunta “¿la caca?”, el niño respondió con una sonrisa: “No, pues la tapa”. Al preguntarle cómo se sentía al tocar la arena, dijo: “En la mojada me siento atrapado”.

Hablaba sobre las sensaciones que tenía al hacerse popó: “Cuando me hago, la caca no es tan fría como la arena, es calentita y no es tan espesa”, la terapeuta señaló: “Tú sabes eso porque tú eres quién lo hace”. Pareciera que la arena le despertó sensaciones y le permitió hablar de ellas, cosa que no se había presentado en las sesiones anteriores, pues la mayor parte de las veces, al tocar el tema de la encopresis dentro de las sesiones, respondía que no recordaba nada.

Después dijo que cuando se hacía caca su mamá le pedía que no se acercara a las personas y añadió: “Me quita la oportunidad de acercarme a ella, a mis amigos, familiares, a otras personas”. Después volvió a comentar: “La oportunidad me la quita la caca y yo mismo...yo mismo”. Se habló el tema de la caca y la pipí traicioneras, que cuando menos las esperaba ya habían salido, R guardó silencio, no habló; la terapeuta se limitó a retomar algunas cosas que había mencionado con respecto a los accidentes que tenía” y dijo: “Por favor dime más cosas que yo haya dicho”, al decirle algunas cosas mencionadas por él en sesiones anteriores y mencionarle que estaba ahí para escucharlo a él y no a sus cacas. R sólo puso cara de asombro, luego pidió se le llenara por completo los brazos y las manos de arena mojada; después las puso dentro de la caja de arena.

El niño comentó que era mucha y al preguntarle si acaso esta caca que lo atrapaba era más que él, su respuesta fue: “Claro que no, yo peso y soy más que ella”, agregó que le gustaría decirle “pues que ya no... que ya me deje en paz... que se vaya”, dijo

que creía poderse librar de ella. Ante la sugerencia de que la pusiera en el lugar en el que va la popó, entre los dos la arrojaron al bote de basura, al menos aquella que tenía en los brazos y en la cabeza, al momento de hacerlo mencionó “no puedo creer que sea posible dejarla en el bote de la basura, necesito limpiarme”.

Después de haber tirado la arena en el bote, salió a limpiarse al baño de caballeros y al regreso dijo que seguiría con el juego en la arena pero que ahora quería ponerle juguetes. Puso debajo de la arena una familia, formada por los mismos miembros que la de él y dijo “éstos son los que la aguantan y la huelen”; a continuación a cada uno de los miembros de su familia le dio un personaje, a su madre y hermana les asignó una muñeca Mimí y al padre un Pedro Picapiedra, acomodó varias miniaturas, personas y muebles, y mencionó lo siguiente: “Son los primos, amigos y la gente que va en el metro, que se aguanta mi popó”. A continuación colocó diferentes tipos de animales y personajes, de los cuales añadió: “El león puede ser un enojo; la cebrera es tristeza, blanco y negro; el M&M (una figura de luneta) que es rojo y blanco, son emociones, es el enojo; y el dinosaurio es la nobleza... la nobleza de mi cuerpo cuando él no se hace del baño; si me hago del baño entonces soy la cebrera que es tristeza”. Al final eligió poner encima de la arena y de todos los animales y personajes un luchador que se asemejaba al **Santo**, del cual mencionó: “A lo mejor es como yo, que lucha en contra de la popó”.

Al concluir la fase inicial, cuando se le preguntó al niño por su sentir ante diferentes situaciones no mencionó más el “no sé” o “no recuerdo”, sino que dijo: “De tin marín de do pingüé”, y así pudo elegir entre dos sentimientos, por ejemplo, entre tristeza y enojo. Hizo lo mismo para escoger entre los juguetes o para decir qué era lo que quería que se llevara a cabo en la sesión. A la par de esto, jugó con masas de *Play Doo* y realizó animales pertenecientes al medio marino. El menor consideraba que estos animales estaban en peligro de extinción, atrapados o amenazados, y dijo: “Yo me siento así en casa, cuando no me dejan salir a la calle”. Jugó con la arena y le mencionó a la terapeuta que si cubría a toda su familia se debía a que era igual al enojo, que la tapaba porque no aguantaban que en ocasiones se hiciera del baño. En una sesión platicó que a veces se sentía exhausto por no encontrar las cosas, y al sentir que buscarlas le quitaba tiempo, se ponía a gritar como loco en casa: “¡Oh por Dios!, ¡No encuentro la tapa!, ¡Es el fin del mundo!”.

Casi al mismo tiempo, jugó con masa *Play Doo* y armó figurines de animalitos, los cuales metió en la caja de arena, aunque en muchas ocasiones se le recordó que había otros niños que usaban las masas, él respondía “pues qué tal que se hagan alérgicos a esta masa, puede que tenga algo contagioso”, y me dijo que él estaba enfermo. El niño consideraba que la enuresis y la encopresis eran una enfermedad; se le comentó que hacer pipí y popó no era estar enfermo, pero que éstas eran quienes le ganaban al decidir en qué momento debían salir.

Fase Intermedia

En esta fase, el niño llegaba al consultorio con una actitud molesta, sobre todo cuando se percataba que otros niños habían usado los juguetes, en especial las masas, antes que él: “La gente las usa antes que yo, pierde las masas”.

En un primer momento, jugó en el arenero con figuras masculinas, en específico con la figura de un sacerdote, un Pedro Picapiedra al que le faltaba un brazo, así como un hombre vestido de aristócrata con su bastón, un rey, un robot y algunos animales; también puso a una viejita. Su juego consistió en derribarlos con un lanza-tazos. Le molestó que el sacerdote se cayera y dijo: “Es ilógico porque al ser un anciano nunca podrá hacer cosas de jóvenes, como andar en patineta y Pica Piedra siempre está enojado y a mí no me gusta el carácter de él, pues tiene el carácter de mi papá, voy a derribarlo por tonto”. El juego fue repetitivo, esas figuras debían ser derrumbadas, pudo ser con el taza o bien pudieron ser comidos por animales salvajes. Cuando le tocó el turno al rey mencionó: “No seas miedoso rey, no estarás vivo por mucho tiempo”.

En otro momento de este juego, el cual era ya recurrente, comentó que les disparaba a los viejitos para que se murieran. Dijo que la mayoría de los hombres que utilizaba estaban ya muertos a causa de un accidente. En específico con este juego quería matar a la figura del rey: “Debe morir porque no sabe fijarse y no sabe escuchar, no sabe mirar”, añadió que este rey sólo se dejaba llevar por el sentido del tacto y se expresó así de éste: “Se tropieza con las personas, las ve como muebles, nunca les dice palabras de cariño”.

De manera paradójica, en este juego el rey no se caía con los ataques del niño, quien estaba sorprendido con no poder cumplir su objetivo, comentó: “¿Pero cómo no se va a destruir ese rey?”, “tú me podrías ayudar a enterrarlo”. Una conducta que se presentaba de manera recurrente era el hecho de no querer recoger los juguetes al finalizar la sesión; de hecho, se le tenía que invitar a que lo hiciera, pero parecía no escuchar e incluso arrojaba la arena al piso o a la caja de juguetes.

R llevaba a la sesión juguetes guardados en las bolsas de los pantalones y en ocasiones los ponía en el escritorio; comenzó por pedirle al terapeuta que dibujara algún superhéroe que le gustaba, en específico le asignó a *Hulk*; este personaje se convertía en algo usual durante esta fase. Para el menor, el personaje se enojaba cuando lo provocaban y no porque fuera en realidad una mala persona, “tal vez quiero que hagas el enojo”. Él decía que, como niño, no tenía derecho a enojarse, pero entre las cosas que más le molestaban era que no le hicieran caso los compañeros de la escuela, pues era por eso que no tenía amigos.

Un tema que surgió durante una sesión, fue el hecho de que la madre rasguñaba a R o era violenta, le pegaba o lo castigaba. Sin embargo, el niño se negaba a hablar de este tema, pues decía: “No recuerdo qué me pasó en la cara o cuándo me rasguñé”; se negaba a hablar de las agresiones de la madre, de cómo lo regañaba, pero sí hablaba sobre el enojo de *Hulk*, me pidió que dibujara a este personaje y que no le pusiera el rostro, pues eso le correspondía a él.

En una ocasión R llegó con un gran golpe en la barbilla que estaba abierto, un raspón muy profundo y otro golpe en el antebrazo derecho, ambos eran recientes. Me contó que en casa de un amigo se cayó de una patineta, se pegó en la cara y que se había golpeado el brazo al asistir a un cumpleaños, al parecer alguien lo asustó, corrió y se raspó en una pared.

En algunas sesiones el paciente traía bajo la ropa espinilleras, rodilleras o coderas, él percibió que la terapeuta se había fijado en las cosas que traía bajo el uniforme

por lo que se apenó y le dijo: “¡Ay no!, ¡sí te diste cuenta!”, “¡pues por si me ocurre algún accidente en la escuela o a la hora del recreo!; pero aquel día de la patineta no me las puse; si no, no me habría pasado nada”, “tengo miedo de caerme y que me enyesen”. Cuando llegaba golpeado se inclinaba por el juego en la caja de arena, mencionaba que le gustaría que se le ayudara a enterrarse en la arena, “a enterrar estas manos que pueden meterse cuando me caigo”. Jugaba a ponerse la arena en las partes del cuerpo donde tenía golpes, decía: “La arena me hace sentir tranquilo y relajado, como este lugar”.

Comenzaba a expresar que entre sus deseos se encontraba el poder dar saltos sin lastimarse, el querer ser un niño moderno y poder estar comunicado, decía que eran propósitos para llevar a cabo. Añadió que de grande le gustaría ser actor, vender celulares o ser alfarero, y poder fabricar joyas muy valiosas.

También optaba por usar juegos de mesa como los palitos chinos y el *Uno*, decía nunca haber jugado antes con éstos, pues no los había en casa. Se mostraba poco tolerante al ver que en ocasiones estaba a punto de perder, e incluso pataleaba dentro de las sesiones, y gritaba: “¡En los palitos chinos no se puede hacer trampa y tu juego del *Uno* es muy difícil!”, actuaba de manera impulsiva y se enojaba dentro de las sesiones, hacía trampa, arrojaba los juguetes y se burlaba de la terapeuta cuando perdía.

En una ocasión jugó con unos luchadores, tomó uno color negro y le asignó uno rosa con cabello rubio a la terapeuta. El juego consistía en llenarlos de masa de terracota, la cual colocaba en el pecho y los genitales de su luchador. Tocó el tema de los sentimientos, de nueva cuenta el enojo; afirmó que la parte donde estaba la masa era donde lo sentía, al señalarle que eran el pecho y los genitales preguntó “¿Qué son los genitales?”.

Al hablarle sobre el tema, con frecuencia R pedía permiso para salir al baño bajo el argumento de querer quitarse la masa de las manos, sin embargo, regresaba con las manos sin limpiar; era de suponer que iba a revisar sus genitales. Hablaba de que su luchador no tenía derecho a nada, ni a tener amigos, ni a que se le respetara, a que no se le gritara, ni a tener sensaciones. Llevaba a cabo el juego de tomar un par de soldados y ponerles masa en los genitales y contó que a uno de ellos se le había roto una pierna y que necesitaba muletas para poder llegar a su casa, ya que había tenido un accidente: se le había roto no sólo la pierna sino también los testículos. Tomó otro soldado y los comenzó a chocar de los genitales, uno contra otro, dijo que lo hacía porque ambos estaban tan locos que se iban a aventar juntos de un edificio. R sonreía mucho y soltaba carcajadas mientras chocaba los muñecos. Al comentarle que deberían estar muy lastimados de los genitales, dijo que sí; se le preguntó si no tenían derecho a tenerlos y dijo que sí, pero que eso de lastimarse ahí les pasaba porque “eran tontines”.

A la par de estas sesiones se tocó el tema de la sexualidad y su cuerpo, que hay límites para que la gente lo toque o lo vea. Se le explicó en qué consistía el padecimiento que él tenía y que los testículos le iban a bajar, él dijo que le pediría a su madre que lo llevara al doctor. El niño escuchaba al terapeuta con atención, pero no le hacía ninguna pregunta.

Más adelante, en una de las sesiones apareció el juego con dinero, el niño se sorprendió al ver que tenía billetes de juguete, exclamó: “¡Oh! ¡Tienes aquí dinero!” En las sesiones hablaba de que si él tuviera mucho dinero compraría una feria como la de Chapultepec, pero enseguida corregía: “¡Voy a comprar el edificio completo!”. R fantaseaba con comprar el edificio y visitar todos los espacios y comprarlos, menos a las personas pues esas valían mucho dinero, expresó: “¡Siendo el hombre más rico del mundo, sería el rey y los niños no tendrían tarea ni que ir a la escuela, sería el rey del mundo y sería libre!”

En esa etapa jugaba al ajedrez y decía: “Cuando juego al ajedrez no hablo de mí, yo sólo vine a matar al rey”. Al inicio el juego se comportaba muy paciente con la terapeuta, le decía cómo acomodar y mover las piezas; sin embargo, una vez que se adentraba en la actividad se comportaba muy agresivo, no respetaba los turnos y decía que haría lo posible por matar al rey.

Fase final

De nuevo el tema del padre surgió en estas sesiones. El menor manifestó que le gustaría pasar más tiempo con él y que lamentaba que siempre sintiera cansancio: “No puedo estar enojado con él, pues sé que es un hombre mayor y que está muy cansado”. Algo que mencionaba era sentirse decepcionado de él, al preguntarle qué significaba para él esa palabra respondió: “Para mí es ser traicionado”.

La decepción que R sentía fue trabajada en la caja de arena. El niño armó un escenario donde colocó todas las figuras humanas que encontraba. A algunas les ponía un arma, a otras les ponía una canica y decía que eran granadas. En un inicio, no se le encontraba estructura al escenario pero más tarde el arenero estaba dividido en dos. Por un lado acomodó a las personas recargadas en una de las paredes del arenero como si estuvieran en un muro de ejecución, luego dejó un espacio de arena, y del otro lado hasta atrás, recargados en la pared del arenero contraria a las personas, colocó a todos los animales que había en la caja de juguetes, incluso a los más grandes. Había un león, un elefante, un chita, una jirafa, un tigre y diversos animales, desde perros hasta dinosaurios. Al armar el escenario se veía cansado y al comentárselo, respondió: “La cosa está complicada”.

En esta sesión, el niño ocupó todo el tiempo para hacer la escena en la caja de arena, casi no habló y al final relató la siguiente historia: “Las personas iban en un avión y este avión se cayó en la isla, ellos adoptaron a los animales y les enseñaron buenos modales, pero los animales crecieron y los atacaron”. R comentó que el enojo de los animales era porque las personas adultas evitaban que los animales se sintieran en su hábitat natural, al final nadie ganaba, pues todos se mataban entre sí. No obstante, dijo: “No creo que la única solución sea la muerte”.

El menor se negaba a recoger los juguetes y sólo revolvía sus manos en la arena, al tiempo que decía: “Sí, la decepción es de los humanos, ellos adoptaron a estos animales y ellos fueron salvajes, por eso tuvieron que matarlos, porque los decepcionaron y ya”, al decir esto tiró la caja de arena al piso con todo y juguetes. Se negaba

a levantarla bajo el argumento de que no había escoba ni recogedor: de tal manera que la terapeuta consiguió ambos y a continuación le solicitó a R que recogiera la arena. Su actuar parecía burlón, dijo: “El problema aquí es que yo no sé barrer”, así que ésta le enseñó cómo hacerlo y el niño barrió la mayor parte de la arena; pero dejó un poco en el piso, por lo que le pidió ayuda, éste se agachó para recoger la poca arena que estaba en el piso con unas hojas sin usar la escoba. R estaba frente a ella con la escoba en la mano y cuando se agachó le dio un fuerte escobazo en la cabeza, esto le sorprendió mucho a la terapeuta, porque no se lo esperaba. Hablaron de manera breve de lo ocurrido y muy apenado ofreció una disculpa.

Con frecuencia, al entrar a las sesiones, el niño comía algún alimento, y en algunas ocasiones hasta le llevaba comida a la terapeuta. En esta fase, comentó apenado y un poco incrédulo que sus testículos le habían descendido. Al hablar del tema el niño refirió: “Me gusta que mi mamá me despierte por las noches para hacer de la pipí, me gusta que me despierte y que me cambie”. Se le señaló que lo que le gustaba era que por las noches su mamá dejara en la cama al padre y él se convirtiera en el foco de atención. Asintió con la cabeza y enseguida dijo: “Tengo que salir de aquí, a lavarme al baño”. Al tratar el tema de que la madre lo despertaba por las noches, R reaccionaba, se ponía las manos en los oídos y gritaba dentro del cubículo “¡si me tapo los oídos te puedo oír mejor, hasta haces eco!”.

Durante la fase final, R habló sobre las cosas que no le agradaban de su madre. Le costó trabajo entender que a veces puede haber cosas que no resulten agradables de la personas amadas y eso no quiere decir que se les ataque o hable mal de ellas. R logró expresar las cosas que no le gustaban de la madre a través de la caja de arena. Armó un escenario que consistía en dividir el arenero en segmentos, de un lado ponía figuras femeninas y del otro, animales salvajes; en una pequeña porción colocó figuras masculinas, todas rodeadas por carros.

Mencionó características de algunos personajes colocados en la caja de arena, dijo: “El león tiene ojos tiernos, pero una boca terrible”, habló del personaje de gran papi, el cual había estado enamorado de una mujer muy mala que le hacía muchas cosas desagradables. El menor describió así su escenario: “De un lado está el lado bueno de mi mamá, y del otro las cosas que no me gustan, pero también en el lado bueno de mi mamá puse las cosas que me agradan y que puede compartir con mi papá. Las cosas que no me gustan de mi mamá es cuando se enoja y se pone como una fiera, y de las cosas buenas que tiene, está mi papá”.

En otro momento mencionó que su madre podía llegar a sonreír pero no porque fuera una buena persona; esto lo identificó con un tazó que había puesto en el arenero, “ya ni modo ella es así”, dijo.

Al avisarle que el tratamiento estaba a punto de terminar, R fingió no escuchar y en un momento de negación, comentó: Ahora vendrá otra igual que tú a atenderme”, y pidió que lo dejara hacer su retrato en la caja de arena. Se le explicó que también se le daba de alta porque era un niño que podía enfrentar todas las cosas que se le presentaran, no sólo las académicas, sino aquellas que podían presentarse con su cuerpo y en casa.

En algunos momentos, dijo no le agradaba la idea de terminar el tratamiento, pues había sido tan rápido que parecía que no había tenido terapia; o bien, al re-

cordarle cuántas sesiones quedaban, su respuesta era: “No lo sabía, ¿por qué no me habías dicho nada?”. En estas sesiones llegaba a hablar de las cosas en las que se parecía al padre, como que ambos tenían un carácter similar, los dos muchas cosas y las podían compartir; con relación a esto me dijo que eso era algo a través de lo cual se podrían acercar. Comentó que su padre no podía jugar mucho al fútbol con él, pero que podía demostrarle su cariño de otras formas. Dijo que en otra cosa que se parecían era en que ambos obedecían mucho a la madre y eso no le resultaba agradable.

Habló de que deseaba compartir la arena con las personas de fuera, para que pudieran ver “cuanto relaja y me ayuda”. Manifestó deseos de dar a su familia cosas, a la madre música en su vida, a su hermana algunos novios y al padre “ser director técnico de mi familia porque luego mi mamá es muy mandona”.

En esa última sesión, el paciente colocó en la caja de arena a toda su familia, rodeada de carritos y dijo que le gustaría que todos estuvieran relajados en la playa. Dijo que todos eran luchadores, tal vez a lo largo del tratamiento; pues era de reconocerse que habían sido constantes y se involucraron en todo momento, aunque el padre lo haya hecho casi al final.

La última sesión R llegó muy puntual, venía vestido casi igual que en la primera sesión. Se inició con un resumen de su trabajo en el arenero y se retomó algún material gráfico que había realizado a lo largo del tratamiento. Parecía muy sorprendido de todo lo que se había hablado en las sesiones.

Su cierre consistió en usar el arenero, llenaba y vaciaba muchas veces la cubeta con la que mojó la arena la primera vez. Dijo querer hacer un castillo de arena para representar su espacio en la terapia, pero luego reflexionó y dijo: “Mejor no, porque la arena se gasta”, en alusión al final del tratamiento.

El niño hizo 10 osos de masa *Play Doo* de diferentes colores, inició con uno de color morado, primero una mitad y luego la otra, se le señaló que podía ser que las cosas llegaran a su fin; por un lado el tratamiento, y por el otro su vida sin éste. Le pidió ayuda al terapeuta con la voz entrecortada y le indicó que realizara algunos ositos con él. Dijo querer hacer un arcoíris con los osos, en total utilizó los siguientes colores: morado, azul cielo, verde, naranja, amarillo, verde claro, rosa, amarillo limón, blanco y azul marino.

R decidió llevarse los ositos a casa pero antes mencionó el significado de cada uno, su voz estaba entrecortada y con sus ojos llenos de lágrimas dijo lo siguiente:

“El blanco es la bondad, el rosa es el amor, el morado es...la consciencia, el marrón es el arrepentimiento, el amarillo es la nobleza, bueno el color amarillo limón, el verde es el enojo, el amarillo es la expresión, el rojo la libertad, el verde oscuro la iluminación hacia Dios, el azul la tristeza...”. Al decir esto ya en los últimos colores se le quebró la voz y comenzó a llorar, la terapeuta le dijo que estos sentimientos los vivió a lo largo del proceso y que al final con la masa, que en algún momento fue popó traicionera, pudo construir cómo se sentía y dar origen a una expresión de sentimientos. También le comentó le quedaba el hecho de aprender a escuchar a su cuerpo, a conocerse, a escuchar su corazón y a expresarse, para que sus sentimientos salieran de manera adecuada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente capítulo se revisó la relación que existe entre la díada madre-hijo y la presencia de los síntomas como la enuresis y la encopresis. Ambos síntomas no se comprenden como una patología específica, sino que detrás de ellos subyacen diferentes problemáticas. Muchos son los niños llevados a consulta por estos síntomas, y es en torno a éstos que los especialistas pueden elaborar diferentes hipótesis con respecto a su aparición, las cuales pueden ir desde lo orgánico hasta lo psicológico.

A fin de dar paso a la discusión y las conclusiones, y al retomar el marco teórico, se han generado algunas reflexiones con respecto al caso, así como algunos cuestionamientos que atañen a éste.

De inicio cabe hacer las preguntas, qué es lo que está tratando de manifestar el niño, y a su vez qué rol juegan en esta patología los padres de éste, qué ganancias secundarias hay en el niño y en la dinámica familiar y el por qué de la elección de éstos síntomas.

Si bien al inicio del tratamiento se hizo imperioso el trabajar el síntoma con el objetivo de remitir su aparición dentro del set terapéutico, una vez que éste no apareció más en las sesiones, se pudo observar y trabajar con todo aquello que subyacía al síntoma; y se hizo de forma más profunda a través de la psicoterapia de juego.

El síntoma de Renán dentro de la díada madre-hijo, daba ganancias a nivel secundario, ya que cuando se elige la somatización como camino o respuesta ante una situación, al niño no le queda otra alternativa que repetir pautas de conducta que se dan dentro de la unidad madre-bebé. Como primer punto se puede encontrar que al ensuciar su cuerpo, la madre debía de proveer cuidados tales como la limpieza, la atención de ésta al despertarle, el tener que ser observado al revisarle si estaba sucio, situaciones que podían hacer que se obtuviera una excitación al contacto, así como una gratificación al tener que establecer un acercamiento parecido a cuando era un niño más pequeño.

La dinámica familiar establecida en casa, favorecía el establecimiento y la permanencia del síntoma; por un lado, el padre ausente no sólo de manera física, sino carente de autoridad en la familia, su poca participación dentro de las actividades que concernían a su hijo, no sólo en el aspecto de interacción, sino con respecto a su desarrollo, desembocaban en la marcada proximidad del menor con su madre.

Con respecto a los padres, se puede llegar a las siguientes puntualizaciones; por un lado, el padre al ser un hombre mayor, cansado, y consciente de su condición física tanto en su rol de padre como de esposo, es probable que buscara el cuidado que de alguna forma pronto iba a necesitar a futuro. De ahí que dentro de la dinámica familiar asumiera un rol sumiso y de alguna forma dejara que la madre monopolizara a su hijo. No obstante en algunas ocasiones podía llegar a actuar de manera agresiva e impulsiva como una forma de afirmar su masculinidad y su rol dentro de la dinámica familiar. Y en contraparte, al estar sumergido en su trabajo asumía un compromiso donde se desenvolvía como un hombre responsable y estable; sin embargo, esto puede verse también como un intento de fuga ante un ambiente familiar en el cual no figuraba. Su escasa participación como padre o bien como

esposo, podían marcar la pauta para que la angustia materna fuera en aumento, y reforzarlo como un hombre incapaz de satisfacer a la madre y al hijo.

Durante el tratamiento, Renán habló en repetidas ocasiones del padre, de cómo se sentía, “decepcionado, traicionado y triste”, por su forma de ser, el juego reiterativo del niño en este tema podría también interpretarse como una forma de reclamo ante esta ausencia y falta de autoridad, más que de una rivalidad o miedo hacia éste.

Con respecto a la madre del menor, ambos síntomas eran aspectos rutinarios de su vida, en un intento por seguir anclada en una omnipotencia dentro de la relación con Renán. Se puede ver cómo esta madre se mueve dentro de una ambivalencia, ya que como lo afirma Sperling (1993), la madre rechaza al hijo cuando se aleja de ella y sólo le muestra afecto cuando da muestras de su dependencia; así el niño teme perder el amor de su madre y sin embargo, quiere independizarse, por lo que se enferma.

La madre manejaba una sobreprotección en la cual manifestaba un excesivo contacto y una mala asimilación de pautas de independencia llevadas a cabo por parte del niño. Pretendía abarcar todas las relaciones sociales de su hijo, por un lado al tratar de resolver aquellos conflictos que el menor podía presentar con sus pares. Por otro lado, presentarse como una mujer responsable, la mayor parte de las veces estable consigo misma, amorosa y cuidadosa, podría ser una forma reactiva de manejar su agresividad y deseos de controlar su entorno y por ende a su hijo.

La madre no observaba ni escuchaba ninguna señal de independencia por parte de R, coartaba cualquier posibilidad en la cual éste pudiera enfrentarse a las problemáticas que el medio le planteara o bien a las cuales pudiera poner en juego sus propias cualidades y habilidades sociales. Un ejemplo de esto puede ser el retraso en el lenguaje por parte del niño, su escasa habilidad para llevarse con pares, o la pobreza en las habilidades sociales, de aquello que Bekei (1984) describe como que le impone lo que no necesita y lo priva de lo que reclama.

La madre hacía de la enuresis una rutina y un modo de interactuar con el hijo por las noches, la manera en la que ella trataba de dar cura, mediante a diversos métodos caseros, propician y mantienen una erotización en la relación con su hijo. Las pautas de higiene como revisarlo para **saber** “si se había hecho popó”, así como bañar a su hijo, hacerlo entrar al baño de mujeres en lugares públicos y la falta de explicación de la ausencia de los testículos, eran situaciones generadoras de confusión y angustia en torno a su cuerpo, así como fomentaban una excitación en la que el menor no alcanzaba el control o la descarga adecuada.

Por otro lado, esta manera de actuar de la madre, puede apuntar a una incapacidad para establecer vínculos sanos, pues no puede desprenderse o bien alcanzar una adecuada representación mental de su hijo correspondiente a la realidad; esto trae como consecuencia el aumento de la angustia al creer perdido el vínculo con su hijo y no lograr el percibirlo como objeto diferenciado.

En el caso presentado, Renán era un niño de 9 años de edad con los síntomas de enuresis y encopresis, se desarrolló al inicio del tratamiento como un menor bien portado, poco espontáneo y con cierta inhibición del juego a nivel simbólico y tímido para hablar de la problemática por la cual había sido llevado a consulta; así como un pobre reconocimiento de sus emociones y torpeza física; entre otras cosas.

De inicio el paciente era un niño inseguro, esto pudo verse favorecido por el ambiente familiar tan peculiar en el que vivía, por un lado la marcada ambivalencia en la relación que tiene con la figura materna, la cual le sobreprotege y trata de estar presente en cualquier aspecto del desarrollo de su hijo, la cual a su vez le devalúa y somete, hasta llevar a cabo en algunas ocasiones agresiones a nivel emocional, verbal y físico.

Es a través del síntoma de la enuresis que se demostró la poca integración mente-cuerpo que el niño presentaba, el hecho de hablar de aspectos que se relacionaban de manera directa con sus sentimientos, hicieron que por momentos, durante el tratamiento, manifestara cierto desconocimiento con respecto a sus emociones; por ejemplo, cuando llegó a expresar “No supe que sentir, aún no sabía ni leer ni escribir”, lo que hace suponer que es un niño en el cual las cosas se han basado sobre todo en aspectos de carácter intelectual.

Como beneficios primarios para el menor se puede encontrar aquellas sensaciones obtenidas de manera directa por la micción o de la defecación en sí, como pueden ser el hecho de presentar un estado regresivo dentro del cual, la sensación cutánea de estar mojado, lo caliente de la orina o bien del excremento, desembocan en una erotización a nivel sensorial.

Dentro de los beneficios de carácter secundario se encuentran aquellos cambios que se manifiestan en el entorno, y mediante los cuales, se puede establecer una relación más estrecha con la madre al momento de llevarse a cabo el aseo corporal, así como el cuidado higiénico, para regresar así a etapas en las cuales la díada madre-hijo proveía satisfacciones en torno a la proximidad.

El paciente, a través de la relación de sometimiento y castigo que presentaba con la madre, obtenía beneficios, como: la cercanía a ella, cumplir ciertas fantasías de orden edípico, que la madre se despertara por las noches para llevarlo al baño (con el consecuente abandono del padre); hechos que pudieron reforzar la intención de Renán en el aspecto de no dejar el síntoma, sino de integrarlo a una nueva dinámica. Lo anterior pudo verse favorecido debido a la ausencia del padre por las noches, a causa del trabajo que tenía como velador.

Algunos autores afirman que para los niños que padecen enuresis nocturna es de gran importancia el periodo edípico, por lo que orinarse en la cama es tomado como un equivalente a un proceso masturbatorio a través del cual se manifiesta una defensa ante la angustia de haber sido castrado o bien para la comprobación de la no castración; más aún si se tiene en cuenta que el paciente no contaba con los dos testículos hasta el inicio del tratamiento y que la madre no explicaba la razón de esta falta.

En lo referente a la encopresis, la madre ejerció en el menor estrictas pautas de control de los esfínteres, lo que pudo traer una ambivalencia en ambos; ya que la necesidad de la madre de acaparar todo aspecto del desarrollo de su hijo pudo verse, al menos en este punto, coartada, pues ahora el control no dependía del todo de ella, sino del niño.

Una observación hecha a lo largo del tratamiento, fue la pobre habilidad motriz del paciente, a causa de la cual sufría diversos accidentes; Janin (2008) refiere que

la torpeza y pérdida del control motriz, pueden estar ligadas a la pérdida del control de los excrementos y del esfínter anal. Asimismo, por momentos se hace evidente el trasfondo de una agresión sádica anal, así como la erotización que se llevaba a cabo durante las expulsiones. Con respecto a la agresión sádica anal, ésta podía verse reflejada en los juegos que llevaba a cabo con los animales salvajes, dentro de la caja de arena, así como la forma en la que en ocasiones arrojaba las cartas debajo de los sillones, o bien incluso al tirar la arena al piso. En la parte de la erotización, se puede encontrar el retener y expulsar las heces sobre sí, donde la limpieza era realizada por parte de la madre o en la observación de ésta sobre el cuerpo del niño.

Los rasgos de carácter anal se manifestaron en un inicio a través del orden y la escrupulosidad de Renán en su conducta, ya sea la reportada por la madre, o bien la observada dentro de las sesiones, como pueden ser: necesidad de prevenir el futuro y de acumular, concepción aguda de la temporalidad. Con respecto a esto tenía muy presente y de manera precisa las fechas y los momentos en que se había producido un cambio o una cancelación de cita, así como que se encontraba demasiado preocupado por aquello que pudiera ocurrirle.

Como se mencionó dentro de la revisión teórica, hay factores que originan la presencia del síntoma y otros que lo mantienen y que lo modifican a lo largo del tiempo. La enuresis se inicia, poco tiempo después de la muerte del abuelo materno, a quién la madre cuidaba minuciosamente desde antes de que el niño naciera. A pesar de haber sido un tema no tratado durante las sesiones, la muerte del abuelo y lo que se correlaciona antes de ésta, pudieron influir en la aparición de ambos síntomas, como es el hecho de que el niño observara cómo el abuelo era aseado y curado por la madre. Así, llegó a tener una identificación con éste, pues de alguna forma pudo ser posible la expresión de la madre con respecto a su gusto por la gente de la tercera edad y la percepción que pudo haber hecho Renán de esto, lo cual trajo como consecuencia el establecimiento de una dinámica relacional, que se pudo llevar a cabo en la relación cotidiana entre el niño y su madre.

A lo largo del proceso terapéutico se pudieron observar, los avances del paciente, con respecto a los síntomas, la desaparición de éstos fue paulatina y es de suponer que esto ayudó a la comprensión de lo que le ocurría y el por qué de la utilización de éstos.

Si bien los padres presentaban problemáticas de índole personal, que arrastraban en su historia de vida y las cuales influían en la forma de interactuar y educar al niño, a pesar de que se sabe que el tratamiento es del menor, los señalamientos o la consejería dadas durante las entrevistas fueron pautas que permitieron cambios dentro de la dinámica familiar y en el trato dado al paciente de manera directa.

En relación a los avances observados en el menor, la mejoría se presentó al hablar y poder distinguir sus sensaciones, con respecto a los síntomas; así como también al poder diferenciar las emociones que podía experimentar. El espacio terapéutico favoreció en algún momento la ruptura de las rígidas defensas del niño y provocaron la expresión de su problemática, del cómo se percibía a sí mismo y al entorno dentro del padecimiento de la encopresis y la enuresis. Se debe reconocer el papel del juego como lenguaje y herramienta universal de ayuda para todo niño en el transitar dentro de un proceso psicoterapéutico.

Una gran herramienta lo largo de todo el proceso fue la utilización de la caja de arena, a través de la cual Renán logró crear escenarios muy específicos de su sentir, no sólo en relación a su problemática, sino también a todo lo que rodeaba; su relación con sus padres, su necesidad de sacar de alguna forma los impulsos agresivos que se esconden detrás de este tipo de síntomas, el desplazar a la caja las sensaciones, y verbalizar el sentir al estar mojado o bien al haberse defecado sobre sí. Al final del tratamiento logró expresar una gama de emociones y la relación que tenían con él y con su modo de actuar. Con respecto a los impulsos agresivos, éstos se pudieron observar en el juego con la caja de arena, al arrojarla al piso, al expulsar los juguetes al piso, e incluso al negarse a limpiarla y al pegarle a la terapeuta.

Así bien, dentro del presente capítulo se hace la descripción y análisis de una problemática que suele presentarse en el desarrollo de los niños; no obstante, no se pretende hacer una generalización del tipo de intervención llevada a cabo, ya que como ha mencionado Bekei (1984) así como no hay psicopatología ni personalidad única de los chicos que padecen este tipo de trastornos tampoco su terapia es uniforme. En este caso, la psicoterapia de juego acompañada de la técnica de la caja de arena resultaron útiles pues lograron ir más allá de la desaparición del síntoma y tocaron emociones y puntos importantes para que el paciente lograra un avance óptimo.

Asimismo, sería interesante acercarse más hacia la población femenina que padece este tipo de trastornos, y de igual forma examinar qué es lo que subyace detrás de éstos, pues es bien sabido que hay puntos importantes y específicos en los que difieren el desarrollo psicoemocional de niñas y niños.

REFERENCIAS

- Aguilar, M. (1998). *El vínculo madre-hijo y la enuresis infantil dentro del marco psicoanalítico. Estudio de casos*. Tesis de Licenciatura en Psicología inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ajuriaguerra, J. (2004). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson.
- Bekei, M. (1984). *Trastornos Psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) Trastornos mentales y del comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación*.
- Corominas, J. (1996). *Psicoterapia de grupo con niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis*. Barcelona: Paidós.
- Dolto, F. (1974). *Psicoanálisis y pediatría*. México: Siglo XXI.
- Dolto, F. (1982). *Seminario de psicoanálisis de niños*. México: Siglo XXI.
- Dolto, F. (1997). *Trastornos de la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Franco, A., y Batista, E. (2003). El mágico juego de arena. *Revista de Psicología de la Universidad de Brasil*. 14(2). Recuperado el 28 de octubre del 2009 [en línea] <http://www.adepac.org/P06-38.html>
- Freud, A. (9ª ed.). (1997). *Normalidad y patología en la niñez*. Argentina: Paidós.
- Janin, B. (2008). Niños encopreticos. La organización anal y sus perturbaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del Adolescente*. 45(46), 39-62.

- Knobel, M. (1977). *Psiquiatría infantil psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós
- Kreisler, M. (1990). *El niño y su cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu
- Laguna, L. (2008). *Incidencias y determinantes de la función paterna en la encopresis infantil*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Lebovici, S. (1990). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente (Tomo IV)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales: DSM-IV. (1999). España: Masson
- Romano, E. (1997). *Psicopatología infantil y psicoanálisis. La clínica*. Argentina: Nueva Era.
- Sánchez, B. (2007). La técnica del arenero. Primer Foro de Psicoterapia Infantil *El bienestar emocional del niño y su familia*.
- Schaefer, J. (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Sperling, M. (1993). *Psicoterapia del niño neurótico y psicótico*. Argentina: Lumen-Horme.
- Schwarzblat, S. (2002). *La terapia de arena como técnica terapéutica junguiana*. Recuperado el 28 de octubre del 2009 [en línea]. www.anahuac.mx/psicologia/archivos/No.10%201-14.doc
- Taylor, E. (2009) Sandtray and solution focused therapy. *International Journal of Play Therapy*, (18), 56-68.

Capítulo 6

Trastorno bipolar en los niños

*Francisco Javier Espínosa Jiménez y
María Cristina Heredia y Ancona*

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar en los niños es una entidad clínica poco estudiada por las controversias clínicas y diagnósticas, aunque su existencia ha sido planteada por los psiquiatras infantiles y psicólogos. Para lograr una adecuada detección, evaluación y tratamiento es fundamental un conocimiento profundo del desarrollo normal infantil, así como de la psicopatología con el fin de realizar un diagnóstico diferencial de otras alteraciones emocionales que llevarán procesos de intervención limitados en su eficacia.

Así pues, las características clínicas del trastorno bipolar en la infancia y la adolescencia no son idénticas a las que se describen en los adultos. En sus manifestaciones típicas, se hace más común conforme el niño se vuelve adolescente, con lo cual se asemeja más a las descripciones clásicas de la enfermedad (Cepeda, 2002).

CONTROVERSIAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR EN LOS NIÑOS

Carlson (1987) retomó un artículo de Anthony y Scott donde dichos autores, enunciaban los puntos más polémicos acerca de la existencia del trastorno bipolar en los niños:

- El origen del trastorno bipolar radica en las variaciones del estado de ánimo que forman parte del desarrollo normal durante la niñez y la primera infancia. Así,

para algunos, los extremos de alegría y negativismo del niño pequeño serían una forma embrionaria de la depresión maniaca.

- El punto de vista opuesto a éste, sólo considera estos cambios de humor como variaciones dentro de la normalidad o, cuando más, como alteraciones de la personalidad y, define como errónea la interpretación de las fases más activas como **manía** y de las más negativas como **depresión**. Existe, pues, un consenso generalizado acerca de la existencia de “cambios bruscos del estado de ánimo” durante la niñez y la infancia. La cuestión a plantearse es si estos cambios se pueden considerar como prodromos o una forma muy temprana de trastorno bipolar.

Asimismo, en un estudio realizado en la Universidad de Harvard, Wozniak y colaboradores (1995), mencionan que los niños con síntomas de manía son:

- Irritables, coléricos, de mal genio, chiflados, enérgicos, soeces, irrespetuosos y amenazantes
- Presentan explosividad afectiva, relacionada con destructividad y, o agresividad, o ambas
- Desatentos, atolondrados, tontos, insensatos, acelerados, con accesos de risa, son “el payaso de clase”
- Depresivos, tristes, sin placer, duros consigo mismos, suicidas, autodestructivos.

TRASTORNO BIPOLAR Y DESARROLLO INFANTIL

También es importante mencionar que de acuerdo a Marcelli y De Ajuriaguerra, (1996), el síntoma principal del trastorno bipolar desde la primera infancia está representado por la alternancia rápida y brusca de los estados afectivos, extremos y opuestos, crisis de risa o exhuberancia sin razón aparente, a las que suceden estados de postración, de abatimiento, incluso con llanto y lágrimas. Los bebés tienen a menudo un aire triste y serio, en alternancia con bruscas descargas motoras.

Algunos autores coinciden en comentar que, los niños con enfermedad bipolar (o maniaco-depresiva) sufren episodios de euforia, irritabilidad extrema, disminución de la necesidad de dormir, energía alta, sensación de que ellos saben más que sus padres o profesores. También hablan muy rápido e interrumpen a todos, (a veces no se entiende de qué hablan, pues saltan de un tema a otro), tienen un comportamiento hiperactivo, son impulsivos y difíciles de controlar, y no responden a ningún castigo. En ocasiones la enfermedad bipolar, se confunde con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (Soutullo, 2005).

Bowring y Kovacs (citados en Cepeda, 2002) propusieron cuatro factores que hacen difícil la identificación temprana de los trastornos bipolares:

- La baja incidencia en poblaciones clínicas y el consecuente bajo contacto para los clínicos. (No obstante, el trastorno bipolar puede ser más común de lo que se pensaba)

- Variabilidad longitudinal y transversal de los síntomas. Es probable que los síntomas de manía sean de manera intrínseca lábiles, y es posible que haya gradientes de severidad en un episodio dado. El ánimo lábil, inestable y cambiante es poco común en niños menores de 10 años; en la niñez la irritabilidad y beligerancia son más comunes que la euforia
- La superposición de los síntomas de la manía con otros trastornos (por ejemplo, TDHA, trastornos de conducta y abuso de sustancias) es fuente de confusión diagnóstica. Los clínicos con frecuencia dicotomizan el diagnóstico: el niño tiene TDAH, conducta bipolar o trastorno disocial, trastorno bipolar o abuso de sustancias. Estos pacientes pueden tener todos estos síntomas en concomitancia
- La conexión entre el nivel de desarrollo y la expresión de síntomas. Los síntomas de un episodio maniaco puede ser difícil de diferenciar de las conductas adecuadas del desarrollo. Por ejemplo, los síntomas como la grandiosidad y autoestima exacerbada, deben ser consideradas desde una perspectiva del desarrollo

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO BIPOLAR EN LA INFANCIA

De acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2003) los criterios del episodio maniaco son:

- Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y de manera persistente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración si fuera necesaria la hospitalización)
- Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - a) Autoestima exagerada o grandiosidad
 - b) Disminución de la necesidad de dormir
 - c) Más hablador de lo habitual o verborreico
 - d) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - e) Distractibilidad
 - f) Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
 - g) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves
- Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto
- La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás. (Es importante aclarar, que el criterio de deterioro laboral, no se cumple pues el niño no realiza un trabajo, sin embargo, es oportuno comentar que, si presentaba dificultades en el ambiente escolar)
- Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro tratamiento), ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser:

- a) Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del tiempo, casi todos los días según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- b) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer, o en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- c) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi diario
- d) Insomnio o hipersomnia la mayor parte de los días
- e) Movimientos psicomotores agitados o lentos casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- f) Fatiga o pérdida de energía cotidiana
- g) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi diario (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- i) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- j) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- k) Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- l) Los síntomas no son causados por los efectos fisiológicos directos de la sustancia (p. ej. una droga o medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)
- ll) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), porque éstos persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcionalidad, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o actividad motora lenta

Desde el punto de vista clínico, Díaz y Blánquez (s/f) sugieren observar los siguientes síntomas en la conducta de los niños con sospecha de manifestar trastorno bipolar:

- Alteraciones del estado de ánimo
 - a) Humor eufórico, irritabilidad o ambos
 - b) Depresión, o presencia de tristeza y, o llanto

Estos cambios de humor suelen ser rápidos, durar desde horas a pocos días, pueden aparecer de forma explosiva y ser causa de difícil contención en casa.

- Síntomas de ansiedad
 - a) Tensión, mayor nivel de vigilancia (expectante)
 - b) Si el niño es pequeño (5-7 años, en promedio), pueden presentarse episodios de ansiedad de separación, sobre todo en situación de estado de ánimo depresivo
 - c) Menor número de horas de sueño. Si predomina la depresión, no es raro que duerma mucho
- Síntomas conductuales y cognitivos
 - a) Hiperactividad hasta episodios de agitación
 - b) Oposicionismo, negativismo
 - c) Desafío a la autoridad y desobediencia
 - d) Problemas de atención: distractibilidad
 - e) Pensamiento muy acelerado
 - f) Puede emprender múltiples actividades que no llega a terminar
 - g) Conductas arriesgadas, como si intuyera el peligro y, a veces, la creencia que tiene poderes **mágicos**, como poder volar u otras
 - h) Conducta sexual desinhibida
- Alteraciones psicofisiológicas
 - a) Alteraciones del sueño: insomnio o somnolencia, terrores nocturnos o pesadillas
 - b) Conductas caprichosas con la comida
 - c) Enuresis

Con respecto a la evaluación Gutiérrez y colaboradores (s/f) sugieren estar pendientes de los siguientes aspectos:

- Consciencia, orientación y capacidad intelectual: no hay indicios de alteración significativa
- Atención y memoria: los niños se distraen con facilidad, la atención se dirige hacia estímulos externos de poca importancia. A medida que el episodio maniaco progresa les resulta imposible, por ejemplo, prestar atención en la escuela
- Afectividad: en el trastorno bipolar, esta área es la más afectada porque el estado de ánimo aparece expansivo o elevado. El niño puede mostrarse atolondrado de manera inapropiada y más contento de lo que la ocasión lo requiere. Los adolescentes maníacos pueden hacer también tonterías de forma exagerada y mostrarse, de forma poco realista, optimistas en exceso. Durante el episodio maniaco, estos pacientes a menudo carecen de conciencia de enfermedad. Otra característica importante es la irritabilidad, con frecuentes estallidos de enfado. El adolescente también puede mostrarse oposicionista, beligerante, hostil o brusco en extremo.
- Curso del lenguaje y del pensamiento: el lenguaje puede volverse rápido y apresurado, hasta el punto de ser continuo e incluso, a veces, ininteligible o difícil de seguir. El pensamiento está acelerado de manera subjetiva o aparece fuga de ideas que el niño experimenta como ideas interesantes en la cabeza que apenas pueden ordenarlas o llevarlas a la práctica.

- Contenido del pensamiento: hay una gran tendencia a la grandiosidad y a la autoestima exagerada; las cuales, en ocasiones, pueden llegar a alcanzar un tono delirante. Los contenidos irán acordes a la edad del paciente. El niño o el adolescente pueden creer por ejemplo, que tienen **superpoderes**, o que llegarán a tener una profesión relevante aunque estén suspendidos en el colegio
- Sensopercepción: la relativa frecuencia de aparición de síntomas psicóticos en la presentación de la manía en estas edades, en comparación con la edad adulta, incluye la aparición de alucinaciones, incluidas las auditivas, que pueden determinar en gran parte la mayor tendencia hacia el diagnóstico erróneo de esquizofrenia
- Psicomotricidad: aparece un incremento de la actividad psicomotora. Se muestran inquietos, pasan con rapidez de una actividad a otra. El niño puede parecer hiperactivo, sin embargo puede ser capaz de finalizar las diferentes tareas que ha comenzado
- Trastornos de los impulsos: pueden involucrarse en actividades placenteras que en ocasiones conllevan un riesgo importante, así como es posible que presenten conductas hipersexuales. De esta forma, el niño puede tocar de forma inadecuada a compañeros o adultos, o el adolescente puede presentar, por ejemplo, conductas promiscuas
- Otra característica importante es que disminuye la necesidad de dormir, en ocasiones sólo llega a tener 3 o 4 horas de sueño al día
- Presentación, conducta y comportamiento: la conducta y el comportamiento van a venir determinados por el grado de desinhibición y tendencia a la grandiosidad. Así por ejemplo, el niño puede comenzar a hacer trampas en el colegio, escaparse de casa, robar, entre otras manifestaciones, mientras los adolescentes pueden invitar a su casa a desconocidos, teñir su cabello de color extraño, entre otras

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS

- Esquizofrenia
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastorno disocial
- Abuso de drogas
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Para finalizar este apartado del diagnóstico diferencial del trastorno bipolar en los niños, es importante comentar lo siguiente:

El factor crítico en el diagnóstico diferencial del trastorno bipolar de aparición temprana, no es la sintomatología del TDAH, ya que los niños maníacos y con TDAH se superponen de manera significativa en esta área. La diferencia se encuentra en la presentación del estado de ánimo y más importante aún, en el historial de regulación defectuosa del ánimo. Desafortunadamente, muchos niños presentan ambos problemas (Cepeda, 2002, p. 159).

Caso: Omar

Datos generales

- Nombre del niño: Omar
- Edad: 9 años 3 meses
- Posición nominal: Primogénito e hijo único.
- Escolaridad: 3er. año de Primaria

Motivo de consulta

Omar fue canalizado a un centro comunitario por presentar conductas que afectaban su desempeño académico.

Durante la realización de la primera entrevista con la madre y el niño ambos expresaron con respecto al motivo de consulta lo siguiente:

Madre: “Por su conducta (de Omar). Es agresivo, rebelde, inquieto, no mide el peligro”.

Niño: “Me porto mal y me cuesta trabajo aprender”.

Descripción del niño

Su apariencia correspondía a la edad cronológica. Por periodos denotaba ansiedad expresada a través de inquietud o actividad motora (se paraba, se acostaba en el suelo, se movía sentado en la silla). De manera oscilante, se mostraba por lapsos dispuesto y en otros resistente ante las actividades, reconocía las dificultades que tenía para resolver algunos de los ejercicios y el grado de complejidad creciente de los mismos, así mencionaba: “Éste es más difícil”, “ya no”, “¿cuánto nos falta?”, o “me aburro”; sin embargo, lo intentaba, y en ocasiones era necesario persuadirlo o llegar a acuerdos para continuar; por otra parte, cuando no lograba su objetivo decía “no sé” o “no puedo”. Llamaba mucho la atención su estado afectivo pues fue cambiante: de eufórico, a triste y hasta depresivo.

Evaluación psicológica y los hallazgos clínicos

Historia clínica

La madre informó haberse caído tres veces durante la gestación de Omar (a los 4, 6 meses y en la última semana antes del alumbramiento), agregó que el parto fue “difícil”, pues “venía mal acomodado”, además de que el bebé tuvo un hematoma por “descuido médico”. Posterior al nacimiento, a Omar le detectaron incompatibilidad Rh, y le fue diagnosticado un problema de píloro. Por todas estas complicaciones,

los médicos le habían dado 72 horas de vida. A los 40 días de nacido, Omar se cayó de la cama y de nuevo se pegó en la cabeza.

Por ser parte, la madre informó que durante la gestación, vivió un estado emocional muy difícil, porque en su relación de pareja existía violencia, lo cual se vio reflejado en que ella tuviera problemas de alimentación, pues no comía de manera adecuada y todo lo vomitaba.

En relación al desarrollo del menor, se reportó que el control de los esfínteres se logró a los dos años tanto en el día como la noche. El método de entrenamiento fue **a golpes**, pues el padre biológico de Omar lo golpeaba cuando se orinaba; hasta el momento de la primera entrevista con la madre, ésta reportó que todavía el niño “se orinaba de repente, una vez a la semana o una vez al mes”.

De acuerdo a la información obtenida con respecto a la historia escolar, el menor asistió al Jardín de niños a los 3 años, y se mostraba muy inquieto, por lo que la educadora lo amarraba a la silla. Su aprovechamiento en la escuela primaria había sido muy bajo entre “6 o 7, mejora y luego baja. Su conducta era **mala**, pues “se sale del salón, no obedece, no trabaja cuando no quiere, las matemáticas le cuestan trabajo”.

En el ámbito emocional fue descrito como “enojón, muy cambiante, avienta las cosas, a veces muy sensible, a veces es muy noble”. La madre reportó episodios de crueldad hacia los animales, consistentes en que Omar les picaba los ojos a los pollos con una pluma o los aventaba de un lugar alto.

En cuanto a la atención psicológica previa recibida por el niño, cabe mencionar que fue canalizado al DIF cuando tenía dos años de edad, allí asistió a estimulación psicomotriz, debido a que desde entonces se mostraba muy inquieto y agresivo. Durante su etapa preescolar, lo canalizaron a un Centro de Salud donde lo atendieron un par de ocasiones, y lo dejaron de llevar porque las consultas “eran muy espaciadas”. Más tarde, fue canalizado a un centro de atención psicológica pública, a solicitud del director de la escuela primaria en que cursó la primera mitad del ciclo escolar, debido a que el niño se subió a la azotea del plantel y dijo: “Me quiero morir” y amenazó con aventarse, además de que se autoagredía: “Se pegaba en la pared”. En una ocasión, la maestra dejó a Omar sin recreo y cerró la puerta del salón, el menor reaccionó de forma muy agresiva y empezó a aventar el mobiliario.

Historia familiar

La estructura familiar donde se había desarrollado Omar los últimos cuatro años, estaba conformada por el padre de crianza (Eduardo de 35 años), la madre (María de 28 años), y el menor evaluado. La madre comentó que debido a violencia vivida con el padre biológico (Omar de 30 años), se separó de él cuando Omar tenía cerca de tres años de edad, tiempo después de la separación, permitía la convivencia con el niño, hasta que detectó que el padre biológico lo maltrataba.

La madre refirió además que en ocasiones se encontraban en la calle al padre biológico de Omar y en los días sucesivos notaba cambios importantes en la conducta de su hijo, pues “estaba muy irritable” y “ni él se aguantaba”.

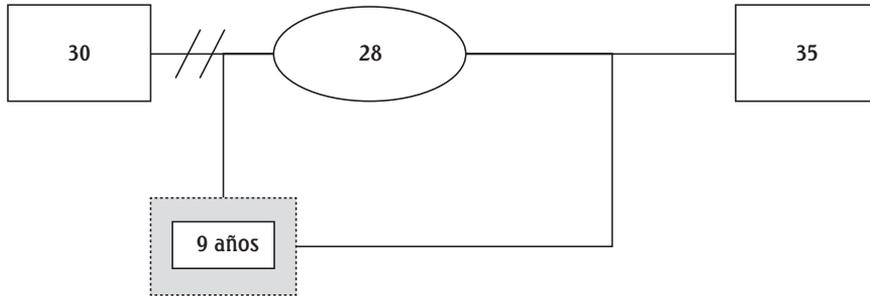


Figura 6-1. Familíograma

Omar, la madre y su padre de crianza, vivían en un predio que compartían con la familia extensa materna. La actividad laboral de los padres consiste en oficios.

Llamó la atención un comentario que hizo la madre al respecto de su propio grupo familiar: “Somos una familia, que se altera mucho, a veces pienso que somos, ¿cómo se llaman esos que se deprimen y luego de aceleran?, ah sí bipolares”.

A continuación se describen con brevedad las técnicas utilizadas en la evaluación de Omar y los resultados que se obtuvieron a partir de ellas.

Arenero

En la primera sesión de evaluación, Omar decidió trabajar con el arenero, al inicio buscó algunas casitas y comentó: “Son como unas cabañas ¿y los caballos?”, (se pregunta a sí mismo), los tomó y dijo: “¡Están bonitos!”, los miró con atención y comentó: “Voy a hacer una granja”, tomó algunos animales domésticos (vacas, borregos, pollos, patos, entre otros) los acomodó junto a la casita, tomó el volcán y dijo: “¿Es un volcán verdad?”, el terapeuta respondió: “¿Tú que dices?”, y el niño comentó: “Sí, es un volcán”, luego dijo: “Mejor no, mejor juego a otra cosa”, los objetos que puso en el arenero los quitó y agregó: “Mejor quiero a la familia cebra, pásamela ¿no?”, se le proporcionaron todas las cebras y dijo: “Ésta es la mamá cebra, la voy a enterrar”, mientras hacía un hueco en la arena y la enterraba, luego hizo estallar el volcán y cayó lava a la mamá cebra, en tanto se observaron cambios en la gesticulación, y empezó a desenterrar a la “mamá cebra”, entonces comentó al terapeuta: “Ayúdame, pásame a la familia cebra”, al mismo tiempo realizaba un agujero mas grande en la arena y enterraba a la familia cebra, los sacó de la arena, y ya para finalizar la sesión, llenó el volcán de arena y trata de ponerlo “como un castillo” comentó: “No se puede”, pues se deshacía; volvió a intentarlo y dijo: “Cuando era chiquito sí podía hacer castillos de arena y ahora no puedo”, y agregó: “Ya casi se termina el tiempo, me gusta mucho la arena”, se frotó la frente contra el arenero, y concluyó: “Ahora voy a empezar a guardar pues ya acabó el tiempo”.

Reflexiones sobre la sesión

Al hacer el análisis de la sesión, se puede considerar lo siguiente: el cambio de una actividad a otra y la correspondiente falta de estabilidad en las emociones y en la conducta; las primeras miniaturas que utilizó, estaban relacionadas con la casa y los caballos, los cuales de manera simbólica representan a la figura materna, a la vida familiar y a los impulsos de manera respectiva, que vinculados con el contenido del juego que realizó, se asocia a la agresión hacia “la mamá cebra y a la familia de cebras”. De lo anterior, fue posible obtener una hipótesis acerca de la agresión hacia su propia familia, de sus propios impulsos y hasta de la falta de control de impulsos en su propia casa.

Dibujo libre

Omar realizó un par de dibujos libres, que se muestran a continuación:

Descripción e Interpretación

Omar primero dibujó el rostro de un niño con la lengua de fuera. Son de interés clínico, las características de los trazos del cabello que dan al gráfico una impresión de agresividad aunado a la expresión facial y a la gesticulación trazada. Además, realizó el dibujo de una tortuga junto al rostro descrito.

La percepción que proporciona el dibujo es de agresividad y de tono de burla hacia la persona que observa el gráfico, al mismo tiempo da la impresión de exaltación de las emociones. De forma complementaria, el dibujo de la tortuga lleva a pensar en

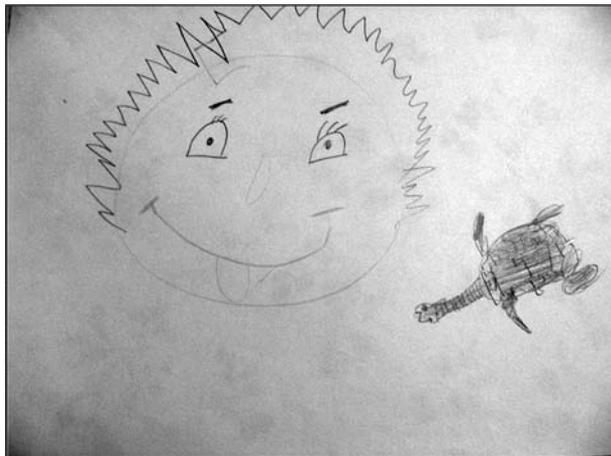


Figura 6-2. Rostro de un niño y una tortuga



Figura 6-3. Dibujo de un dragón

la lentitud conferida a este animal y es posible se relacione con ésta para aprender; también se puede interpretar como la necesidad de esconderse en su caparazón para evadir los peligros que percibe del exterior. Llamen la atención los trazos en el caparazón de la tortuga, que da por momentos la impresión de una transparencia, relacionada tal vez con características de inmadurez.

Descripción

El dibujo corresponde de manera muy significativa a la descripción hecha por el niño de él mismo.

Relato

“Había dragones que escupían fuego y yo hice uno de ellos, un día encendió a toda la selva, se le . . . , lo llevó un camión y lo trataron y regresó después de un tiempo, ya era adulto, ya se portaba bien, se buscó una parejita, y tuvieron dragoncitos, pasaron generaciones y generaciones.”

Interpretación

En el dibujo y relato que realizó Omar, plasmó sus expectativas con respecto al tratamiento y también sus fantasías de curación, como explica Arminda Aberastury con respecto a la primera sesión de juego diagnóstica. Al seguir con lo anterior, llaman la atención sus fantasías de ser llevado por un camión, ser tratado y curado lo que

le permitirá tener una mejor calidad de vida y cumplir las expectativas sociales que le han sido depositadas por su madre y su familia.

Es significativa la mención de simbolizar el impulso a través de una criatura tan peculiar como es el dragón y a la descripción que hace de su problemática, ya que el dragón, escupía fuego e incendiaba la selva, y cómo se relacionaba esto con la conducta impulsiva e insultos realizados por Omar tanto en la escuela como en su casa, lo que provocaba en ambos lugares “incendios” (enojos, angustia, caos, miedo).

Test gestáltico visomotor de Lauretta Bender

Del análisis de esta prueba, a través de la técnica de Elizabeth Koppitz, se obtuvo que Omar tenía una edad madurativa de 7 años 5 meses, lo cual constituía un retraso de 1 año 6 meses en comparación con la edad cronológica del niño, lo que proporcionaba datos de inmadurez en el desarrollo precepto-motor. No se encontraron indicadores neurológicos que pudieran sugerir alteración neurológica.

Dibujo de la figura humana de Elizabeth Koppitz



Figura 6-4. Dibujo de la figura humana (Omar).

Interpretación

Desde el punto de vista del desarrollo, tiene los elementos esperados para su edad, sin embargo, de forma cualitativa, muestra indicadores de inestabilidad emocional, personalidad integrada con pobreza, así como dificultad en la coordinación visomotriz. Además se observan signos de impulsividad, inmadurez neurológica y, o emocional, o ambas, así como conducta *acting out*; la impresión de la cara es de exacerbación emocional.

Test de la familia kinética de Burns y Kaufman

Las actividades que el niño asignó a las personas que dibujó son:

Madre: “Cocinando”, Padre: “Pintando la casa”, Hijo: “Graffitteando”, Mascota: “Agarró un ratón”.



Figura 6-5. Dibujo familiar (Omar).

La impresión que proporciona el dibujo en general es de distancia emocional entre el subsistema parental y el hijo. Es muy significativo que la madre esté cocinando lo que lleva a inferir que es la proveedora de afecto y protectora. Es posible que el padre pintando la casa, represente el rol de mantener el ambiente familiar agradable y la preocupación por cubrir las necesidades de seguridad y protección en la familia. El niño que graffitea, puede simbolizar varias cosas: dañar la propiedad ajena, molestar a las personas con pintar, dejar una huella en los otros, y por último, la agresividad hacia los demás en algunos casos.

Test de Apercepción Temática para Niños (CAT-A)

Al aplicarse esta técnica psicológica se obtuvieron los siguientes relatos, los cuales se transcriben tal cual las dijo el niño:

Lámina 1

Primero la gallina puso huevos, después nacieron los pollitos, tres chiquitos pollitos, después la mamá fue a buscarle comida como lombrices (¿?)

¿Cómo se sentían los pollitos? felices, muy felices.

¿Comieron lombrices? Eran animales, pollos, pollitos.

Antes: No sé, primero pusieron huevitos.

Después: Les dijo mamá que se lavaran las manos y que se sentaran a comer.

Lámína 2

Están jugando papá o mamá e hijo oso (dice 'voy al baño' y sale del consultorio) y a papá oso les ganó a mamá oso e hijo oso, el solito sin nadie que lo ayudara. Porque papá oso tiene la fuerza de los dos ¡es bien fuertote! Y ya.

Antes: papá oso y mamá oso organizaron eso para hijo oso porque estaba aburrido y tan tan, se acabó.

Después: Va a jugar a otra cosa. . . rueda, rueda de San Miguel San Miguel todos cargan su caja de miel a lo maduro a lo maduro que se voltee Jorgito de burro (el del programa de televisión **La escuela**, dice el final con esta canción).

Lámína 3

Está pensando (el león) que quiere ser mas rápido para agarrar al ratoncito, está triste (¿?) porque no puede agarrar al ratón, pero el ratón es más rápido y corre más, está viejito y no puede correr rápido, y esto ¿qué es? (Pregunta y señala la pipa, el terapeuta le comentó ¿qué crees que es?) para darle al ratón: ¡pas, pas!

Antes: (No responde)

Después: (No responde)

Lámína 4

(Shock) Mamá canguro, hijo canguro, bebé canguro. . . mamá canguro, hijo canguro salieron de paseo; mamá canguro organizó eso para que se divirtiera hijo canguro y bebé canguro; le pidió a hijo canguro sacar su triciclo y el otro fueron hasta Azcapotzalco a comprar la comida, todos los canguros (habla infantil) como le pusieron al bebé F. . . V. . . , O. . . D. . . P. . . G. . . (se omitieron por coincidir con nombres reales de la familia).

Antes: Papá canguro le dijo a mamá canguro que hiciera eso para que se divirtieran (habla como viejito). Bebé canguro, hijo canguro iban muy felices, mamá canguro llevaba su sombrerito para los tres, mamá canguro, hijo canguro y bebé canguro. . . hijo canguro se portó mal y está castigado (¿?) La hizo enojar no se portaba bien, (agrega) soy el demonio me escondo debajo de la silla eléctrica. (se rie, ja ja ja, como risa diabólica)

Después: papá canguro cuando llegaron a la casa le pegó muy feo, mucha risa,
¡ ja ja ja !

Lámina 5

Omar dice: A ver maestro. En una cabañita vivió hermano oso y hermana osa, se durmieron en una cuna y en eso entró su . . . papaaaaá y luego su maaaaá y luego su taaaaa, y su abuelitooooo, abuelitaaaaa, ¿ por qué crees? nacieron gemelos y en eso a los dos le pusieron Daniel (pronuncia en inglés) y les cantaron las mañanitaaaaaaas porque habían nacido gemelos y abuelito oso estaba bien ruquito (habla como viejito) . . .

Antes: Mamá oso estaba muy panchota y luego fue al doctor y le sacó una radiografía y luego estaban los dos gemelitos, a los dos gemelitos le pusieron Daniel como su papá... e interrumpe y agrega: Me picó un alacrán en la mano.

Después: Van a crecer y van a ser fuertes como mamá oso y papá oso y vivieron felices para siempre.

Lámina 6

(Ve la lámina y se distrae, se para de la silla, se mueve).

¿Tlacuaches?, ¿no?, burros tampoco, topos tampoco . . .

Mamá tlacuache, estaba durmiendo pero llegó hijo oso, se lo había traído mamá cigüeña, la cigüeña se puso muy pero muy feliz, papá oso llamó a sus amigos a celebrar, papá oso, papá tlacuache, entonces mamá se despertó rápidamente y lo movió, lo cobijó con hojitas y hasta le contó cuentos y el tlacuache hijo se puso muy pero, muy pero, muy pero, muy pero contento y entonces en eso llegó la agüela tlacuache y agüelo tlacuache y en eso festejaron y tlacuache hijo creció en un mes, se murieron papá, mamá agüelos y tíos y el quedó y tuvo hijos, se murió, papá, mamá y los hijos de él se murieron, y generación y generación.

Antes: La habían llevado con el doctor porque su mamá le dolía la panchita y fue cuando la cigüeña le trajo a su hijo.

Después: Su hijo va a tener hijitos y se va a morir él y así sucesivamente.

Lámina 7

¡Es la mas bonita! . . . Un día un león estaba muy pero muy furioso y en eso un changuito estaba trepando, entonces como estaba muy furioso el león lo correteó, lo empezó a corretear, entonces el changuito gritaba de susto, lo correteó hasta donde estaba un lago, entonces el chango brincó pero muy

pero muy rápido, el león brincó y cayó al agua, entonces había una corriente y se le llevó y cayó a una cascada y se murió y entonces el changuito alertó a todos y todos lo empezaron a arañar, a morder (al león muerto, porque era malo) y entonces hijo león mató a todos los changos junto con mamá y lo abrazaron muy fuerte (al león muerto) y le decían ruar, ruar, ruar, y ya acabé.

Antes: el changuito lo estaba molestando.

Después: van a . . . el bebé león va a vengar la muerte de su papá. (utiliza habla infantil).

Lámína 8

(Más tranquilo) Señala a la abuela y ríe. Mamá gorila invitó a tía gorila y a tío gorila entonces mamá. . . el hijo gorila se portó muy pero muy mal, entonces en eso, la tía gorila le platicó a tío gorila, le dijo mamá gorila no sabe educar a su hijo, yo sí, nosotros si tuviéramos un hijo gorila lo cuidaríamos más que ella y lo educaríamos porque no le decimos que nosotros lo adoptamos y así podemos vivir felices con un hijo adoptado. . .

Antes: Hijo gorila planeó una travesura y no le salió el resultado (¿?) travesura para que la mamá. . . para hacerla quedar en ridículo (al preguntarle en qué consistió la travesura no responde)

Después: Va a crecer.

Lámína 9

Un día mamá osa y papá oso, ¡no, eran conejos! . . . un día mamá conejo y papá conejo salieron de compras y dejaron a hijo conejo solo, a hija conejo sola, entonces voltió (sic) a la puerta, voltió (sic) a la cama de mamá y papá y no estaban y empezó a llorar (Omar se acuesta en el tapete de foamy) entonces, entonces, empezó a gritar maaaaá, papaaaá, por el bosque y después salió gritando, ooohh se acerca una tormenta, después estaba en medio de los árboles y se hizo un tornado y gritó ¡mamaaaaá!, ¡papaaaá!, y la escucharon y dijo: ‘Es hija osa’, y gritaron: ‘¿Dónde estás?’ y dijo: ‘Estoy aquíííí, atrapada en un remolino’ y agarraron una cuerda y se la echaron; en eso, hija osa, hija conejo la agarró y la jalaron, hasta que la recuperaron y les dijo: “Papá por qué me dejaron solita” y en eso mamá conejo voltió (sic) sonriendo, hija fuimos de compras no sabíamos que te ibas a espantar.

Antes: Mamá osa, mamá conejo, habían planeado sin que su hija escuchara y su hija creció fuerte, sana y se reprodució (sic).

Después: Su hija creció fuerte, sana y se reprodució (sic).

Lámina 10

(Shock) Voy a hacer poquito. Un día mamá oso, un día mamá perro, le dijo a hijo perrito, le dijo: 'Hijo ven, vente a dar un baño', entonces el perrito le contestó muy feo, y entonces en el baño le dio unas nalgaditas en su colita y un bofetadón y luego llegó papá perro y le dijo mamá, tu hijo me contestó. Le pegó muy feo papá perro y a la siguiente vez le dijo: 'Si le vuelves a contestar a tu mamá te va a ir peor' y le dijo: '¿A quién crees que traje, a agüelita (sic) perrito' y se divirtieron y comieron pastel, ya acabó.

Antes: Habían planeado que iban a venir mamá, abuelita perro.

Después: Va a crecer muy pero muy feliz, sano y saludable.

Interpretación general

Es importante comentar el grado de ansiedad manifestado por Omar, durante la aplicación del CAT-A, así como los momentos de franca desorganización emocional vivida por el niño, mismos que se reflejaron tanto en las distorsiones con respecto a las figuras de los animales representados en las láminas como en las características de las verbalizaciones. En cuanto al control de sus impulsos, éste es precario, lo que se hizo evidente a través de las características de su discurso, la exaltación de las emociones, y la conducta observada durante la sesión. Los mecanismos de defensa principales que se pudieron percibir fueron: regresión, identificación proyectiva y evasión.

Llamó la atención que por momentos, había problemas en la lógica y coherencia del pensamiento, lo que da indicios de dificultades en los recursos intelectuales.

Las láminas permitieron que Omar abordara los temas que más le preocupaban al respecto de la relación con las figuras parentales, la relación con el padre de crianza y el biológico y las reacciones emocionales y conductuales de la madre, tales como la protección, pero también la agresión hacia el niño. La percepción que tenía del ambiente era de poca seguridad y agresión constante.

A pesar de lo anterior, también Omar contaba con muchos momentos en que se daba cuenta de lo que le sucedía a él y a su familia con respecto a sus dificultades y situaciones positivas que vivía.

Escala de Inteligencia para Nivel Primario de Wechsler (WISC-R)

Después de la aplicación e interpretación de esta escala, se obtuvo un cociente intelectual total de 84 que corresponde a nivel de inteligencia promedio bajo, el C.I. en la escala verbal fue 96 (promedio), mientras el C.I. de la escala de ejecución 73 (límitrofe).

Los resultados de WISC-R indicaban que existía una diferencia de 23 puntos entre los cocientes intelectuales de la escala verbal y de la de ejecución, lo que po-

día predecir la posibilidad de alteración neurológica. Asimismo, esta diferencia en cuanto a los cocientes intelectuales podía también implicar un procesamiento en particular eficiente del hemisferio izquierdo.

Al hacer una comparación de las habilidades cognitivas del niño, se pudo rescatar que dentro de los aspectos que permitían a Omar rendir de una manera más o menos adecuada en el ambiente escolar era que poseía un juicio social adecuado (aunque ante la impulsividad parecía lo contrario); cierta habilidad para organizar el conocimiento y verbalizarlo; adecuada extensión de su vocabulario; a pesar de que éste era por momentos muy concreto, además poseía buenas habilidades en cuanto a su memoria y organización visual. Sin embargo, existían problemas significativos en la secuenciación, la memoria auditiva, la atención y la concentración.

Entrevista de juego familiar

La entrevista familiar con títeres es descrita por Irwin y Malloy (1975; citados en Gil, 1994) como una estrategia que estimula la comunicación y demuestra cómo la familia se moviliza hacia una meta o tarea. Dichos autores mencionan que esta técnica tiene particular efectividad cuando hay dificultades de comunicación, un alto nivel de intelectualización o bien, racionalización en la familia.

Para finalizar la evaluación de Omar, se realizó una entrevista de juego familiar con títeres de fieltro, con el modelo propuesto por Eliana Gil (1994), donde se evidenciaron aspectos de la dinámica de la pareja parental y la relación de cada uno con el niño. A partir de ello se hicieron evidentes situaciones a mejorar con respecto a la comunicación, los roles y sobretodo con el manejo de límites y pautas de crianza.

Conclusiones del proceso de evaluación

En lo que respecta al tono afectivo de Omar, se observó que estaba matizado por un grado importante de ansiedad vinculada con sus propios conflictos y con la relación con sus figuras parentales; lo que se traducía, de alguna manera, en las dificultades de atención y concentración que se manifestaban en el ámbito escolar. Asimismo es importante decir que existía una significativa labilidad emocional, traducida en irritabilidad, inestabilidad, y periodos importantes de agresividad física y, o verbal, o ambas, así como de rebeldía, lo que además se vinculaba con la posible alteración neurológica.

La demanda del afecto que manifestaba Omar, requería gratificación constante, ya que percibía inestabilidad y falta de responsabilidad significativa de las figuras importantes para el niño; en específico por parte de los padres. En referencia a la expresión del afecto, es importante mencionar que ésta se daba de una manera muy desbordada, pues en ocasiones el niño se manifestaba a través de periodos de contacto físico muy recurrentes e impulsivos; o bien, se comportaba agresivo o rebelde para lograr la atención de los demás. Por lo que, era fundamental que sobre todo los padres, aprendieran a distinguir las señales que les enviaba Omar y respondieran

de una manera adecuada para contener las emociones y la conducta, producto del estado afectivo cambiante y en ocasiones, desbordado.

Aunado a lo anterior, se consideraba que la adaptación al ambiente no era adecuada, pues las personas que lo rodeaban, en conjunto con las reacciones y actitudes de Omar, habían creado un clima tenso y poco favorable para su desarrollo integral: Con su grupo de pares habían existido problemas por su conducta, debido a ello, algunos niños habían tendido a aislarse de él; por otra parte, Omar se había agrupado con menores que tenían una conducta semejante, por lo que sus profesores habían llegado al límite de la tolerancia y se preocupaban por el riesgo hacia su integridad física, y por la rebeldía que mostraba.

En cuanto a la relación de madre-hijo, este vínculo estaba matizado por aspectos de conflicto muy importantes, pues aunque el niño percibía a su madre como protectora y proveedora de afecto, y reconocía sus momentos tiernos y cálidos, también distinguía los momentos de agresividad física, sus dificultades para tolerarlo, sus episodios depresivos y su susceptibilidad e irritabilidad emocional. Con respecto a la figura paterna, el niño reconocía las funciones de protección y cuidado de la familia que hasta el momento ejercía; sin embargo, también existía la percepción de que no se involucraba en las tareas de crianza, ni en el establecimiento de límites, y reconocía en el padre de crianza un estado de tristeza importante.

Para seguir con lo anterior, era fundamental dar orientación psicológica a los padres para el adecuado manejo de la conducta del menor y para concientizar sobre la importancia que tiene la dinámica familiar y de pareja y cómo influía esto en las emociones y conducta de Omar. Asimismo, se conversó con los padres sobre las dificultades de Omar en los aspectos de aprendizaje y las fortalezas que podían ayudarlo para lograr avanzar en su desempeño escolar y en su conducta; aunado al apoyo fundamental de ellos, en el posible proceso de atención médica que Omar requiriera, así como en el tratamiento psicoterapéutico que estaban por iniciar.

Después de la evaluación se determinó, que las características familiares, requerían una intervención paralela a la atención del niño, debido a las dificultades en los aspectos de comunicación, establecimiento de reglas y límites, roles y pautas de interacción de la pareja.

Impresión diagnóstica

- Eje I: F31.8 trastorno del estado de ánimo (posible trastorno bipolar II)
- Eje II: F90.0 trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Eje III: Alteración neurológica
- Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Debido a la posibilidad de alteración neurológica Omar fue canalizado para la evaluación correspondiente al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, donde le fue diagnosticado **trastorno bipolar** y se le trató con un medicamento regulador del estado de ánimo.

Según el reporte del electroencefalograma Omar presentaba, “inmadurez neurológica”, por lo que la paidopsiquiatra tratante sugirió que paralelo al tratamiento farmacológico, el niño continuara en atención psicoterapéutica en la institución de referencia. Cabe mencionar que además se solicitó que Omar fuera atendido en el servicio de terapia de aprendizaje de dicho hospital, para apoyar el trabajo pedagógico en la escuela, debido a las dificultades cognitivas detectadas en la evaluación psicológica realizada.

Como se puede observar, en muchas ocasiones el tratamiento de los niños, necesita ser interdisciplinario para obtener mejores resultados.

Proceso psicoterapéutico

- Duración total del tratamiento: 1 año 2 meses
- Sesiones con el niño: 45
- Sesiones con los padres: 15 (entre individuales y como subsistema)
- Sesiones como familia: 10

Etapas de la intervención psicoterapéutica

La terapia con el arenero es conceptualizada como: “Un modo de expresión y proyección en psicoterapia que implica el develamiento y procesamiento de temas intra e interpersonales a través del uso de materiales utilizados en el arenero como un medio de comunicación no verbal, conducido por el cliente (s) y facilitado por un terapeuta capacitado” (Homeyer & Sweeney 1998, p. 6).

Prímera etapa

Debido a las características de los juegos y al contenido de las verbalizaciones se consideró que en este lapso hubiera una reestructuración de aspectos intrapsíquicos. Para ello, el niño utilizó el arenero en la mayoría de las sesiones. Las principales temáticas fueron:

- Luchas internas (aspectos buenos y malos)
- Expectativas del tratamiento
- Agresividad, destrucción, devoración

Así pues, sus juegos en la arena eran en torno a luchas entre buenos y malos (indios y vaqueros), en donde habían cambios repentinos; a veces el niño tenía el rol de bueno y al terapeuta le asignaba el papel de malo y viceversa; las batallas eran por

momentos muy agresivos y en otros de calma, cuando un bando de los personajes perdía era “enterrado, de la felicidad”.

Otro ejemplo de los temas mencionados al inicio, lo representa una sesión a la que Omar denominó “una entrevista sobre la arena”. En ella, el tema principal fue el dominio de un toro, de un toro bravo, al que el niño por momentos quería dominar y no podía. Para dominar al animal, Omar utilizaba un “caballo armadillo”; el juego parecía ser la lucha de los impulsos, tal vez de los propios. Esos impulsos extraños, repentinos y en ocasiones desagradables, que aparecían y se ocultaban al mismo tiempo, como el armadillo cuando se siente amenazado.

Otro juego realizado en la misma sesión, consistió en una familia de caballos constituida por el papá, la mamá y un hijo, que de igual forma trataban de controlar a un toro; otra vez se hizo presente un aspecto fundamental del proceso psicoterapéutico: el control de los impulsos.

Durante esta etapa, se utilizó la actividad lúdica con la arena como intermediaria y a la par el niño conversó con el terapeuta de sus preocupaciones al respecto de sus medicamentos y cómo le desagradaban; así como de sus visitas a la paidopsiquiatra tratante en el hospital.

Las intervenciones principales, si se toman como referencia los juegos de Omar, fueron señalamientos e interpretaciones.

Segunda etapa

Por los juegos y las verbalizaciones realizadas por el niño y al tomar en cuenta los referentes teóricos expuestos con anterioridad, se concluyó que en este periodo hubo una reestructuración de los aspectos intersubjetivos; es decir, de las relaciones interpersonales. Los temas en el arenero fueron:

- Relación con la madre
- Violencia vivida con el padre biológico
- Deseos de relacionarse con la madre y con los otros de manera diferente

Durante esta etapa, el niño ya reconocía algunos momentos en donde se sentía “acelerado” según sus propias palabras. Algunas sesiones estuvieron dedicadas a hablar y a jugar en el arenero sobre mamás protectoras, pero también “enojonas”, y que por momentos se “ponían locas”; en algunos de sus juegos adicionaba agua y le recordaba al terapeuta las implicaciones regresivas de ello, así como los episodios de enuresis que había tenido Omar.

Asimismo, Omar realizaba juegos en donde la protagonista era la “mamá cebra”; ella era la más grande de la familia de cebras, y cuidaba de todos, “los protegía”. De forma paralela, durante tres sesiones el niño conversó por momentos sobre su padre biológico y cómo reaccionaba cuando se lo encontraba en la calle; sentía una mezcla de tristeza y enojo, tenía recuerdos de que su padre a veces le pegaba y en ocasiones no le daba de comer cuando iba a visitarlo “a él y a su otra familia”. A través de las

intervenciones realizadas se trabajaron estos temas tratados por el niño, con lo cual se redujo el grado de conflicto y se enfatizó en que su padre biológico tenía un lugar en su vida, diferente a la que tenía Eduardo (el padre de crianza). Omar tenía así un padre biológico y uno de crianza, a lo que el niño dijo en una sesión: “Tengo dos papás, uno biológico que se llama como yo y Eduardo, él me crió, me quiere y me compra todo lo que le pido”.

Durante este periodo, Omar ya no realizaba sus juegos en el piso y sus intereses estaban dedicados al trabajo en la mesa, realizó dibujos y lo que denominó: “los juegos de pensar” (juegos de mesa). Así en este tiempo, tuvo la necesidad de utilizar materiales que permitían razonar, ejercitar la atención y la concentración; esto permitió mejorar estas funciones, lo cual se vio reflejado en su desempeño escolar.

Con el transcurso de las sesiones, realizó una petición: “¿Puedo invitar a mi mamá?, ¿a mis papás?, ¿a mi papá Eduardo?”.

Fue muy significativo que al parecer Omar tenía muy claro que ciertas necesidades suyas se habían satisfecho y ahora requería reorganizarse en cuanto a su estructura familiar, y darle el lugar a cada uno. Aprovechaba que era acompañado por su papá Eduardo, por su mamá María o por ambos para “trabajar” (sic del niño), ciertos aspectos con uno o con ambos, como su competencia, su necesidad de gratificación y los límites.

Al respecto de estos temas se incluyen dos entrevistas, tanto con el niño como con su familia, con el fin de ejemplificar dos sesiones muy importantes del proceso psicoterapéutico de Omar, y la manera en la cual se realizaron las intervenciones mediante el juego con arena.

Sesión de sumo interés realizada durante la parte intermedia del proceso terapéutico

A diferencia de todo el proceso, Omar llevó a esta sesión un muñeco de peluche al que llamó **el caballo de las patas blancas**. Decidió que con ayuda del terapeuta realizarían un escenario, formado por otros animales de la granja, y “árboles, muchos árboles”. El juego giró en torno a que el caballo protegía a los demás animales domésticos (otros caballos, puercos, vacas, pollos y conejos) como en el rancho de sus familiares que vivían en el interior de la República Mexicana. Decía que los animales del juego se agrupaban en manadas para protegerse, el terapeuta comentó entonces: “Así como los animales, nosotros los humanos también formamos familias y otros grupos para protegernos”, y complementó así: “Ese caballo grande que protege a los demás podría ser como un papá que cuida”; después de este comentario, Omar empezó a hacer una historia en relación a un papá caballo que resguardaba a su manada ante la captura de unos vaqueros, quienes se apoderaron de uno de sus hijos, el que era más valiente; ese caballo era el preferido del padre.

El caballo preferido hablaba en **lenguaje caballo** y le pedía a su padre ayuda para que lo salvara de los vaqueros; entonces el papá caballo (el muñeco de peluche

traído por Omar), era ayudado por sus otros hijos, que según comentario del niño: “Los trataba y quería como hijos aunque no fueran sus hijos”, el terapeuta comentó entonces: “Como tú con Eduardo, que aunque no es tu papá, te trata y te quiere como si lo fueras” y el niño respondió: “¡Ahhh! si es cierto, así como yo con Eduardo”.

El juego continuó y Omar mencionó: “Al papá lo fueron a rescatar sus hijos que no eran sus hijos, mientras tanto los hijos caballos pisotearon a los vaqueros hasta que los mataron, el caballo papá estaba muy herido, lo que le estaba causando la muerte y los demás animales se acercaron a él y lo ‘lamieron’ para tratarlo de curar, mientras moría el caballo de las patas blancas habla en ‘lenguaje caballo’, y le encargó a su hijo, el caballo más valiente y preferido que ‘cuidara de la manada’. Cuando en el juego murió el caballo papá, su hijo el valiente, se fue llorando y el resto de los animales lo consolaron. . . “: con eso termina la historia y el juego.voltrear comillas

Mientras Omar recogía las miniaturas comentó que cuando fuera mayor le gustaría ser jinete, o abogado para defender a los animales en peligro de extinción, o chef para cocinar rico. Lo anterior, tal vez relacionado con las expectativas o comentarios que su padre de crianza le ha compartido.

En las siguientes páginas se presenta una sesión en donde se trabajó con toda la familia del niño, en la realización de un arenero.

Sesión de juego familiar con el arenero

El tipo de intervención utilizado con Omar y su familia retomó algunas sugerencias propuestas por autores como Gil (1994), Gerard & Schaefer (2000) Gitlin-Weiner, Sandgrund, & Schaefer (2000) y Bailey (2005), con respecto a las entrevistas de juego familiar y la gran utilidad clínica que tienen éstas en los aspectos diagnósticos y de tratamiento en psicoterapia. La formulación de este tipo de sesiones se complementó con las ideas de Boik y Goodwin (1991) con respecto al juego con arena, ya sea con tema libre o dirigido, y la experiencia profesional de Espinosa (2010).

En este sentido, es importante también considerar que “. . . cuando los padres se dan cuenta de sus propias emociones, ansiedad, temores, susceptibilidad, irritación, celos [. . .] suelen ser más capaces de tolerar las emociones de sus hijos, lo que facilita la comunicación y la posibilidad de apoyarles.” (Torras 1996, p.127)

También es innegable la importancia del trabajo con los padres para optimizar el tratamiento psicoterapéutico con los niños, tal como lo explican Bleichmar (1995), Sigal de Rosenberg (1995), Siskind (1997) y Estrada-Inda (2003), entre muchos otros autores.

Por todo lo antes mencionado, aunado a las temáticas surgidas de las sesiones y la petición expresa de Omar con respeto a invitar a sus papás, se consideró muy importante, observar de manera directa la interacción entre ellos; para complementar los datos e hipótesis surgidas de las sesiones individuales y en pareja con los padres, se decidió realizar la sesión de juego con arena que a continuación se redacta.

La cita se planeó con días de anticipación y en la fecha acordada llegaron al Centro Comunitario Omar y su familia (los Sres. María y Eduardo). Al entrar al consultorio,

se les pidió trabajar en el piso sobre los tapetes de foamy por cuestiones de espacio; así, se ubicaron dos tapetes de cada lado del arenero para dar libertad y se pudieran colocar en cualquier parte. La madre y el niño se ubicaron juntos frente al arenero mientras que el padre se quedó enfrente solo. El niño preguntó al terapeuta: “¿Qué vamos a hacer?”, a lo que les respondió: “Van a jugar con la arena y las miniaturas, primero decidirán de qué se va a tratar su arenero, después acomodarán las miniaturas, y al final actuarán una historia con ellas”.

Al iniciar el proceso de estructuración de la escena con el arenero, Omar preguntó a sus padres: “¿Qué vamos a hacer?”, la madre dijo: “Una granja”, después de ello el niño dijo: “¡¡¡Sí!!!”, mientras el padre observaba sin decir nada. En un primer momento, empezaron a colocar un grupo de animales, después les ubicaron divisiones como para hacer corrales; resultó curioso que las separaciones coincidieron con la ubicación física de ellos y su perspectiva del arenero; lo anterior, vino acompañado de posicionar dentro de los corrales: “caballos y burros también, pero borregos no”. El niño y su madre procedieron a encerrarlos, mientras el padre colocó a los borregos en sus corrales. Después Omar puso “la entrada de la hacienda”, mientras la madre agregaba árboles y flores; el menor dejó conejos sueltos por todos lados, ante el disgusto y la expresión de la Sra. María, quien le dijo: “Espérate, así no”. La madre se detuvo a colocar más miniaturas de acuerdo a su interés, en tanto el niño le decía: “Mejor así” y colocaba otros animales, mientras que el padre de crianza (Eduardo) seguía expectante ante la escena.

“Éste eras tú, ésta tú y éste yo”, decía el niño mientras elegía las miniaturas que los representaría en la escena del arenero, los padres asentían, y Omar agregó: “Yo soy futcho (jugador de fútbol) y ¡¡¡ hay que sembrar milpa pues!!!”, la madre se inconformó ante ello y empezó una pequeña discusión entre la madre y el niño, a lo que el padre intervino diciendo: “Cada quien puede utilizar un espacio”, mientras daba un espacio a cada uno en el arenero.

Se escuchó una voz que decía: “¿Qué falta?, y respondió al mismo tiempo: “Más de éstos” (cercas, divisiones, ¿límites acaso?) y Omar preguntó: “¿Van a estar muy encerrados, ¿no?” (en referencia a los animales), y sus padres respondieron al mismo tiempo: “No”, y agregó el menor: “Falta el toque final, la mamá nos da de comer, va a preparar la comida, el papá va acá con los caballos y el hijo está jugando, que bonito está el arco, ¿no? (es decir, la puerta de la hacienda, ¿es el acceso a los impulsos, a sus roles acaso?).”

Una vez que terminaron de armar la escena en el arenero, empezó la representación con el siguiente comentario de la madre: “¿Qué hacen?” y agregó: “Tú y tu papá vayan a darle de comer a los cerdos” y el niño dijo: “Ve tú”, “mejor, mi papá Eduardo y yo vamos a ver a los caballos, a ellos se les tiene que peinar y limpiar”, la madre de pronto mencionó dentro del juego: “A ver Omar, ¿a dónde estás? y el menor respondió en voz baja: “Me fui a jugar futcho” y la madre vuelve a decir con un tono más elevado: “¡Omar!, ¿dónde estás?, has de estar haciendo travesuras, ¡ven para acá!” y el niño agregó: “Me voy a montar a algún caballo” (el caballo que elige es el de aspecto más bronco), entonces salió de los límites del arenero y dijo mirando a sus padres: “¡A ver si vienen al partido, porque nunca pueden!”, la madre tomó

entonces un caballo para alcanzarlo y le dijo: “¡Omar, no, ése no es un caballo, es un burro!, ustedes no pueden agarrar a los caballos” (refiriéndose a al niño y a su padre), la Sra. María preguntó: “¿No podemos acercarnos a ti?”, mientras el niño respondió: “¡No, soy muy delicado!”; la madre mirando al papá comentó: “Hazte para acá, vamos a echarle porras, qué haces hasta allá?”, mientras tanto Omar jugaba fútbol con su personaje; después se metió debajo del escritorio y empezó a jugar solo, mientras el padre observaba inmóvil.

De pronto, cambió el jugador de fútbol que tenía en la mano, lo cambió por el caballo bronco y regresó hacia al arenero; entonces empezó a brincar por todos lados, destruía todo, no respetaba las cercas, los límites. Se hizo un momento de calma, los padres, dijeron entonces: “¡¡Nooo!!”, vino entonces la calma. Y el niño comentó: “Vamos a dormir, ya es otro día”.

La madre empezó el nuevo día diciendo: “¡Ooomar, ya párate!”, e hizo el sonido de tocar la puerta, y agregó: “¡Ve por los animales!”, el niño respondió: “¡Cómo enchinas las pestañas!”, después de esto, cambió la posición del padre con respecto al arenero y también en el juego. El padre y la madre se colocaron juntos, el niño cambió su actitud, se notaba más tranquilo. Y el niño comentó: “Ésta era la leche ¿va?, la lleva mi papá, vamos a matar una gallina para comer, ten”, y le entrega a la mamá la miniatura correspondiente, la Sra. María hizo un movimiento de que iba a matar a la gallina torciéndole el pescuezo, y Omar le dijo: “¡No, es así, mira!, mejor vamos a hacer barbacoa”, y enseguida empezó a escarbar un hoyo en la arena, y el menor comentó: “Mamá, a ti te toca matar a la gallina, porque tú eres ama de casa”, todos esperaron un momento en silencio y dijeron al unísono: “Ya vamos a desayunar, quedó muy rico”. Simularon comer y el niño preguntó: “¿Papá, ya acabaste?”. En ese momento otra vez el caballo bronco fue manipulado por Omar y empezó a saltar por todos lados, la madre tomó enseguida un vaquero con lazo y lo trató de lazar, y no pudo, y el niño expresó mientras miraba al padre: “¡¡Párate Eduardo!!, ¡párate, tú siempre con tu flojera!”.

El jugador de fútbol que en la primera parte de la sesión Omar tenía en la mano, se lanzó arriba del caballo bronco; el animal corría a toda velocidad; entonces ambos padres se movían para elegir otros caballos, y lo persiguieron hasta alcanzarlo, y lograr detener al caballo desbocado.

Una vez que el jugador de fútbol se bajó del caballo, el menor comentó: “¡Apesta a pura gallina!”, enseguida la madre dio por terminado el juego.

Durante el transcurso de la sesión, el terapeuta tomó nota de los comentarios, las observaciones y del simbolismo del juego; al finalizar la entrevista familiar, solicitó a los participantes que comentaran sus sentimientos y pensamientos al respecto de la actividad realizada y con base en ello, se confirmaron las hipótesis interpretativas e hicieron las intervenciones pertinentes.

Las devoluciones terapéuticas más sobresalientes giraron en torno a la importancia de los límites que habían empezado a establecer los padres con Omar, los cuales todavía no tenían la firmeza necesaria pues el niño **los brincaba** o evadía; se abordó lo respectivo a los roles de la pareja parental: la madre como proveedora principal de afecto y también cómo en ocasiones el niño se sentía invadido por ella, de ahí la

necesidad de límites sanos en la relación madre-hijo. De manera complementaria se retomó la importancia del papel más activo del padre y cómo influiría esto en la identificación genérica del niño, así como en el establecimiento de límites y reglas; es decir, en el padre y su función estructurante de la personalidad y la conducta.

Se señaló a Omar los momentos durante el juego en que había puesto a prueba a sus padres; tanto a través de su conducta, como con sus comentarios. Además del tono agresivo con que lo hacía; se retomó la importancia de aprender a decir sus inconformidades sin agredir, y de cómo podía verbalizar lo que necesitara con respeto, y no sólo al actuar de manera impulsiva. También se reconoció la necesidad del niño de ser atendido y tomado en cuenta.

Algunos aspectos de esta sesión se trabajaron en entrevistas conjuntas con la pareja parental, y por separado con cada uno. En entrevistas posteriores con el niño se retomaron algunos temas como los mencionados en el párrafo anterior. Los juegos realizados proporcionaron una gran cantidad de material clínico, ello permitió y apuntaló el trabajo con todos los integrantes de la familia del niño.

Enseguida se narra una sesión en la que se trabajó a través del dibujo; el gráfico representa el paso previo al término del tratamiento.

Dibujo de la transición y el cierre del proceso psicoterapéutico

El gráfico presentado en la siguiente página lo realizó Omar en una de las sesiones posteriores al anuncio del término de la terapia. El niño dijo al iniciar que esa vez dibujaría. A este respecto es importante tomar en cuenta que: “El dibujo libre del

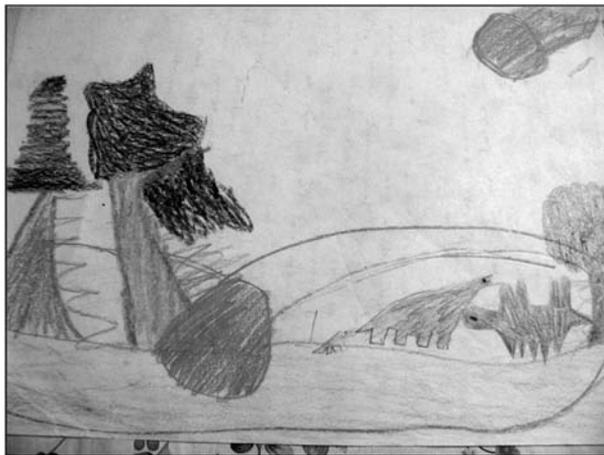


Figura 6-6. Dibujo libre de Omar:
La extinción de los dinosaurios

niño representa sus centros de interés, su simbolismo corporal, sus relaciones parentales y fraternales. Los elementos proyectivos reflejan su afectividad y las formas de control o de evasión de su mundo imaginario” (Bourges, 1984).

De manera complementaria, el terapeuta solicitó una historia de su dibujo, y el menor dijo lo siguiente (se escribió tal cual fue expresado por Omar):

La extinción de los dinosaurios

“Hace muchos años un día, un meteorito gigante venía a la tierra demasiado veloz, los animales tranquilos comían cuando se oyó un pájaro volador, mejor dicho un pájaro dinosaurio, ¡ah!, ¡ah!, ¡ah!, todos los dinosaurios se espantaron y un día el meteorito poco a poco se acercaba hacia la tierra, una noche llegó el meteorito, los dinosaurios dormían y descansaban, cuando llegó, derrumbó árboles, mató a los dinosaurios e hizo una explosión demasiado fuerte, más de 2 000 dinosaurios se extinguieron, jamás los volvieron a ver, quedaron atrapados y el meteorito, jamás lo pudieron desenterrar, después de 200 siglos encontraron los cadáveres de los dinosaurios”.

Sesiones después de realizar este dibujo, el niño preguntó al terapeuta si tenía una aguja “con la que se cosen libros”, a lo cual respondió que no, pero la siguiente vez traería una, y el niño además pidió un poco de hilo, y unas hojas blancas.

En la entrevista posterior, Omar llegó, solicitó el material y dijo: “vamos a hacer unos libritos, uno para ti y uno para mí, para acordarnos tú de mí y yo de ti, cuando ya no estemos juntos, ¿te acuerdas del dibujo que hicimos, él de los dinosaurios?, vamos a cortar hojas y luego las vamos a coser”. Enseguida, Omar organizó cómo se iba a realizar la hechura de los libritos: ambos cortarían las hojas, después Omar pidió al terapeuta coser los trozos de papel. Una vez que terminó esto, se lo dio al niño y éste empezó a trazar líneas de colores que servirían para transcribir sobre ellas el relato del dibujo que tituló **La extinción de los dinosaurios**. Cuando el terapeuta concluyó de coser el otro librito, Omar empezó a escribir el título de la historia y solicitó al terapeuta que continuara con la redacción pues “tenía más bonita la letra”, y se procedió. Con esto último se concluyó la sesión.

En la siguiente sesión, Omar llegó muy contento y expectante. Empezó a dibujar al terapeuta y a él mismo, realizó en ambos libritos el dibujo alusivo a la extinción de los dinosaurios y por último a tres pájaros a los que mencionó como: “Un papá, un hijo y una mamá, como es su familia ahora”. Así se concluyeron estos recuerdos gráficos y el niño solicitó al terapeuta los guardara hasta el día del término del proceso psicoterapéutico. Se muestran a continuación las imágenes del librito que pertenece al terapeuta.

Al analizar la sesión, se hicieron hipótesis con respecto a las acciones solicitadas al terapeuta; es decir, cortar, unir, coser y organizar, y cómo podrían estar relacionados con muchos momentos de la vida de Omar trabajados en el proceso de atención psicológica, ya que en el transcurso se acomodaron, unieron, y organizaron las vivencias del niño y su familia. Tal vez también el hecho de cortar, podría simbolizar el establecimiento de límites o separar y quizás, hasta de diferenciar.

Cuando Omar pidió al terapeuta que escribiera sobre **la extinción de los dinosaurios** en los libritos, parecía que esta acción estaba relacionada, con plasmar la experiencia terapéutica en el trabajo con sus impulsos, con su parte primitiva, y cómo evolucionó a través del proceso: Omar había logrado aprender a contener esos impulsos de una manera más adecuada.

Es posible que estos libritos también constituyeran un objeto que permitía una transición del periodo de terapia al término de la misma, en el cual podría trasladar lo aprendido en el proceso, tanto a su vida familiar como a su cotidianidad. Este objeto a su vez, facilitaría percibir de una manera diferente las despedidas, no como algo de ruptura definitiva, sino como una relación en donde se aprendió y dejó recuerdos de momentos agradables y de convivencia.

Para concluir esta sección del caso clínico, es importante comentar que al iniciar la última sesión de la terapia con Omar, el niño solicitó los libritos; él se quedó con uno y dio otro al terapeuta; pidió que durante el transcurso de la misma, cada uno lo conservara y al final hubo un intercambio, para complementar esto y hacer más emotivo el cierre del proceso. El niño obsequió al terapeuta su librito acompañado de una foto de cuando estaba más pequeño, se trataba de una imagen en donde mostraba una sonrisa muy particular; era una sonrisa de bienestar, tal vez de felicidad. Se mostró a sí mismo, mediante un álbum fotográfico para que el terapeuta “conociera a toda su familia”, y tal vez su historia de vida; pues las fotos contenían desde su nacimiento hasta la reciente clausura del ciclo escolar.

Avances observados en el niño

- Su estado de ánimo ahora era menos cambiante, ya que su control era más efectivo
- Inició un sólo medicamento, antes eran dos
- Sus calificaciones mejoraron, al finalizar su ciclo escolar tuvo calificaciones de 8, 9 y 10
- Sus lapsos de atención y concentración mejoraron notablemente
- A pesar de que había momentos en que su conducta en la escuela y la casa en ocasiones se “botadaba”, ahora los propios padres lograban contener al niño y conversaban con mayor tranquilidad sobre lo sucedido
- Su capacidad de *insight* aumentó de manera impresionante, ya que se daba cuenta de muchas situaciones internas que le sucedían y las empezó a verbalizar
- La relación con su madre había mejorado y respetaba los límites que ella establecía
- Percibía al padre de crianza más cercano y afectivo, respetaba su autoridad y realizaba actividades físicas y escolares con él
- Cuando “aparece” el padre biológico desorganiza menos la vida del niño, y sus efectos emocionales son distintos. Reconoce a su papá biológico y a su papá Eduardo.
- La expresión y demanda del afecto cambiaron, ahora pide de manera verbal lo que necesita, la agresividad física disminuyó de forma notoria y ya no se desborda
- Está seguro del afecto de los padres y de quienes lo rodean (ya no está condicionado a “portarse bien o mal”)
- Ha crecido mucho, tanto en el aspecto físico como en el emocional.

Sesión de seguimiento

Se realizó una última sesión de seguimiento con Omar. En ella se pudo notar un niño más tranquilo y con una capacidad verbal más desarrollada, que contrastaba con sus conductas *acting-out* y la impulsividad del inicio de la psicoterapia. Llamó la atención que llevó una carta que leyó al final de la entrevista, antes de despedirse. Se hace la aclaración que el escrito formaba parte de una tarea escolar solicitada al niño en la escuela, y se transcribe a continuación con los errores ortográficos.

“ México, D.F.

Francisco:

En la escuela e tratado de estar tranquilo, creo que he mejorado mis calificaciones, mamá y papá están contentos con migo.

Sabes me cambiaron al turno vespertino y ahora tengo nuevos compañeros. Pero aun con todo esto te extraño mucho porque eres el mejor amigo con quien puedo charlar de las cosas que me pasan y puedes entenderme muy bien”.

Una vez que Omar terminó la lectura, el terapeuta comentó que le daban mucho gusto sus avances en la escuela y en sus reacciones, y todo su trabajo en las sesiones de su terapia se veía reflejado en ello. Además de que se alegraba que tuviera nuevos compañeros, quienes, era posible, que se convertirían más adelante en sus amigos.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2003). *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. España: Masson.
- Bailey, E. C. (Ed.) (2005). *Children in therapy: Using Family as a resource*. EUA.: Norton.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. España: Mc Graw-Hill.
- Bleichmar, S. (1995). Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños. En *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. (p. 81-108) Argentina: Lugar.
- Boik, B. L. & Goodwin, A. E. (1991). *Sandplay therapy: A step-by-step manual for psychotherapists of diverse orientations*. New York: W. W. Norton & Company.
- Bourges, S. (1984). *Test para el psicodiagnóstico infantil: Elección e interpretación de pruebas*. España: Cincel.
- Carlson, G. (1987). Trastornos afectivos bipolares en la infancia y la adolescencia. En *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. (p. 111-135). Barcelona: Ars Médica.
- Cepeda, C. (2002). *La entrevista psiquiátrica en niños y adolescentes: Guía Práctica*. México: El Manual Moderno.
- Colom, F, y Vieta E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. España: Ars Médica.
- Díaz Atienza, J, y Blánquez Rodríguez, P. (s/f). Trastorno bipolar en la infancia y adolescencia: Guía para padres de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Almería: Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/depre/tbipolar.pdf> Recuperado el día: 25 de Noviembre del 2011.

- Estrada-Inda, L. (2003). El papel de los padres en el tratamiento de los niños. En *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. (pp. 313-337) México: Plaza y Valdés.
- Espinosa Jiménez, F. J. (2010). *La técnica del arenero como herramienta de diagnóstico y tratamiento en psicoterapia infantil*. Reporte de experiencia profesional de Maestría no publicado. UNAM. México, D.F.
- Gerard H. & Schaefer, Ch. (eds.) (2000). *101 more favorite play therapy techniques*. EUA: Aronson.
- Gitlin-Weiner, K., Sandgrund, A. & Schaefer, Ch. (2000) *Play Diagnosis and Assessment*. EUA.: John Wiley & Sons, Inc.
- Gil, E. (1994) *Play in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Gutiérrez, J. R., Martínez, T., Pérez, A., Salcedo, M. y García, J. (s/f). Guía clínica del Trastorno Bipolar en la infancia, niñez y adolescencia. Disponible en: <http://www.alansaludmental.com/gpc-en-sm/gpc-de-sm-en-español/infancia-y-adolescencia/>
- Homeyer, L. & Sweeney, D. (1998). *Sandtray: A Practical Manual*. EUA: Jossey-Bass Publisher.
- Irwin y Malloy (1975). Family Puppet interview. *Family Process*, 14, 170-191.
- Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. España: Masson.
- Sigal de Rosenberg, A. M. (1995). La constitución del sujeto y el lugar de los padres en el psicoanálisis de niños. En *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. (p.19-50) Argentina: Lugar.
- Siskind, D. (1997). *Working with parents: Establishing the essential alliance in child psychotherapy and consultation*. EUA: Jason Aronson.
- Soutullo Esperón, C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. España: EUNSA.
- Torras de Bèa, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres: en psiquiatría infantil psicoanalítica*. España: Paidós.
- Wozniak, J.; Biederman, J.; Kiely, K.; Faraones, S.V.; Mundy, E. & Mennin, D. (1995). Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinicall referred children. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*. 34: 867-876.

Capítulo 7

Comportamientos suicidas en la niñez y la adolescencia

*Laura Patricia Barrera Méndez y
Emilia Lucío Gómez-Maqueo*

INTRODUCCIÓN

Existen muchos datos que reportan la presencia de las conductas suicidas. Sin embargo, como señala Mardomingo (1994), no se cuenta con estadísticas fiables sobre la prevalencia de las conductas suicidas. Esto se debe en gran medida a la variedad en los métodos de recolección de datos, a la definición del concepto y en el caso particular de las conductas suicidas, al ocultamiento del fenómeno por parte de la sociedad e incluso por parte de los profesionistas de la salud. Este hecho se complica aún más al tratarse de infantes y adolescentes, ya que es común que estos actos sean ocultados o minimizados por la familia o personas cercanas al menor.

Sin embargo, la mayor parte de los estudios y estadísticas nacionales e internacionales, reportan que dichas conductas van en aumento y que se han incrementado en las últimas décadas de manera considerable (Bella, Fernández & Willington, 2010), de tal forma que el suicidio ha sido declarado un problema de salud pública a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

México no escapa a dicho incremento en las conductas suicidas; la Secretaría de Salud, quien reporta un incremento notorio en los últimos años (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). Al respecto Puentes, López y Martínez (2004) señalan que durante mucho tiempo el país ocupó las tasas de suicidio más bajas de América Latina, pero que en últimas fechas éstas se han incrementado a un ritmo más acelerado que en otros países. Este dato es apoyado por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001), la cual refiere que México ha mostrado un incremento del 62% en la tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años, donde se observa un incremento del 150% de 1990 al 2000 en niños de 5 a 14 años, y de 74% en jóvenes de 15 a 24 años.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2009), señaló que para 1997, la muerte por suicidio era la cuarta causa de mortandad en

jóvenes de entre 15 y 24 años. Para el año 2000, la reportó como la séptima causa entre los 5 y los 14 años y la tercera en adolescentes. Y para el 2003 la ubicó en segundo lugar en la población de 10 a 14 años. En otro informe presentado en 2009, se refirió que de 5 190 muertes por suicidio, 192 se presentaron entre los 10 y 14 años de edad y 1420 entre los 15 y los 24 años.

De la misma manera, Fuentes y colaboradores (2009) reportaron en un estudio realizado con 354 estudiantes de entre 8 y 20 años con conductas suicidas, que 58.5% se encontraban en el rango de edad de 8 a 14 años, 38.1% tenían entre 15 y 17 años y 3.4% de 18 a 20 años de edad.

Sin embargo, a pesar de las estadísticas reportadas por los diversos organismos nacionales, se encontró que existen escasos estudios que aborden la problemática suicida en infantes (Páramo & Chávez, 2007), siendo más numerosos los trabajos realizados con adolescentes. Por lo que se vuelve importante generar trabajos de investigación que den cuenta del fenómeno suicida en la infancia, ya que como mencionan Miranda y colaboradores (2009), el inicio del comportamiento suicida se reporta alrededor de los 10 años de edad y muestra su punto más peligroso alrededor de los 15 años.

Como se puede observar, los datos confirman la existencia e incremento de dichas conductas en la infancia y la adolescencia, sin embargo, un elemento que ha impedido el avance en esta línea de investigación, tiene que ver con la intencionalidad del acto.

En la literatura referente al comportamiento suicida en la edad adulta, el tema de la intencionalidad ha cobrado gran relevancia, ya que por definición, para considerarse un comportamiento o acto suicida, debe llevar de manera implícita el deseo de morir. Dicha situación ha llevado a una serie de discusiones conceptuales, las cuales se agravan al hablar de niños.

Esto se debe a que se considera que en la infancia no se ha alcanzado la madurez suficiente para tener una comprensión clara de lo que es la muerte y por lo tanto, el niño no puede expresar el deseo explícito de morir, ya que al referirlo, no estaría hablando de la muerte en términos de finitud e irreversibilidad. En consecuencia, el concepto de muerte es una variable que debe ser evaluada cuando se estudian las conductas suicidas durante la infancia (Viñas & Domènech 1999), ya que como refiere Polaino-Lorente (1988), se corre el riesgo de calificar de suicida un acto que tal vez no lo sea, por no existir la voluntad expresa de quitarse la vida.

Sin embargo, la comprensión de la muerte, plantea una serie de dificultades para su estudio. Ortiz (2007), describió dos de estas dificultades. La primera se refiere a la objetividad y señala que la muerte solo puede ser aprehendida desde lo simbólico e imaginario, ya que nadie la ha experimentado y vuelto a la vida para dar referencia de ello, por tanto, su significado no puede ser captado en esencia, lo que ha llevado al ser humano a crear una serie de explicaciones en torno a ella, como los mitos, leyendas, rituales, entre otros. La segunda dificultad la plantea el dinamismo psíquico. Señala el autor, por un lado, que la razón alcanza la comprensión de finitud de la muerte, pero por el otro, que la naturaleza afectiva niega su existencia, dicha negación la podemos observar en la creencia de la vida después de la muerte, los espíritus, las vidas póstumas, entre otras. Todo ello con el fin de despojar a la muerte de su significado terminal de la existencia.

Otro elemento que interfiere en el estudio del concepto de muerte tiene que ver con la historia personal, ya que para la comprensión total de la muerte intervienen factores como la edad, la madurez, las experiencias personales y familiares relacionadas con la muerte, las creencias religiosas y las actitudes del medio sociocultural (Ajuriaguerra, 1996 y Siracusa, 2010). Elementos que permiten un desarrollo más rápido del concepto o que intervienen para que éste se desarrolle de forma adecuada.

Tal es el caso de los medios de comunicación, los cuales confunden el concepto de muerte en la población infantil, ya que muestran personajes que mueren y posteriormente reviven; esto impide que el infante comprenda a la muerte como un proceso final e irreversible.

De manera independiente a las dificultades que represente el estudio del concepto de muerte en el niño, se vuelve importante establecer medios para su evaluación que permitan conocer el nivel de desarrollo de dicho concepto; en especial en menores propensos a conductas suicidas o que ya las hayan presentado.

Es posible identificar un consenso entre los estudiosos del tema al definir el concepto de muerte como la comprensión de tres conceptos fundamentales: universalidad, irreversibilidad y cese de los procesos corporales (Viñas & Doménech, 1999). Si se entiende por universalidad la comprensión del niño, de que todas las personas han de morir de un momento a otro. Irreversibilidad como la comprensión de que tras la muerte no hay retorno. Y cese de procesos corporales, como la idea de que tras la muerte toda función corporal cesa.

A partir de esta definición se han realizado diversos estudios que intentan dar cuenta del desarrollo del concepto de muerte en los niños. Los más significativos, en lo referente a las conductas suicidas, son los trabajos realizados por Orbach y Glaubman (1979), en los cuales destaca que no hay una diferencia en cuanto al concepto de muerte entre los niños que presentan conducta suicida de los que no las presentan. Estos autores refieren haber observado la presencia de distorsiones cognitivas en los niños con conductas suicidas. Explican que éstas actúan como una defensa ante la angustia que provoca la muerte. El niño llega a creer que la muerte puede ser un espacio de reunión con los seres queridos que ha perdido, una manera de renovación de la vida que no les gusta o una forma de resolver esa situación insoportable por la que atraviesan.

Distorsiones, que al evaluar el concepto de muerte en el niño, referirían la carencia de dicho concepto y por tanto devaluarían la presencia de las conductas suicidas. Sin embargo, es importante destacar en este punto, que el adulto también llega a presentar dichas distorsiones y de igual manera puede percibir a la muerte con fines mágicos. Sin embargo, en ese caso no se cuestiona del todo la intencionalidad del acto, lo cual no es así en el caso de los niños.

Por otro lado, algo que se debe tener en cuenta es el riesgo que corre el niño que incurre en este tipo de conductas, sea o no con la intención expresa de quitarse la vida. Ya que, como refiere Pfeffer (1991), no es necesario que el niño posea un concepto de muerte maduro para analizar los comportamientos suicidas que presenta.

Durante buena parte del siglo XX, las explicaciones dadas al suicidio infantil, no eran más que adaptaciones de las teorías del suicidio en adultos (Páramo *et al*; 2007), es posible que esto sea debido a una idea concebida sobre la infancia, la cual

era percibida en la sociedad como una época de felicidad en la que eran impensables este tipo de comportamientos. Sin embargo, se vuelve importante reconocer que el fenómeno suicida tiene características cuantitativas y cualitativas diferentes a las de la población adulta, por lo que se vuelve importante revisar dichas teorías con el fin de evaluar su aplicación a la población infantil o construir nuevas que den cuenta del fenómeno en la infancia.

De acuerdo con Rivera y Andrade (2008), el comportamiento suicida puede ser identificado como un proceso que inicia con la ideación, continua con las tentativas y concluye con el suicidio.

Ideación suicida es entendida como “la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio” (Beck, 1993, citado en Carvajal, & Caro 2011). Otra definición es la expuesta por Mingote *et al.*, (2004), quienes señalan que “una idea suicida es cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, haciendo algún plan o identificando los medios necesarios para conseguirlo”.

Es importante destacar que dichas ideas o pensamientos son parte del proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia cuando el menor trata de responder a problemas de su existencia. Sin embargo, se vuelven anormales cuando el suicidio constituye la única opción para resolver sus dificultades (Piedranita *et al.*, 2011). La gravedad de la ideación suicida reside en la persistencia o estabilidad temporal (Miranda *et al.*, 2009).

Del mismo modo, se definirá el intento de suicidio como “cualquier acto deliberado, con resultado no fatal, que pretende causar o realmente causa daño a sí mismo o que sin la intervención de otros habría sido así” (Villalobos, 2010). Por su parte la OMS lo define como “cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención” (Arias *et al.*, 2009).

Por último, se entiende por suicidio “la muerte autoinflingida con evidencia, implícita o explícita de que la persona quería morir” (Soler & Gascón, 2005).

El valorar o decidir que el comportamiento de algún niño o adolescente muestra un componente suicida no es nada fácil, ya que se tiende a minimizar este tipo de conductas (Mardomingo, 1994) y no sólo por los padres, sino también por los maestros y profesionales de la salud; este hecho se auna el componente de ser un acto impulsivo, poco meditado, o que busca la manipulación. Sin embargo algo es cierto, en la práctica clínica es posible ver una amplia gama de comportamientos en niños y adolescentes, acciones manipulativas, impulsivas y que no son meditadas; sin embargo, no en todas ellos se pone en riesgo la vida.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública 2000, la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001, y Brent *et al.*, (1988), comentan que es diferente el perfil de los niños y adolescentes que cometen suicidio, de los que lo intentan y de los que presentan ideación suicida (Rodríguez *et al.*, 2005).

Facy *et al.*, 1979; diferencia dos grupos de niños y adolescentes entre los que intentan suicidarse:

- Un grupo tendría más trastornos psiquiátricos y más factores familiares negativos; usaría métodos de más alta letalidad y tendría peor pronóstico en cuanto a probabilidad de consumar un suicidio en el futuro. Quizás serían aquéllos en los

que no se detecta un claro factor desencadenante y sí una situación mantenida adversa

- El otro grupo lo constituirían aquéllos en los que estas alteraciones psiquiátricas y de disrupción familiar están ausentes o no son tan importantes. El intento sería impulsivo y no premeditado, se detectaría un claro factor desencadenante; el método utilizado sería de menor letalidad y el intento pretendería una modificación en el ambiente.

Shaffer (1974 citado en Margodomingo, 1994) clasifica a estos menores en cuatro categorías:

- Hipersensibles a la crítica
- Aislados con dificultades de comunicación
- Impulsivos
- Perfeccionistas, metódicos y autocríticos

Lo anterior ofrece un panorama para empezar a entender las características psicológicas, sociales y familiares que presentan estos chicos.

En el caso de los niños, Guibert (2002), comenta que la muerte representa una paradoja, es querer matarse pero no morir. A partir de esta reversibilidad que los niños aún le atribuyen a la muerte como parte de su nivel de desarrollo cognoscitivo, la consideran como algo de lo que se puede despertar o regresar. Realmente lo que el niño querría es escapar, huir de una situación insostenible o resolver una situación tensionante que parece inevitable. Es decir, el niño espera con la muerte cambiar o esperar que las circunstancias cambien y estar ahí después para ver los cambios.

Sin importar cómo sea, como un sueño, una fantasía o un juego, el niño pone en riesgo su vida aunque él no pueda comprenderlo; por lo que merece la pena considerarlo un acto suicida desde el momento que el niño elige la muerte con o sin consciencia de las consecuencias fatales, como un medio para modificar su entorno o resolver problemas.

Son poco frecuentes los casos de niños menores de 12 años que han presentado algún tipo de comportamiento suicida (Sarro & De la Cruz, 1991), sin embargo, se ha visto que muchos niños que se suicidaron, no recibieron atención previa, y muchos niños que intentan quitarse la vida no reciben los cuidados referentes a salud mental necesarios (Brent & Peper, 1995 citado en Thompson *et al.*, 2006). No obstante, se continúan haciendo esfuerzos por comprender el dinamismo de la conducta suicida en los niños.

Así, Toolan (1981), identificó varias dinámicas que precipitan este tipo de comportamientos, entre ellas se encuentran:

- La agresión hacia los padres (la cual es internalizada en forma de sentimientos de culpabilidad y depresión)
- La manipulación para ganar amor o para castigar a otros
- La angustia
- La reacción de sentimientos de desintegración interna
- El deseo de reunirse con un pariente fallecido

Aunado a éstas, Martínez *et al.*, (1985) consideran otros factores:

- Una llamada de atención de los padres
- Un pleito con los compañeros
- Presenciar una fuerte discusión entre sus padres
- Un acontecimiento doloroso como la separación de los padres, el divorcio, o el abandono inevitable

Estas situaciones, de acuerdo con Martínez *et al.*, generan en el niño sentimientos de pérdida, culpa y soledad que lo orillan a intentar suicidarse. Además de estos hechos precipitantes también intervienen las experiencias personales, las identificaciones, el nivel de desarrollo y los componentes inconscientes en los niños.

De acuerdo con este autor incluso el método que el niño elige depende de sus propias experiencias, sus identificaciones y las circunstancias en el momento del intento. Por ejemplo, es común en los niños saltar de las alturas, o atravesar las calles. Por lo que para comprender el comportamiento suicida de un niño es necesario conocer su nivel de desarrollo y el concepto que tenga acerca de la muerte, de manera independiente a su edad.

Por otro lado, la adolescencia es un periodo de intensas transformaciones en muchos niveles: corporal, físico, afectivo, familiar, social, sexual y cognitivo. La vida del adolescente está en constante modificación, a partir de sus propios cambios, lo que resulta ya de por sí, en una época complicada en la vida (Barón, 2000).

El adolescente atraviesa por cambios corporales lo que altera su seguridad y confianza, el autoconcepto que tiene de sí mismo se ve afectado, puede sentirse torpe, poco atractivo, muy atractivo, en fin, sea cual sea la forma como se perciba, es distinta a la que tenía cuando era niño. Lo que también afecta su parte sexual, a tener que definir su identidad, que le permitirá relacionarse con los otros.

Su nivel cognitivo ha alcanzado un nivel más alto que le permite filosofar y cuestionarse sobre aspectos acerca de la vida y su propia existencia. En lo social se encuentra en un ir y venir entre su vida de niño y su búsqueda de un lugar como adulto, los padres en ocasiones le exigen como un adulto pero no dejan de tratarlo como un niño. Su estado afectivo se ve afectado por estos cambios, sus sentimientos hacia sus padres y hacia los otros se modifican, empieza a experimentar nuevas formas de sentimientos.

A nivel psíquico, presenta características psicológicas muy peculiares, son impulsivos, impacientes, muy sensibles, susceptibles, apasionados, emotivos, elementos que los caracterizan. Todos estos elementos lo modifican en búsqueda de su propia identidad.

Lo anterior genera que el adolescente se encuentre en un constante desequilibrio y conflicto (Barón, 2000) a causa de estos cambios constantes; los que pueden generarle cierto grado de angustia, el cual puede variar de un adolescente a otro. Esta situación de cambios y desequilibrio lo vuelven vulnerable a manifestar comportamientos suicidas, muchas veces al no poder enfrentar las cargas de angustia.

Al igual que el niño, el adolescente también tiene una forma peculiar de ver los comportamientos suicidas. El adolescente, como refieren tanto Barón (2000), como

Espinosa y Anzures (1999), ve en el acto suicida la solución a sus problemas existenciales, sean estos familiares o personales. Al mismo tiempo que buscan comunicar lo que le acontece (Vázquez *et al.*, 1998 citado en Monge *et al.*, 2007). El suicidio es para el adolescente una expresión de angustia, tristeza, enojo, frustración, de carencia de necesidades emocionales e incluso, puede llegar a ser una expresión de venganza o de castigo hacia los otros.

En el adolescente al igual que en el niño, puede aparecer el pensamiento mágico, caracterizado por fantasías de reunión con alguna persona cercana que ha muerto, o la idea de un renacimiento (Barón, 2000).

De acuerdo con Barón (2000), el intento de suicidio del adolescente se traduce como:

- La expresión de un deseo de cambio
- El poner fin a una situación
- El dejar de sentir algo que le afecte
- Puede ser una forma de reacción ante la impotencia para cambiar una situación o hecho insoportable

La autora señala también, que a nivel intrapsíquico, de fondo aparece un sentimiento de omnipotencia infantil, en el que el adolescente con su acto podrá modificar las circunstancias en su entorno.

De acuerdo con Saucedo *et al.*, (1997), el intento de suicidio en el adolescente es una mezcla entre componentes depresivos e impulsividad agresiva, lo que al combinarse lo pone en un riesgo letal (Vázquez *et al.*, 1996). Ya que al no poder controlar sus impulsos agresivos éstos son llevados al acto y muchas veces promovidos por sentimientos depresivos que lo impulsan a intentar terminar con su vida.

Al igual que los niños, el adolescente elige el método de acuerdo a sus experiencias y circunstancias (Vázquez *et al.*, 1996), lo cual se matiza, señala Spranger (1975) con un toque de **teatralidad** con el fin de provocar una impresión más alta. Se añade a esa intención de huir, el componente de causar un efecto en los otros, tal vez culpa o remordimientos.

Casullo *et al.*, (2000) describen tres tipos básicos de comportamiento en los adolescentes con ideación o intento de suicidio:

- Depresivo perfeccionista
Hace referencia a personas con un superyo muy rígido que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho de la aprobación social y tendencias a cumplir con las normas sociales vigentes. Presentan alta vulnerabilidad a situaciones de fracaso y de crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son muy propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarios. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas
- Impulsivo
Caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, son muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación

(*acting-out*) de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver eventos problemáticos de manera eficaz. Por lo general se han criado en el contexto de familias violentas

- Desintegrado

En las personas que pueden incluirse en esta categoría es factible encontrar estados graves de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el autocontrol e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico (p.23)

Como puede verse no hay una estructura o un perfil común a todos los niños o adolescentes con comportamientos suicidas, éste está matizado por diferentes componentes personales, familiares y sociales. Sin embargo, sí existen algunas características comunes tanto en niños como adolescentes que presentan este tipo de conductas.

Entre los factores reportados por la literatura que intervienen para que se presente alguna de estas conductas, podemos identificar tres grandes grupos: los factores de riesgo, los factores precipitantes y los factores de protección.

Un factor de riesgo es un “conjunto de condiciones que a lo largo de la vida han participado en el desarrollo de la persona al distorsionar, debilitar o disminuir la fuerza de su estructura psicológica y patrones adaptativos” (Quintanar, 2007). Entre los factores de riesgo que reporta la literatura es posible identificar factores genéticos, psicológicos, familiares, sociales, de desarrollo, salud, culturales, personales, económicos, educativos y cognitivos (Mardomingo, 1994; Quintanar, 2007; Argebo, Nordentoft, & Bo Mortensen, 2002; Campo, Roa, Pérez, Salazar, Piragauta, López, 2003; Casullo, Bonalde, & Fernández 2000; Hawton & James, 2005; Hernández, Rebutillo, Danauy, Bess, 1999; Hernández & Lucio, 2006; Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown & Brook, 2002; Martínez, Saltijeral, & Terroba, 1985; Páramo & Chávez, 2007; Sánchez *et al.*, 2005; Terronez, Moysén & Lechuga 1999-2000; Toth, Schwartz & Kurka, 2007; y Valadez, Quintanilla, González & Amezcua, 2005).

Los factores precipitantes serán “aquellos que aparecen en un momento dado y desencadenan el acto suicida” (Quintanar, 2007). Como puede ser el hecho de presenciar acontecimientos dolorosos, problemas escolares, dificultades entre los padres, riñas entre hermanos, entre otros.

Por último, los factores protectores serán todos aquellos que brinden soporte y disminuyan el riesgo de cometer suicidio, como puede ser el apoyo familiar, el éxito escolar, la tolerancia a la frustración, entre otras.

En la actualidad, diversas investigaciones han puesto énfasis en los factores de riesgo como un medio de identificar y prevenir las conductas suicidas tanto en la niñez como en la adolescencia. Entre los factores más importantes se encuentran los mencionados en el cuadro 7-1:

Como se puede observar, muchos son los componentes individuales, psicológicos, familiares y sociales que se encuentran bastante relacionados a las conductas suicidas. Existen experiencias de vida que predisponen a este tipo de comportamientos; pero son la combinación de estos factores, las características personales del individuo y las circunstancias del momento, lo que determinan un acto suicida, como lo indican Hernández y Lucio (2006), al hablar de los sucesos estresantes en relación al riesgo suicida.

Cuadro 7-1. Factores de riesgo suicida

Personales	Familiares	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> · Atracción hacia la muerte · Abuso de drogas · Intentos previos de suicidio · Depresión · Conducta antisocial · Conducta narcisista · Trastornos emocionales · Soledad · Vergüenza · Culpa · Desesperanza · Sentimientos de minusvalía · Deseos de morir · Rabia · Hostilidad · Irritabilidad · Abuso físico y, o sexual, o ambos · Pérdida de un familiar o amigo por suicidio · Fácil acceso a armas · Trastornos en la sexualidad · Trastornos de alimentación · Pérdida de una persona significativa · Problemas con la autoridad · Conductas autodestructivas · Pertenecer a pandillas · Dificultad para hacer amigos · Apatía · Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> · Padres o familiares con antecedentes de suicidio · Ausencia de afecto entre los miembros de la familia · Discusiones y pleitos · Relaciones inadecuadas entre los padres · Desintegración familiar · Enfermedades psiquiátricas · Falta de soporte familiar · Depresión en los padres · Maltrato de los padres hacia los hijos · Uno o ambos padres atraviesen por una crisis que no le permita estar al pendiente del hijo · Falta de uno de los padres · Familias uniparentales · Percepción de falta de apoyo de la familia · Desempleo de uno o ambos padres · Padres con una educación pobre · Sobreprotección · Padres castigadores · Madres posesivas 	<ul style="list-style-type: none"> · Pobreza · Cambio de domicilio <p>Escolares</p> <ul style="list-style-type: none"> · Fracaso escolar · Fuertes presiones de los padres por obtener logros · Violencia escolar <p>Cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> · Alteraciones neuropsicológicas (déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico y lenguaje) · Problemas de aprendizaje · Pobres habilidades para resolver problemas · Rigidez cognitiva

Sin embargo, a pesar de todo el conocimiento existente en torno a factores de riesgo, no se identifican grandes avances en torno a la prevención, evaluación y tratamiento de dichas conductas.

A continuación se presentan dos casos que pretenden dar cuenta de la manifestación de dichas conductas en la población infantil y adolescente; así como la forma en que se dio el proceso de tratamiento con base en los aspectos psicológicos.

CASO 1

Carlos es un niño de ocho años de edad quien es remitido al Centro Integral de Salud Mental [CISAME] y atendido como parte de la formación en la Residencia en Psico-

terapia Infantil de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo supervisión de la Doctora Emilia Lucio.

Contexto familiar y social

Carlos es un niño de ocho años de edad quien, al momento de la primera entrevista, recursa el segundo grado de Primaria. Es un niño cuya edad cronológica no corresponde a la que aparenta, ya que parece más pequeño. Carlos pertenece a una familia disfuncional conformada de la siguiente manera:

Carlos ingresa al servicio de psicología en el CISAME (ver figura 7-1), referido por el servicio de psiquiatría a solicitud de la escuela primaria, debido a problemas de aprendizaje y emocionales con el objeto de realizar una evaluación psicológica e iniciar psicoterapia individual. La madre reporta que su hijo se había vuelto muy inseguro, sentimental, lloraba al quedarse en la escuela, cuando se separaba de ella, y en general por cualquier situación; además de que la mayor parte del tiempo lo observaba triste y con facilidad se volvía agresivo (sic de la madre). Entre los problemas de aprendizaje que se reportaban en ese momento, eran la falta de concentración y en apariencia había olvidado lo que ya había aprendido, como leer y escribir.

De los datos que sobresalen en la historia clínica, se encuentra que Carlos es la segunda gesta de cuatro hermanos varones. Es posible que cuando el menor tenía tres años, éste empezó a tener problemas. Los padres, se separaron por primera ocasión cuando Carlos tenía cuatro años, debido a que el señor amenazó a la madre con un cuchillo y él se cortó las muñecas. La madre en ese momento llamó al hijo mayor para que presenciara el acto, según dijo para así tener testigos si le pasaba algo; después de un tiempo los padres volvieron a vivir juntos.

Al año siguiente, de nuevo la pareja se separa por violencia intrafamiliar y la madre inicia una nueva relación con otro hombre del cual queda embarazada, el padre al enterarse que salía con alguien más la golpea y amenaza con un cuchillo “si no es para él, no es para nadie” (sic de la madre). Ante esto ella decide regresar con él, el cual acepta al hijo del otro hombre.

Los niños presenciaron violencia intrafamiliar, el ambiente era de gritos, discusiones y maltrato por parte de la madre, ella comenta que los observaba angustiados, sobre todo cuando el papá estaba por llegar.

Carlos ingresa al Jardín de niños a los cuatro años; la madre comenta que “no lloró, se adaptó bien” y refiere que en esta etapa el niño aprendió algunas palabras, además podía leer y escribir las vocales; no reportaron dificultad alguna en la escuela.

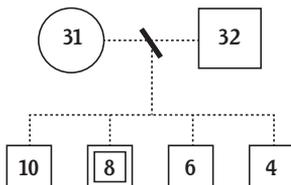


Figura 7-1. Famillograma

Cuando ingresó a la Primaria a los seis años de edad, esta situación cambió ya que Carlos empezó a tener problemas de aprendizaje, de tal forma que cursó el primer año sin adquirir la lectoescritura. Al momento de la evaluación repetía el segundo grado.

Antecedentes de riesgo

La madre reportó que en general el estado de ánimo de Carlos era el de un niño triste; mencionó que era muy inseguro y sentimental. Cuando se enojaba, sus reacciones eran agresivas hacia las personas y las cosas, “le pega a todo o a todos, lo que tenga cerca”. Ante las situaciones o personas extrañas se mostraba cohibido de inicio, aunque su manera de interactuar cambiaba al “agarrar confianza” (sic madre). En cuanto a su relación con las figuras de autoridad comentó la madre que “no respeta, se pone al tú por tú, y reta mucho a la gente”. En general se relacionaba con las personas de forma agresiva.

Enfoque terapéutico

En un primer momento se hizo uso de técnicas psicométricas para realizar la valoración psicológica, aunado al juego diagnóstico y la entrevista semiestructurada. Con Carlos, el proceso terapéutico tuvo como base la asociación libre mediante el juego simbólico, donde lograba proyectar muchas de sus emociones conscientes e inconscientes.

Cada una de las sesiones iniciaba con autorización para elegir los juegos y las temáticas a tratar; posterior a ello, una vez concluido su juego, se utilizaban algunas técnicas de la entrevista abierta para explorar más acerca de lo expresado en el juego.

Como parte de los materiales disponibles se encontraban juguetes de varios tipos: miniaturas, soldados, personas, naturaleza, animales, piezas de ensamble, carritos, ciudades, personajes de acción, luchadores, muñecas, bebés, artículos de bebé, juegos de té, casita de muñecas, títeres, entre otros. También estaban presentes materiales didácticos como plastilina, pegamento, hojas de colores, telas, plumones, colores, acuarelas, pinturas digitales, arcilla, palitos de madera, tijeras, crayolas, entre otros. Y se hacía uso del arenero y juegos de mesa.

Entre los principales materiales que utilizó Carlos se encontraban: plastilina, personas en miniatura, animales, dominó, dibujo, títeres y luchadores.

Los objetivos del trabajo eran fortalecer las funciones yoicas de Carlos y fomentar la expresión de sus conflictos, para motivar actividades placenteras y gratificantes que contrarrestaran la apatía y la falta de deseo.

Primer contacto con Carlos

El niño entró solo al consultorio después de despedirse de su papá, se sentó y en cuanto se cerró la puerta comenzó a llorar de forma silenciosa.

- T: ¿Qué pasa?
C: No contestó.
T: ¿No querías venir?
C: No.
T: ¿Ya habías venido antes?
C: Sí, con la doctora
El llanto continuó.
T: ¿Por qué no querías venir?
C: No quería.
T: ¿Tienes sueño?
C: No.
Tomó un pañuelo desechable y secó sus ojos. Ya más calmado, se le preguntó:
T: ¿Sabes a qué vienes o por qué te trajeron?
C: Mis papás no me dijeron nada.
T: Tú mamá ya había venido, me contó que tenías algunos problemas en la escuela, porque te cuestan trabajo las tareas y me dice que te ve triste.
C: (Asiente con la cabeza) me cuestan trabajo las letras y leer.
T: ¿Es cierto que estás triste?
C: Sí.
T: ¿Por qué?
C: No sé.
T: ¿Desde cuándo estás triste, desde el Jardín de niños, Primero (de Primaria), o apenas ahora?
C: Desde que entré a la Primaria a Primero.
T: ¿Qué pasa cuando estás triste?
C: Me dan ganas de llorar, no quiero ir a la escuela y me siento mal, me duele el estómago y me aburro.

En esta primera sesión se pudo observar un niño que aparenta tristeza en su rostro, una lágrima constante sale de sus ojos, se le nota tímido e inhibido, temeroso e inseguro, preocupado por la situación de sus padres y de lo que le sucede en la escuela. C. no puede disfrutar de los juegos.

Evaluación del problema

A Carlos se le aplicó una batería psicológica compuesta por pruebas psicométricas y proyectivas, en un lapso de nueve sesiones de una hora. La cual estuvo compuesta de la siguiente manera:

- Entrevista
- Juego diagnóstico
- Test Guestáltico Visomotor de L. Bender
- Escala de Inteligencia revisada para el Nivel Escolar WISC-R-ESPAÑOL de Wechsler
- Escala de Inteligencia RAVEN Coloreada

- Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (2da edición)
- Test proyectivo gráfico de la figura humana de Koppitz y Machover
- Test proyectivo gráfico de la familia de Corman
- Test proyectivo gráfico HTP de Buck
- Test de Apercepción Temática para niños CATH

Durante la aplicación se pudo observar que el rendimiento de Carlos era bajo, aunque por su manera de expresar y de comprender, se podía ver que sus capacidades intelectuales no eran limitadas. Su trabajo era lento y en los momentos de ansiedad presentaba desestructuración cognitiva.

En esta primera evaluación se pudo observar que en el área perceptomotora Carlos mostraba inmadurez ya que ésta correspondía a la de un niño de 6 años, lo cual afectaba de manera importante su desempeño escolar. En cuanto a lo intelectual se pudo notar que el menor tenía un coeficiente intelectual por debajo de lo esperado para su edad cronológica; se consideró que podía ser a causa de la inmadurez neurológica, a factores socioculturales, familiares, educativos y a los problemas emocionales que presentaba en ese momento.

Con respecto al elemento emocional se detectó que Carlos atravesaba por un momento de inestabilidad emocional, caracterizado por sentimientos de minusvalía e inseguridad. Esto podía deberse a factores como sus dificultades académicas y a la situación familiar, en la que destacaba el sentimiento de abandono y la separación de los padres. Se observaban importantes indicadores de impulsividad, los cuales podían responder a su inmadurez neurológica. También mostraba indicadores que sugerían un comportamiento agresivo que parecía una respuesta refleja a la situación por la que atravesaba, a la frustración intelectual y al abandono de los padres.

En la esfera social presentaba dificultades para relacionarse a causa de su comportamiento agresivo e impulsivo; percibía el ambiente que lo rodeaba como hostil, en el que se sentía atacado y criticado, a lo cual respondía con un comportamiento opositorista.

El ambiente familiar también era percibido como hostil, poco seguro e incluso peligroso, ya que sus historias narraban diversos actos de violencia, cometidos sobre todo por el padre; el cual era un personaje con el que el niño se identificaba, pero que al mismo tiempo temía. Se encontró también que Carlos no se sentía parte de la familia, a la que visualizaba como un gran todo en el que no estaba incluido. Resaltaba también en esta parte, negligencia en el cuidado por parte de los padres, quienes no satisfacían las necesidades del menor, que tenía como idea la fuga de casa en respuesta a esta falta de atención.

Por último, destacaban importantes indicadores que sugerían una depresión grave con presencia de ideación suicida. Mostraba como principales mecanismos de defensa, el aislamiento y la negación.

Sesiones significativas

El proceso terapéutico constó de 58 sesiones. A continuación se presentan algunas en las cuales se puede observar la presencia del concepto de muerte y el proceso del fenómeno suicida desde la ideación hasta el intento.

Sesión 2 de evaluación

Posterior a la aplicación de pruebas conversé un poco con Carlos, quien narró un evento en donde lo iban a atropellar; comenta que lo enviaron a la tienda y que al cruzar la calle no se fijó, señala que su papá estaba al otro lado de la calle y le gritó, pero él no lo escuchó, refiere que se dio cuenta ya que el carro estaba cerca de él, y que el conductor lo esquivo para no lastimarlo.

Las siguientes sesiones de evaluación se continuó con la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas.

Sesión 6 de evaluación

En esta ocasión se realizó juego diagnóstico. La terapeuta lo invita a jugar y nota su dificultad para elegir un juego; al fin elige la plastilina, toma dos barras la negra y la gris y dice que hará el techo de una casa, las colocó de tal forma que hizo un triángulo y comentó: “Ya está listo”.

- T: ¿Quién vive en la casa?
C: Unos niños de la calle.
T: ¿Quieres que hagamos a los niños?
C: No sé.
T: Si quieres te enseño.

Juntos hacen unos niños con plastilina (dos hombres y una mujer “es la niña chiquita”), Carlos los mete a la casa y pone más barras para simular los barrotos.

- T: ¿Qué hacen ahí los niños?
C: Un señor se los robó y los encerró en otra casa.



Figura 7-2. Trabajo con plastilina “La casa y los niños”

T: ¿Dónde está el señor?

C: No lo hicimos.

T: ¿Por qué no buscas en los juguetes uno que pueda ser el señor?

Se levantó a buscar.

C: Sólo hay soldados.

T: Podemos imaginar que un soldado era el señor.

C: Está bien.

Lo tomó y lo llevó al lugar donde jugaban.

En ese momento cambió el juego:

C: Llega el señor y entonces entra a la casa y no ve a los niños, luego ellos salen y les dispara, el otro hermano sale y dice que los deje y se escapa el señor. Luego llegan los papás y ven a sus hijos y se ponen a llorar, los llevan al hospital y están ahí un año y luego se mueren, los entierran, los meten en una caja y los entierran, los llevan al panteón y les hacen sus misas y le dan de comer a la gente.

T: ¿Cómo se sienten los papás?

C: Tristes.

T: ¿Qué pasó con el hermano mayor?

C: El no se murió, se quedó con los papás y estaba triste.

T: ¿Y el señor?

C: Lo agarraron y lo metieron a la cárcel, y que ya iba a salir y como los papás supieron, se pusieron afuera de la cárcel a esperar que saliera y lo mataron. Los papás iban a ver a los niños al panteón y les llevaban flores.

Aquí termina el juego.

T: ¿Has estado en un entierro?

C: Sí, cuando murió mi hermanita.

T: ¿Tenías una hermanita que murió?

C: Sí.

T: ¿La conociste?

C: No, murió al nacer.

T: ¿Tú ya habías nacido?

C: Sí, tenía como tres años y jugaba con ella, le hacía cosquillitas.

T: ¿De qué murió?

C: Del corazón, un día se enfermó y se murió y luego la metieron en su cajita y la llevaron al panteón y la enterraron. Al otro día murió mi tía y la enterraron también y luego vamos a verlas y a llevarles flores.

T: ¿Con quién vas?

C: Con mi abuelita o mi mamá, me llevan.

T: ¿De qué murió tu tía?

C: De un infarto.

- T: También del corazón.
C: Sí. Cuando te portas mal o dices algo feo a tus papás viene (la muerte) y te jala las patas.
T: ¿A ti te las ha jalado?
C: No, a mi abuelito, ¡sí que se asustó!
T: ¿A ti no te da miedo?
C: No, en el panteón sale la muerte. Una vez mi abuelito me contó que andaba arriba de su casa y que él subió y la tiró y le pegó y le dio con el hacha y dice que sus piernas eran de madera y mi abuelo le dijo a mi abuela que lleve la sierra y le corta las piernas y lo mata (sic)
T: ¿Has visto a la muerte?
C: Sí.
T: Plátame cómo es, yo nunca la he visto.
C: Viste de negro con falda y pantalón y su capa.
T: ¿Cuándo la viste?
C: Un día que fuimos al panteón yo y mi abuelo a ver a alguien de la familia de mi abuelo, y mi abuelo le dijo una grosería a la persona muerta y por eso vino la muerte, cuando veníamos de regreso estaba en el techo de la camioneta y la vi.

Concluida la sesión pregunto al papá, que en esa ocasión lo acompañaba, sobre la hermana y la tía muerta, a lo que él comentó que no había una hermanita muerta.

Sesión 8 de evaluación

Al llegar, la madre le dice al terapeuta que si le puede enseñar algo. Le pide a la mamá que pase y a Carlos que los espere un momento afuera. Le muestra un libro de Carlos y comenta que la maestra le pidió se lo enseñara.

El libro refiere una actividad en la que había que escribir qué haría si tuviera polvos mágicos, a lo que Carlos respondió:

- Matar a Carlos
- Matar a Rita
- Matar a Lalo
- Jugar pistolas
- Jugar a la comidita
- Jugar a la rama

La mamá comentó estar preocupada por esta situación y que al preguntarle a Carlos por qué había escrito eso, él no dijo nada y empezó a llorar.

La terapeuta le comento a la mamá que es importante que esté pendiente de Carlos y trate de no dejarlo solo.

Cuando Carlos entra al consultorio, ve los juguetes que hay y se le pregunta si sabe de qué quería hablar su mamá con el terapeuta; el niño no responde, agacha la mirada como apenado y sus ojos se llenan de lágrimas.

Al invitarlo a jugar toma una casa que dice es una escuela, así como a varios personajes, los sienta; toma una mesa y una muñequita, dice que es la maestra; se la da al terapeuta para que la maneje y él manipula a los que serán los niños, uno de ellos es él. Los muñecos hacen la tarea, salen a recreo, van a sus casas y hacen una fiesta, la maestra es ignorada durante todo el juego.

Al intentar abordar lo ocurrido en la escuela mediante el juego, el niño no lo permite, de inmediato enmudece y pierde interés en la actividad. Por último logró hablar de lo ocurrido y comentar:

T: ¿Sabes lo que quería decirme tu mamá?

C: Sí, del libro.

T: ¿Puedes contarme qué pasó?

C: Estaba trabajando y en mi mente escuchaba algo que me decía matar a Carlos, matar a Lalo y así y no podía dejar de pensar en eso, por eso lo escribí.

T: ¿Y qué pasó?

C: La maestra me regañó, me dijo que por qué había escrito eso y le dijo a mi mamá.

T: ¿Y tu mamá qué dijo?

C: Me preguntó que por qué había escrito eso.

T: ¿Y tú qué le dijiste?

C: Nada, y me dijo que le iba a decir a usted.

T: Yo veo que estás muy enojado por cosas que te han pasado y todavía suceden; por eso están esas ideas en tu cabeza, ¿te parece si hablamos de eso?

C: Sí.

Sesión 21

En esta ocasión el menor eligió jugar con los títeres que habían elaborado en sesiones anteriores, cada títere representaba a un miembro de su familia.

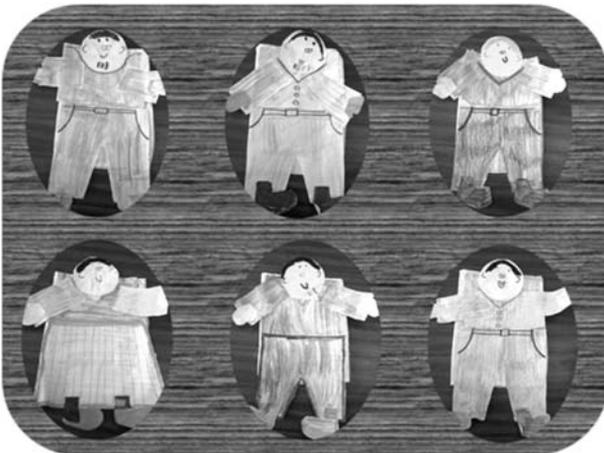


Figura 7-3. Sesión con los títeres que escogió

Al iniciar el juego colocó a todos los personajes sentados frente a la televisión, “de repente llegan unas visitas y se sientan a comer”,relató Carlos y mientras movía a los personajes, el terapeuta sólo le ayudaba a moverlos a donde él le decía. En la historia, al terminar de comer el títere que representa a Carlos es enviado a la tienda. El niño trae unos carritos y los acomoda afuera de lo que representa la casa, le pide al terapeuta que los mueva. El menor manejó el títere que lo representaba, lo hizo caminar por la calle hacia la tienda, meterse entre los carros, mientras aquél trataba de esquivarlo, aunque él continuaba le quitó uno de los carros y le dice: “Carlos iba caminando por aquí y lo atropellan”, en seguida el terapeuta tomó una muñequita y le dijo: “Esta mujer iba pasando por ahí y lo aventaba para que no le pasara nada”, entonces movió el títere de Carlos y él dijo: “Pero de todos modos alcanzaba a atropellarle una pierna”.

En el papel de la señora, la terapeuta dice: “niño, ¿qué te pasó, te voy a llevar a tu casa” y lo lleva. Al tocar a la puerta, abre la mamá (el títere que maneja Carlos), le dice: “Señora, atropellaron a su hijo, está mal”, la mamá responde: “No me importa” y cierra la puerta; vuelve a tocar y la mamá de nuevo dice “No me importa”; llama al papá, quien dice lo mismo, “No me importa”, en ese momento Carlos deja los títeres a un lado y se pone a gritar “No me importa, no me importa, no me importa”, y llora al hacerlo. Se calma y deja de gritar y se recuesta sobre el tapete, agitado, como cansado. La terapeuta empieza a hablar con él.

T: ¿Eso fue lo que pasó cuando te iban a atropellar?

C: Sí.

T: ¿Y cómo te sentiste?

C: Mal.

T: Veo que crees que no les importas a tus papás.

C: Sí.

T: Cómo te hace sentir eso.

C: Enojado y triste.

T: Ese día, ¿fue un accidente o que pasó?

C: Yo me aventé al carro.

T: ¿Por qué?

C: No me hacían caso.

T: Creo que tus papás están muy preocupados por sus problemas que no se dan cuenta lo que te pasa. Tal vez no escuchan lo que les quieres decir, pero yo te voy a ayudar para que te escuchen.

C: Estoy cansado.

Carlos cerró los ojos como si estuviera dormido y permaneció así hasta que concluyó la sesión.

En sesiones posteriores continuó el trabajo acerca del tema de sus padres; el menor vivió un momento catártico en el que manifestó todo el enojo hacia los padres pero ya de forma verbal y directa, y se empiezan a rescatar los aspectos positivos de los padres.

Por cuestiones escolares a Carlos se le dificultaba asistir a sus terapias por lo que éstas se espaciaron a una cada dos semanas. De nuevo regresó a los juegos de

competencia, donde empezó a disfrutar el hecho de ganar de manera abierta; su estado de ánimo era más estable, sin cambios abruptos; las últimas entrevistas con psiquiatría manifestaron cambios favorables. Se realizó una valoración psicológica y se concluyó que los síntomas que presentaba en un inicio habían remitido, por lo que se decidió darlo de alta.

ANÁLISIS DEL CASO

Como se puede observar en la descripción de las sesiones, desde la segunda cita de evaluación que se tuvo con Carlos, él manifestó su motivo de consulta. Narró que lo iban a atropellar, lo cual, no toma sentido, sino hasta el final de la terapia, cuando se comprende el significado de ello; pero más adelante se hablará de este aspecto.

Como ya se mencionó, Carlos se presentaba como un niño tímido, temeroso, e inseguro, todos ellos indicadores de un menor maltratado, lo que no tardó en hacerse evidente en sus juegos, ya que para la sesión seis de la evaluación, Carlos mostraba juegos relacionados con la agresión y la violencia.

En esa sesión inició con la construcción de una casa, donde, en el juego se da muerte a los niños. Lo que dejaba ver, que en ese momento, Carlos identificaba el hogar como un sitio hostil, cargado de agresividad y donde se sentía en peligro. También se pudo observar, la negligencia de los padres, ya que si se recuerda, los niños se encontraban solos en casa y por ello fueron atacados, con ello dejaba ver sus sentimientos de abandono, soledad y falta de cuidado por parte de los padres.

Esa misma sesión se pudo notar que Carlos narraba detalles acerca de la muerte, como lo que menciona “estuvieron en el hospital, luego murieron, los llevaron al panteón, los enterraron, entre otras cuestiones”, todo en un orden cronológico que daban temporalidad a los hechos, lo que demostraba que Carlos había adquirido el concepto de muerte a partir de sus propias experiencias tempranas.

En esa ocasión habló de la muerte de la hermanita y de la tía. Pero llama la atención lo referente a la pequeña. Ya que según reportó el padre en esa ocasión, dicha hermanita no existió; mientras que la madre cambiaría la versión en la siguiente sesión.

Sin embargo, esta hermana real o fantaseada, representa el temor de Carlos a morir, a correr la misma suerte de la niña con estos padres negligentes y agresivos. Esto remite a lo que Dorothy Bloch (1985) llama **miedo al infanticidio**, donde hace referencia al temor de los niños a ser asesinados por sus propios padres. De acuerdo con ella, en la infancia el pensamiento mágico hace que la culpa de cualquier hecho desafortunado que ocurra alrededor aparezca de manera anticipada al castigo.

Esta situación se observa de manera muy clara en las fantasías de Carlos en torno a la muerte (promovidas por los abuelos). Como cuando señala: “Si te portas mal o dices cosas feas”, la muerte te “jala las patas”. Donde es posible ver cómo la culpa por un mal comportamiento merece un castigo. Otro dato importante es cuando Carlos señala que la muerte viste falda y pantalón; representa así, lo femenino y masculino en la misma figura de la muerte, tal vez en referencia al padre y la madre como quienes pueden dar muerte.

Para la sesión ocho de la evaluación, estos componentes en torno a la muerte empiezan a tornarse en ideación suicida. De nuevo aparece el elemento **pensamiento**

mágico, en donde a partir de la instrucción ¿qué harías si tuvieras polvos mágicos? Carlos responde **matar a....** e inicia por su propio nombre. Al preguntarle a Carlos, él señaló que escuchaba una voz en su mente que le decía: matar a Carlos y que no podía dejar de pensar en ello. Esto permite observar cómo sus cogniciones empezaban a verse afectadas por este pensamiento recurrente de dar muerte a sí mismo. Entonces puede hablarse ya, de una ideación suicida como tal, ya que están estos pensamientos en torno a su propia muerte fuera del control de Carlos .

Varias sesiones después de trabajar el enojo, las carencias afectivas y el fortalecimiento del yo de Carlos, hubo una en la que tomó sentido el motivo de consulta del menor, en la cual –como parte del juego- él dramatizó la escena del día que casi lo atropellan. Es posible, entonces, ver que no fue un accidente, como parecía al principio, sino un deseo llevado al acto (*acting out*). El deseo de su propia muerte. Emerge también la percepción que Carlos tenía de sus padres con respecto a él, donde esos gritos de “¡no me importa, no me importa, no me importa!” se traducían en “no les importo”. Desde luego, que con un yo más fortalecido, se hacía más soportable el reconocer esta situación.

En el caso de este menor, es oportuno que se discuta un poco acerca de la instauración del concepto de muerte, ya que como se vio, es un punto fundamental al hablar de comportamientos suicidas en la infancia.

Como se pudo observar en la descripción de las sesiones, en un primer momento los juegos de Carlos estuvieron centrados en la violencia y la muerte, lo que permitió explorar qué tan claro tenía el concepto de muerte. Como se puede observar en la sesión seis de la evaluación, en ella, habla de manera precisa del fallecimiento de “su hermanita y de una tía”, señala detalles que sugieren que ha tenido pérdidas importantes; tal vez la muerte de la hermana se creó en su fantasía promovida por la madre y la abuela, pero el fallecimiento de la tía sí fue real y él estuvo presente en los funerales.

Recuérdese también que en esa misma sesión habló de la muerte y de haberla visto, mucho de ello promovido por la ideología de los abuelos que fomentaban estas creencias en Carlos. Al parecer tiene claros muchos detalles con respecto a la muerte. Se debe tener presente que en sus juegos, los personajes mueren y no son revividos, como se observa en el juego de los hermanos muertos, donde además aparece la temporalidad de los hechos al señalar datos como: “Están en el hospital un año y luego mueren y los entierran y luego les llevan flores”. Lo que permite pensar que Carlos ha adquirido el concepto de muerte a través de sus propias circunstancias de vida y que a éste le atribuye el componente de irreversibilidad.

En el caso de Carlos es posible enlistar con amplitud los factores predisponentes para el acto suicida, ya que como se ve en su historia, son muchos los elementos desfavorables en la vida del menor.

En lo familiar, la relación conflictiva y violenta entre los padres, la separación de éstos, la ausencia del padre, la falta de apoyo parental, las limitaciones intelectuales y emocionales de éstos, así como la pobreza, el maltrato, el abandono y la negligencia. En lo académico, el bajo rendimiento, los problemas de aprendizaje, la falta de logros, también contribuyeron. En lo personal, la depresión, la culpa, la irritabilidad, la agresividad, los sentimientos de minusvalía y la apatía, contribuyeron en conjunto a la manifestación de la ideación suicida en Carlos.

Como se pudo ver en la descripción de las sesiones, Carlos manifestó sobre todo ideación suicida, la cual tuvo un paso al acto de forma impulsiva (*acting out*). A partir de estos dos elementos se deben buscar las motivaciones de Carlos para su actuar.

En el caso de este niño se pueden considerar dos motivaciones principales, la primera que surge en los primeros momentos de la terapia, como un grito de auxilio ante una situación que se vuelve intolerable, como una forma de escapar. En Carlos mucho se daba en la fantasía a manera de ideación suicida, ya que cuando la angustia lo rebasaba evadía mediante aquélla. En un segundo momento se pudo identificar como un castigo hacia los padres, con quienes se encontraba muy enojado a causa de los maltratos sufridos por ellos.

En ambos momentos Carlos procuraba llamar la atención de los padres, buscaba su afecto y el reconocimiento, quería ser mirado por ellos, ya que parecía no existir para esos padres cegados por sus propios problemas. Además de que con sus ideas en torno a la muerte, lograba un acercamiento hacia los abuelos, con quienes tenía mayor contacto afectivo, de lo que estaba carente.

El pensamiento mágico se ve reflejado en torno a la hermanita muerta, que aunque formaba parte de un componente real proporcionado por la madre, el niño creó toda una fantasía en torno a ella. Por otro lado esto se manifiesta cuando escribe en su libro acerca de los polvos mágicos, aunque también es promovido por una actividad dirigida; el menor expresa en ello su deseo de dar muerte a su familia y a él mismo y si se observa, posterior a matar a..., continua, jugar a..., lo que deja ver este aspecto mágico de cambio, es su deseo terminar con lo insostenible con la muerte y aparece el deseo de vida expresado en el juego.

Es difícil determinar el aspecto fatalista de sus pensamientos, ya que mucho de lo expresado tenía fundamentos reales, como su temor al abandono; el cual estaba fundamentado en abandonos reales, por ejemplo, en las ocasiones cuando salía de consulta y la madre no estaba o cuando el padre lo dejaba en la puerta de la escuela aunque ésta estuviera cerrada y él tenía que regresar solo a su casa.

Cuando los maltratos expresados eran reales y el deseo de los padres por deshacerse de los hijos también lo eran, pocos eran los recursos de los que Carlos podía sostenerse para hacer frente a las adversidades.

El más claro ejemplo de su forma de percibir las cosas a su alrededor, está expresado en la sesión de los títeres, donde Carlos grita al representar a los padres: “no me importa, no me importa, no me importa”, al referirse a él.

En conclusión, se puede decir que Carlos vivía en un ambiente desfavorable que favorecía los comportamientos suicidas; en particular la ideación, aunado a sus propias características de personalidad. Donde se observa que la falta de deseo de los padres por el hijo, la agresión y los maltratos, así como las limitaciones intelectuales y afectivas, favorecieron la presencia de deseos de muerte en Carlos.

EVALUACIÓN DEL PROBLEMA AL CONCLUIR EL TRATAMIENTO

Al concluir el tratamiento se realizó de nuevo una valoración psicológica. En esta ocasión se encontró que en el área cognitiva Carlos había tenido mejoras significa-

tivas; subió un nivel, de deficiente mental, pasó a un rango limítrofe, en cuanto a lo cuantitativo. En lo que respecta a lo cualitativo, sus respuestas se observaron muy superiores a las de la evaluación inicial y su pensamiento fue más lógico y coherente; lo cual se podía observar también en la escuela donde mostró logros importantes: adquirió la lectoescritura y mejoró en las operaciones matemáticas.

En lo emocional, se encontró mayor seguridad y confianza en sí mismo, una mejor autoestima, los síntomas depresivos habían desaparecido y el estado emocional mejorado de manera considerable, ya no estaba presente el tema de la muerte y las fantasías en torno a ésta.

En la cuestión familiar, representaba una familia más estructurada y no se observaban indicios de ansiedad, además que ya se percibía como un miembro más de la familia y ya no se devaluaba en sus grafismos.

CASO 2

El caso se refiere a un niño de 11 años, a quien por cuestiones de confidencialidad aquí se nombrará Orlando. El niño es llevado a consulta por su madre debido a que presenta dificultades en la escuela como falta de atención y concentración. Asimismo, la madre refiere que el menor había recibido atención psicológica con antelación en la que sugirieron que éste padecía un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

En este punto se vuelve importante hacer referencia de los antecedentes de atención psicológica del menor, ya que a lo largo de su vida ha sido valorado y atendido por diversos profesionistas. Cuando Orlando tenía 5 años, fue llevado a consulta a una institución aparentemente por TDAH. Al año siguiente cuando tiene 6 años, es valorado por la escuela donde refieren que muestra un desarrollo normal.

A los 9 años recibe atención médica y le recetan metilfenidato por 6 meses, al mismo tiempo que es remitido al departamento de psicología para ser valorado y tratado para el TDAH. A los 10 años es remitido a neurología, donde se le realiza un electroencefalograma, el cual resulta normal; si bien en esta área lo dieron de alta de neurología, fue canalizado a paidopsiquiatría, aunque, continuó con el medicamento. A los 11 años, la escuela del menor solicitó de nuevo una valoración psiquiátrica; los maestros reportaban que el niño presentaba falta de concentración, atraso en para terminar los trabajos y periodos cortos de atención, como resultado de ello se modificó la medicación y se agregó imipramina.

Posterior a ello, la madre buscó apoyo psicológico de manera particular, sin embargo sólo acudió en dos ocasiones ya que la situación económica no le favorecía. De esta manera llegó al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde fue atendido.

CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

Los padres de Orlando, Lorena y Mauricio, deciden unir sus vidas y contraer matrimonio cuando ambos tenían 25 años de edad y ya eran profesionistas. Al poco

tiempo de casados, le diagnostican al padre una enfermedad terminal, por lo que se encuentra en constante tratamiento médico. Debido a esta situación, los médicos determinan que Mauricio no podrá tener hijos, por lo que la pareja dejó de tener control natal. Al poco tiempo la madre quedó embarazada, debido a complicaciones en el embarazo el parto se presentó de manera prematura; sin embargo, no mostró problemas posnatales. Cabe señalar que dicho embarazo dio como producto el nacimiento de gemelos idénticos: Orlando y Homero.

Durante la gestación y hasta los dos años de edad de los gemelos, el padre se encontraba estable en su enfermedad y convivía dentro de un clima emocional favorable. Ambos padres se encargaban del cuidado y educación de sus hijos; sin embargo, por cuestiones de practicidad deciden dividir los cuidados de los niños, el padre se encarga de Orlando y la madre de Homero. No obstante esta división la madre reporta que el padre se involucraba mucho en la atención de sus hijos, inclusive despertaba por las noches a atenderlos y se hacía cargo durante el día, cuando la madre iba a trabajar. Ella comentó que a pesar de la enfermedad del padre, éste nunca dejó de atender a los menores e incluso los llevaba consigo cuando tenía consultas médicas. Hasta ese momento el clima familiar era favorable, los padres mantenían una buena relación y los niños se desarrollaban en forma adecuada.

Cuando los gemelos tenían tres años de edad, la enfermedad del padre se complicó por lo que requirió ser hospitalizado hasta que al final falleció. Durante ese periodo la madre había decidido enviar a los menores con un familiar fuera de la ciudad; por lo cual los gemelos no presenciaron la enfermedad de su padre ni los rituales funerarios.

Pasaron un par de meses antes de que la madre fuera por los menores para llevarlos de regreso con ella. Cuando ella fue a su encuentro hizo un solo comentario a los niños para hacer referencia que éste había muerto: “Su papá se fue al cielo”, posterior a ese evento la familia no habló más sobre el padre y el tema se volvió un tabú; incluso en la escuela cuando les preguntaban por su padre, los menores referían que estaba en el trabajo, no comentaban con nadie acerca de la muerte de su papá.

Cuando la madre regresó con los niños y se quedaron a vivir con la familia del padre. De acuerdo a lo que ella reportó, el abuelo paterno mostraba conductas que sugerían un trastorno psicótico, hecho por el cual decidió cambiar de domicilio junto con sus hijos. Situación que generó otro tipo de dificultades en la familia, ella se sentía tensa y demasiado presionada por la manutención de sus hijos por lo cual se satura de trabajo; mencionó que a partir de este momento cambió su actitud con los niños pues se volvió fría y distante.

Es importante señalar, que la madre contaba con pocas redes sociales de apoyo, además de que, según refiere ella misma, no le gusta pedir ayuda, ya que no quiere que la gente piense que es débil y no puede sola. Por lo que se organizaba para hacerse cargo del cuidado de los menores.

Tiempo después, la madre entabló una nueva relación de pareja con un hombre de 40 años (Jorge) quien convivía con los menores y desarrolló un vínculo afectivo importante; dicha situación se mantuvo durante cuatro años, en los que los niños lo integraron como figura paterna. Sin embargo, la relación pasó por momentos difíciles (violencia en la pareja) que desencadenaron en una separación, por lo que se

dio un distanciamiento de los gemelos con la pareja de la madre. Ella comentó que los menores se vieron afectados por la ausencia de Jorge y le reclamaban y culpaban que se hubiera ido; asimismo, refiere la madre, los menores buscaban la manera de contactarlo y hablar a escondidas con él.

Al momento de solicitar la atención psicológica, se observó a la madre como una mujer joven, quien se esmeraba por su arreglo personal. Es una mujer muy activa y dedicada al trabajo. Dentro de sus características de personalidad sobresale un excesivo interés por la limpieza y el orden, un afán por mantener el control, lo cual la torna manipuladora para que se cumplan sus demandas. Con los menores mantiene una relación poco afectiva, la mayor parte del tiempo se dirige a ellos para dar órdenes y en función a sus deberes, establece rutinas y horarios determinados para la realización de sus actividades. Fue posible observar que mantenía con sus hijos una comunicación ambivalente y en función al deber ser, más que a las necesidades afectivas.

Orlando es un niño cuya apariencia física corresponde con su edad cronológica. Se presentó a las sesiones en adecuadas condiciones de higiene y aliño. En un inicio se mostró un tanto reservado durante las sesiones, pero con el transcurso de las mismas estuvo más relajado, expresivo y espontáneo. Durante la aplicación de las pruebas psicológicas, fue participativo y con disposición para realizar las actividades estructuradas y dirigidas. También se detectó una búsqueda constante de reconocimiento de sus logros, al mismo tiempo que demanda aprobación, afecto y aceptación. Una vez iniciado el proceso terapéutico se pudo observar a Orlando como un niño, extrovertido, quien -en comparación con su hermano- era más expresivo y participativo, aunque se podía ver su dificultad para socializar con nuevas personas.

Aunque en este capítulo no se hará referencia al proceso terapéutico del hermano, es importante señalar algunos datos referentes a él, que permitan contextualizar la situación familiar. Homero, es un niño introvertido quien fue llevado a consulta debido a que presentaba síntomas de ansiedad, también refiere problemas de atención, aunque en menor grado que Orlando; es un niño educado, "bien portado", a quien le cuesta mucho trabajo entablar una conversación con los otros o expresar su pensamiento o sentimientos.

En función a los roles desempeñados en la familia, se observó una polaridad entre los menores, ya que Homero jugaba el rol del hijo inteligente, educado, bien portado, mientras que Orlando era el que causa problemas en la escuela, le cuesta trabajo aprender, es desobediente y rebelde. A Homero le gustaba la música clásica e intereses culturales, mientras que Orlando prefería la música y las actividades populares. Homero jugaba el papel de padre y Orlando de hijo, fue posible observar que dichas distinciones eran favorecidas por la madre, quien dotaba a Homero de responsabilidades y del cuidado de su hermano, mientras que a Orlando no le exigía, ni asignaba tareas.

En el aspecto social, a raíz de la muerte del padre, la madre se aisló de las personas cercanas a ella, incluida la familia; por lo que eran pocos los contactos sociales que tenían ella y sus hijos. Al momento del ingreso a consulta, los niños cursaban el sexto grado de Primaria en una escuela oficial, donde eran pocos los amigos que tenían, con los que no se observaban relaciones profundas. A causa de

la situación económica, los menores pasaban mucho tiempo solos ya que la madre trabajaba mucho; por lo cual, además, realizaban pocas actividades recreativas. En el contacto con ellos se podía observar cierta dificultad para establecer relaciones y comunicarse con otros.

Evaluación del problema

La evaluación del caso fue realizada de manera individual. Cada uno de los niños fue evaluado por un terapeuta distinto en diferentes espacios, con el fin de que los menores no se influyeran a la hora de realizar las pruebas y esto no afectara los resultados de las mismas. La evaluación de Orlando tuvo una duración de siete sesiones en las que se le aplicó una batería psicológica integrada por las siguientes pruebas:

- Entrevistas independientes con la madre y al menor
- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar WISC-R-ESPAÑOL
- Test Proyectivo Gráfico de la Figura Humana de Machover
- Test Proyectivo Gráfico de la Familia de Corman
- Test Proyectivo Gráfico de la Familia Kinética de Burns y Kaufman
- Test Proyectivo Gráfico HTP de Buck (cromático y acromático)
- Test de Apercepción Temática para Niños CATH
- Fábulas de Düss
- Juego diagnóstico

De dicha evaluación se desprendieron los siguientes resultados, los cuales se dividen en tres rubros para su mejor comprensión.

Área perceptomotora

En este rubro Orlando mostró un nivel de maduración adecuado para su edad. No manifestaba posibilidad de alteración neurológica. Sin embargo, presentó dificultad para el trazado de curvas y ángulos, lo que explicaba la poca claridad de su grafía.

Área Intelectual

En el aspecto cognitivo se observó que Orlando presentaba un coeficiente intelectual normal, con mayor facilidad en los aspectos de percepción y manipulación (ejecución) que en los aspectos de comprensión y uso del lenguaje (verbal). En lo que respecta a la atención y concentración, motivo por el cual fue referido, demostró tener capacidad para mantener la atención y concentrarse; sin embargo, ésta se vio disminuida ante la presión y la afectación por estados afectivos como la ansiedad. Situación que descartó la posibilidad de un diagnóstico de TDAH.

Área emocional

Con respecto al factor emocional se observaron fuertes indicadores de ansiedad en las diferentes pruebas, una evidencia de ello son los dibujos del árbol (cromáticos), donde el sombreado excesivo es reflejo de ello (ver figura 7-4).

Al igual que como se observó durante la aplicación de pruebas, también fue notoria una fuerte necesidad de aprobación, gratificación y afecto. Se identificaron sentimientos de enojo y frustración, los cuales manifestaba a manera de agresividad física y verbal o rebeldía. Asimismo, los datos arrojados por las pruebas sugirieron la presencia de una autoestima disminuida, lo que se reflejaba en inseguridad, sentimientos de minusvalía y desvalorización de sí mismo.

El ambiente era percibido como hostil y tenso, por lo que mostraba dificultades para adaptarse a su entorno; situación que dificultaba sus relaciones sociales, las cuales tendían a ser superficiales.

Con respecto a la familia, Orlando percibía el ambiente familiar como hostil. La madre era identificada como una persona demandante, fría y rígida.

Con su hermano se observaba una falta de individuación, además que lo percibía como una sombra, como puede notarse en el siguiente dibujo (ver figura 7-5). Al preguntarle acerca de la sombra en el dibujo, el menor hizo referencia a su hermano, y señaló que en ocasiones sentía como si el hermano fuera su sombra que lo perseguía a todos lados.

En lo que respecta al padre, Orlando mostraba dificultades para hablar de él; lo cual permite identificar la presencia de un duelo no resuelto por la muerte del padre.

Es importante señalar que durante la evaluación no se observaron indicadores que sugirieran la presencia de componentes o tendencias hacia conductas suicidas. Éstas fueron manifestadas durante el tratamiento.



Figura 7-4. Dibujo del árbol cromático.



Figura 7-5. Dibujo de la persona.

TRABAJO TERAPÉUTICO

El proceso de la terapia se llevó a cabo mediante un enfoque psicodinámico, en el cual se emplearon diversas técnicas focalizadas en los principales conflictos de los menores. Se trabajó en co-terapia, mediante la modalidad de terapia fraterna. Y tuvo una duración de 52 sesiones.

Como parte de los materiales disponibles se encontraban juguetes de varios tipos: miniaturas, soldados, personas, naturaleza, animales, carritos, ciudades, personajes de acción, casita de muñecas, entre otros. También estaban presentes materiales didácticos como masa para modelar, pegamento, hojas de colores, plumones, colores, acuarelas, pinturas digitales, tijeras, crayolas, entre otros. Además, hacían uso de juegos de mesa. Aunado a estos materiales, los menores traían a las sesiones materiales propios, como juegos de mesa, carritos, casa de campaña, entre otros.

UNA SESIÓN TÍPICA

A continuación se presenta una sesión del proceso terapéutico, en donde se manifiesta la presencia de la ideación suicida en Orlando. La sesión que se relata fue la segunda del proceso terapéutico y en ésta se dan dos eventos que resultan importantes. El primero es el juego mostrado en esa sesión y el segundo es la conversación con la madre.

Durante la sesión, los gemelos se dedicaron a armar una casa de muñecas, y fueron muy detallistas al colocar los muebles. Llamó la atención que Orlando puso mucho énfasis en colocar extintores por toda la casa, así como alarmas contra incendios, y toda clase de protecciones contra desastres. Al preguntarle por qué respondió: “Hay que estar prevenidos”, de nuevo se le cuestionó la razón de esto y respondió: “Por lo que pueda pasar, que tal que hay un incendio o un terremoto”,

enseguida empezó a mover la casa como si temblara, en un intento por derrumbarla. Su hermano lo detuvo y le dijo que primero debían terminar de acomodar, ante lo cual continuaron con la colocación de los muebles en la casa. Sacaron unos personajes para iniciar el juego, entre los cuales había unos bomberos y personas que vivían en la casa.

De repente Orlando dijo: “Y se incendiaba la casa”, enseguida cada uno tomó un muñeco con el cual actuaba en el juego, Orlando dentro de éste, intentaba poner a salvo todos los muebles y cosas que estaban en la casa, mientras que Homero trataba de salvar a las personas que vivían ella, llamó a los bomberos (papel que actuaban los terapeutas), e intentaron ayudar a las personas. En ese momento ocurrió una conducta repetitiva en Orlando, ya que cada vez que alguien rescataba un personaje y lo sacaba de la casa, él los regresaba adentro, sin permitir que fueran salvados. Más adelante, uno de los muñecos fue trasladado en una ambulancia hacia el hospital, en ese momento Orlando interrumpió el juego al decir que que la ambulancia “chocaba y todos se morían”.

Enseguida el menor inició el juego, en el cual ahora un terremoto provocó que la casa fuera demolida y otra vez decidió matar a los personajes (que ya estaban muertos); cabe señalar que al hacerlo mostró una conducta compulsiva. Una vez derrumbada la casa, tomó a uno de los muñecos (un hombre), lo metió en una pequeña caja y lo colocó pegado a la pared; enseguida le puso todos los escombros de la casa encima y lo sepultó. En apariencia el juego concluyó ahí, pero comentó después: “Y se salía”; como si el personaje reviviera, lo sacó y de nuevo lo sepultó al colocarle aún más cosas sobre él. Así concluyó el juego.

Ese mismo día, la madre comentó muy angustiada que Orlando había escrito una carta posterior a una discusión que tuvieron ella y el menor. Las cartas refieren el deseo del niño de no querer vivir, se perciben sentimientos de desesperanza y enojo, así como el aviso de que intentará suicidarse. Dichas cartas se presentan a continuación como una forma de ilustrar la ideación suicida.



Mi vida es una porquería, yo quiero estar muerto, ni siquiera quiero ir a la escuela, en la escuela me va mal, llego a mi casa, me va mal, por eso quiero estar muerto, si sigo así voy a agarrar el veneno para ratas que está debajo del fregadero y me lo voy a tragar, y si no me voy a agarrar un cuchillo y me voy a cortar la yugular, o si no me salgo, pasa un coche y me aviento, o agarro el switch con electricidad, o me salgo y me subo al puente y me aviento cuando vaya a pasar un coche... las veces que pude morir yo lo evité, no hubiera sacándome el durazno o cuando no pude respirar no le hubiera dicho a mi mamá, más ya nadie me quiere, mi única... es el perro que es Body, por eso debo morir porque la estúpida vida se repite.



Quisiera estar en el infierno en vez de estar aquí, solo sufro, sufro y sufro, porque se fue Paco, por eso odio a todo el mundo, por eso que se mueran todos, ya quiero que sea la hora de mi muerte. Muerte eres mi amiga espero que me lleve por favor y mata a la vida porque desde que nació, siempre me he querido morir.

Al preguntar a la madre sobre las circunstancias en las cuales ocurrió el evento, ella comentó que tuvieron una discusión debido a que les había acomodado la ropa limpia en sus cajones y que Orlando a la hora de bañarse la había desacomodado, ante lo que la madre se molestó y empezó a gritarle (reportan los niños, que incluso se pegaba en la cabeza con la pared del enojo), situación que impactó a los gemelos. Posterior a la discusión, la madre se encerró en su recámara, según ella misma refirió, a llorar. Después de un rato, los gemelos le tocaron a la puerta sin obtener respuesta ya que la madre no les respondía, situación que comentaron los menores los asustó. Posterior a ello, Orlando escribió las cartas y se las dejó en un sitio donde la madre pudiera verlas. No fue sino hasta el día siguiente que ella encontró las cartas.



Vida esto es la guerra, me detestas y yo te detesto, tu nada más me tienes aquí de baboso, idiota, buscando alguna esperanza, pero tú no me detestas tanto, pero tanto que nada más me das lo malo todos los días, márame al fin no quiero vivir, un día me las vas a pagar.

En la conversación con la madre también se exploró acerca de eventos o situaciones anteriores que sugirieran este tipo de conductas, sin que la madre pudiera identificar alguna por ella misma, sin embargo ante las preguntas, comenta que de más pequeño en constantes ocasiones debía salir con Orlando al hospital ya que se ponía morado porque dejaba de respirar, además de que comenta que se asfixiaba con los alimentos, situaciones a las que nunca prestó demasiada atención. En esa ocasión se dieron una serie de recomendaciones a la madre para controlar la situación.

REFERENCIAS

- Ajuriaguerra, J. D. (1996). *Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson.
- Arias, G. M., Marcos, F. S., Martín, J. M., Arias, G. J., y Deronceré, T. O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan*. 13 (1).
- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Bo Mortensen, P. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*. 325. 1-5.
- Barón, O. P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*. (6). 48-69.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., y Willington, J. M., (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 108 (2). 124-129.
- Campo, G., Roa, J. A., Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L., et al. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*. 34 (1). 9-16.
- Carvajal, G., y Caro, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres de sus variantes asociadas en Bogotá, 2009. *Colombia médica*. 42 (2). 45-56.
- Casullo, M. M., Bonalde, P. D., y Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Losada. P.23
- Espinosa, M. A., y Anzures, L. B. (1999). Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista médica del Hospital General de México*. 63 (3). 183-190.
- Facy, F., Choquet, M., & Lechevallier, Y. (1979). Recherche d'une typologie des adolescents suicidants. *Social psychiatry*, 14(2), 75-84.
- Fuentes, L. M., González, A. A., Castaño, C. J., Hurtado, A. C., Ocampo, C. P., Páez, C. M., Pava, G. D., y Ziluaga, G. L. (2009) Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de sexto a noveno grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. *Archivos de medicina*. 9 (2). 110-122.
- Guibert, W. (2002). *El suicidio, un tema complejo e íntimo*. La Habana: Científico - Técnica.
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*. 330. 891-894.
- Hernández, A., Rebastillo, G.T., Danauy, M. D., y Bess, S. (1999). Influencia en el medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr [on line]*. 15 (4). 372-377.
- Hernández, Q., y Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 23 (1). 45- 52.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2003). *Estadísticas a propósito del día del niño*. Datos nacionales. México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2009). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. México.

- Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-749.
- Mardomingo, M. J. (1994). Suicidio e intentos de suicidio. In M. J. Mardomingo. *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 499-519). Madrid: Díaz de Santos.
- Martínez Lanz, P., Saltijeral, M. T., y Terroba, G. (1985). Revisión del tema: "Intentos de suicidio en los niños: un fenómeno psicosocial". *Salud Mental*, 8 (2), 23-26.
- Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R., & Palomo, T. (2004). Suicidio: asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica. En Díaz de Santos, Montero, I. & León, O. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Miranda, D. I., Cubillas, R. M., Román, P. R., y Abril, V. E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32 (6), 495-502.
- Mondragón, L., Borges, G., y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24 (6), 4-15.
- Monge, J. A., Cubillas, M. J., y Román, R. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17 (1), 45-51.
- Orbach, I., Gross, Y., Glaubman, H., & Berman, D. (1986). Children's perception of various determinants of the death concept as a function of intelligence, age, and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15(2), 120-126.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra.
- Ortiz, E. C., (2007). El desarrollo psíquico y la subsecuente elaboración y comprensión del concepto de muerte en el niño. *Revista Lasallista de Investigación*, 4 (2), 59-66.
- Páramo, D., y Chávez, A. M. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30 (3), 59-67.
- Pfeffer, C. (1991) Suicide and suicidality. En Wiener J. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. American Psychiatric Press Inc. Washington.
- Piedrahita, L., García, M., Mesa, J., y Rosero, I. (2011). Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del proceso de atención de enfermería. *Colombia Médica*, 42 (3), 334-341.
- Polaino-Lorente, A., & Ascaso, L. E. (1988). *Las depresiones infantiles*. Ediciones Morata.
- Puentes, R. E., López, N. L., y Martínez, M. T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (2), 102-109.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax.
- Rivera H., M.E. y Andrade P., P. (2008). Conductas autodestructivas e intento suicida en los adolescentes. En P. Andrade P., D. Betancourt O. y J. L. Cañas M. (Comps.) *Investigaciones psicosociales en adolescentes*. México: UNAM-UNICACH. pp. 89-110
- Rodríguez, A. H., García, M. I., y Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica de Uruguay*, 21 (2), 141-150.
- Sánchez Pedraza, R., Guzmán, Y., y Cáceres Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (1), 12-25.
- Sarro, B., y De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. España: Editores Martínez Roca.
- Sauceda, J. M., Montoya, M. A., Higuera, F. H., Maldonado, J. M., Anaya, A., y Escalante, P. (1997). Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 54 (4), 169-175.

- Siracusa, C. (2010). *Educación para la muerte: Estudio sobre la construcción del concepto de muerte en niños de entre 8 a 12 años de edad en el ámbito escolar*. Propuesta de un programa de intervención. Tesis de Doctorado en Psicología inédita. España. Universidad de Granada.
- Soler, I. P., y Gascón, B. J. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Tercera edición. España: Ars Medica.
- Spranger E. Psicología de la edad juvenil. Barcelona: Fontanella, 1975 citado en Espinosa, M. A., Anzures, L. B. (1999). Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista médica del Hospital General de México*. 63 (3). 183-190.
- Terrones, A., Salvador, J., y Lechuga, A. M. (1999-2000). Adolescentes sobrevivientes al intento de suicidio en el Hospital General de Durango: características psicosociales y adaptativas. *La Salud en Durango*. 1 (1). 9-15.
- Thompson, R., Dubowitz, H., English, D. J., Nooner, K. B., Wike, T., Bangdiwala, S. I., et al. (2006). Parent's and eachers' concordance with children's self-ratings of suicidality: findings from a high-risk sample. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 36 (2). 167-181.
- Toth, M., Schwartz, R., & Kurka, S. (2007). Strategies for understanding and assessing suicide risk in psychotherapy. *Annals of the American Psychotherapy Association*.
- Toolan, J. M. (1981). Depression and suicide in children: an overview. *American journal of psychotherapy*, 35(3), 311.
- Valadez, I., Quintanilla, R., González, N., y Amezcua, R. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud Pública México*. 47 (1). 1-2.
- Vázquez, E., González, E. M., Rojo, A. R., y Figueroa, R. M. (1996). Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 15 (2). 77-85.
- Villalobos, G. F. (2010). Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa – PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9 (2). 509-520.
- Viñas, F., y Domènech, E. (1999). El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Revista de Psicología general y aplicada*. 52 (1). 89-104.

Capítulo 8

Trabajo con los padres en la psicoterapia de niños

Rocío Nurcumbo Ramírez

La psicoterapia es un campo de la psicología que ha desarrollado sus sustentos teóricos en un tiempo bastante corto. Las estrategias, la técnica, los procedimientos y elementos que se consideran en una psicoterapia son diversos, de acuerdo con el modelo teórico, así como con las características y necesidades del paciente. En la actualidad, la psicología clínica cuenta con una gran cantidad de enfoques teóricos que muestran variantes epistemológicas en su comprensión de la problemática del paciente y ofrecen diversos recursos para la intervención terapéutica.

La psicoterapia especializada en niños y adolescentes es aún más reciente, también ha desarrollado una gran diversidad de formas de intervención. Sin embargo, se ha logrado un punto de consenso: es fundamental involucrar a los padres en el proceso terapéutico en el caso de pacientes que son niños y aún se encuentran en desarrollo, así como bajo la tutela de sus padres o cuidadores. Si bien el punto de divergencia se encuentra en la forma y el objetivo de involucrarlos, hay coincidencia en la importancia que tiene integrar a los padres.

En el presente capítulo mediante tres casos clínicos, se ilustra la importancia que tiene este trabajo con los padres, para generar condiciones favorables dentro del proceso psicoterapéutico de niños. El modelo teórico con el que se realizó la intervención fue bajo el enfoque psicoanalítico, en el cual se consideraron las necesidades de los pacientes en equilibrio con la perspectiva de trabajo del Centro Integral de Salud Mental, la institución en la que se atendieron los casos aquí descritos.

Desde el enfoque arriba mencionado, se reconoce que los padres cobran importancia ya que portan consigo una demanda o un pedido, en el cual pueden estar depositados parte de sus deseos conscientes o inconscientes. Dentro de esta perspectiva teórica, también existen diversas opciones de abordaje; por ejemplo, el psicoanálisis kleiniano se concentra en el mundo interno, los mecanismos y procesos del niño. Considera un aparato psíquico constituido desde los orígenes, por ello los

padres juegan un papel secundario y no son requeridos en el tratamiento del niño, así también no se contempla la transferencia entre los padres y el analista (García, 1995; Sigal, 1995). En cambio, Ana Freud concibe un técnica diferente, ya que ubica a los padres en un lugar preponderante como educadores; por su parte, la escuela lacaniana reconoce, escucha y trabaja con la demanda (García, 1995).

La importancia de los padres (o de quienes ejercen su función) está marcado desde la teoría, en la huella que prevalecerá en la formación de la estructura psíquica. “El lugar de los padres es un lugar simbólico, trasciende a los padres reales [...] son representaciones culturales que tienen valor importante como sostenes identificatorios” (García, 1995 p. 15). De tal manera que el discurso de los padres, se encuentra tamizado por un sin fin de factores, propios y externos, que conducen al niño y de alguna manera inciden en la conducta que presenta.

Para Doltó (1987) la presencia de los padres y las conversaciones con ellos son forzosas en el tratamiento de niños menores de 7 u 8 años; en el caso de los mayores es necesario aclararles que se tendrán que deslindar de quien deberá ser la terapia, si del niño o son los padres quienes requieren buscar un espacio terapéutico.

Al parecer de quien esto escribe, existe una gran necesidad de contemplar y valorar las características de los padres, como son los recursos intelectuales y emocionales con los que cuentan; tratar de esclarecer la razón por la cual envían al niño, de qué manera es mirado y pensado, para a partir de ahí propiciar las condiciones que permitan avanzar en el proceso terapéutico y que tanto el niño como sus padres, puedan pensar y ver diferente. Como menciona Bleichmar (1995) para conocer el inconsciente de los padres, tendría que realizarse un proceso analítico con ellos, no es posible acceder a él mediante el discurso manifiesto y sin regirse por las reglas del método; por ello en los casos que se presentan, sólo se realizan algunas observaciones generales que permiten hacer conjeturas acerca del actuar de los padres en la psicoterapia de sus hijos y debido a que no es un trabajo terapéutico con ellos, la terapeuta no se adentra a analizar su discurso.

En fechas más recientes se habla de la terapia de la relación, entre padres e hijos, como menciona Dio Bleichmar (2005) “los padres son el origen y la fuente del mundo interno del niño, una relación diaria y actual; son los que mantienen el tratamiento ya sea colaborando o perturbando el mismo” (p. 421).

Visto desde esta perspectiva, “el desafío y la pericia del terapeuta se centrarán en la capacidad para crear una relación de alianza y colaboración, lo que sólo se consigue trabajando continuamente en contacto con la contratransferencia parental” (Dio Bleichmar, 2005 p.421).

“Es imprescindible que durante la indagación diagnóstica nos interroguemos sobre qué tipo de función buscan los padres que desempeñe el terapeuta, y que apliquemos el microscopio de los sistemas motivacionales también a los padres para su propio beneficio. Por tanto la primera tarea a llevar a cabo será aclarar la demanda y simultáneamente detectar la transferencia parental que se comienza a establecer desde los primeros contactos” (Dio Bleichmar, 2005 p. 426).

En resumen, lo que se busca mediante el trabajo con los padres, es brindarles un espacio para contener su angustia y favorecer una relación diferente con sus hijos;

lograr diferenciar sus necesidades y deseos, de los del hijo, comprenderlo desde una dinámica diferente y poderse vincular de una forma positiva. Así bien, al generar alianza terapéutica a partir de las entrevistas con los padres, se busca su cooperación en el progreso de su hijo y que se apeguen al tratamiento.

Los casos que ilustrarán este capítulo son parte de la práctica inicial que la autora tuvo como psicoterapeuta, sin embargo se retoman debido a lo representativos que son de las problemáticas actuales, así como de las condiciones a las que se enfrentan los profesionales de la psicología y que en ocasiones pueden obstaculizar el proceso de psicoterapia de los niños que acuden a consulta.

La atención de pacientes se realizó en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), de la Ciudad de México, dependencia de la Secretaría de Salud cuyo modelo de atención es interdisciplinario. En dicha institución, los pacientes en primera instancia son valorados por un paidopsiquiatra, responsable de evaluar la pertinencia del tratamiento farmacológico y canalizar a los pacientes a los servicios de apoyo que considere necesarios (en la atención infantil se cuenta con dos clínicas, Paido I y Paido II, ésta última reservada para la atención de niños en edad escolar y es en la que la autora se insertó para la atención de los pacientes; así bien, ambas clínicas cuentan con el apoyo de los servicios de psicomotricidad, terapia de aprendizaje y psicología). Cuando un paciente es canalizado para la atención en psicología, se practica una evaluación psicológica completa, compuesta por una batería de pruebas, la cual abarca los rubros visomotriz, inteligencia y aspectos emocionales; mediante las cuales se evalúa el funcionamiento del paciente en diferentes áreas.

En su mayoría, los pacientes que acuden al CISAME, cuentan con bajos recursos económicos; por lo cual las cuotas son determinadas de acuerdo con un estudio socioeconómico. Así también, en varios casos, los pacientes carecían de redes de apoyo que pudieran dar soporte al sano desarrollo de los niños. En los casos aquí descritos se trataba de familias poco funcionales, con profundos conflictos y pocas posibilidades de generar recursos afectivos para mejorar sus condiciones. Así también, en dos de los casos, no se reconocían las conductas de los niños producto de un mal funcionamiento familiar, sino que las ligaban a una característica de sus hijos; en un caso para justificar la disfunción del niño y en otros, al responsabilizar al menor de conductas que tenían un origen sintomático.

Aunque el trabajo terapéutico se llevó a cabo dentro de una institución pública de salud mental, se proporcionó la libertad para implementar las estrategias terapéuticas que se consideraran necesarias. En los tres casos, el tratamiento consistió en terapia de juego, el proceso se realizó de acuerdo con el enfoque psicoanalítico; es decir, se permitió el juego libre durante las sesiones terapéuticas, con la finalidad de conocer los elementos inconscientes y conflictos de la dinámica psíquica de los pacientes, las intervenciones se realizaron mediante interpretaciones y señalamientos. El trabajo con los padres consistió en utilizar las entrevistas de seguimiento como un espacio para indagar en los aspectos que interferían en la vinculación de los padres con sus hijos, con exposiciones de las causas y motivaciones de la conducta de los niños, así como al proporcionar recomendaciones consideradas fundamentales para establecer las condiciones necesarias para el sano desarrollo de los niños.

SESIONES TÍPICAS

El siguiente apartado estará dividido en dos partes principales, comienza con la descripción de los casos y algunas puntualizaciones observadas en el periodo de evaluación. Más adelante se describirá el proceso psicoterapéutico, que se divide en tres fases; de manera inicial se desarrollarán los aspectos generales del proceso, seguido del relato de la etapa inicial del tratamiento (fase 1), la fase intermedia (fase 2), donde se realiza la valoración de los avances obtenidos y al final se incluye la descripción de la fase final (fase 3).

CASO 1. IVÁN (7 AÑOS)

El menor fue referido por la escuela cuando cursaba preescolar debido a problemas de conducta y dificultad para controlarlo. De acuerdo a las palabras de la madre “bombardeaban con que tenía algo”. Si bien ingresó a la clínica de Paido I del CISAME, la madre sólo se presentó a un par de entrevistas y no regresó hasta un par de años después, ya que en la Primaria (después de que el niño había estado en un par de escuelas) la presionaron para que atendieran a Iván, quien en esta ocasión fue canalizado a la clínica de Paido II, donde recibió el diagnóstico de TDAH, por lo que fue medicado con atemperator. La madre decía que los efectos del medicamento no eran constantes, aunque a veces mostraba mejoría, éstos no perduraban.

Al llegar con quien esto escribe, la madre refirió que el niño había sido remitido por problemas de conducta, ya que “no obedece autoridades, se molesta y molesta a los otros”.

Las primeras entrevistas con la madre fueron difíciles de concertar, ya que ella manifestaba no disponer de tiempo para presentarse, faltaba a las sesiones y días más tarde se comunicaba para disculparse por haber tenido contratiempos para asistir. En la primera entrevista comentó que se encontraba desesperada ya que en la escuela la presionaban para que el niño fuera atendido con urgencia, por tal razón ella había comenzado a llevar a Iván con una psicóloga particular que realizaría una evaluación; sin embargo, la madre decía que estaba interesada en la atención dentro del CISAME, en principio porque los costos eran accesibles y en segundo lugar porque al tener dos psicólogas “avanzaría más rápido”; se le explicó a la señora que esto no era recomendable ya que en lugar de beneficiar al niño, podría confundirlo e invalidaría ambas evaluaciones.

La madre de Iván mostraba mucha dificultad para incorporar la información que se le proporcionaba, mantenía una descarga constante y se desbordaba en cada entrevista; para la terapeuta era difícil brindarle contención. En la primera entrevista se presentó con el niño y la hermana menor de éste. Cabe señalar que cuando concertó la cita, se le había solicitado presentarse sola con el niño, sin embargo, no atendió a esta indicación, por lo que fue una sesión difícil; ya que aunada a la descarga de la madre, se encontraba la de los dos niños.

Fue posible observar que la madre sólo se dirigía a Iván para regañarlo, quien parecía por momentos no comprender y por ello no cambiaba su conducta; al finalizar

este primer encuentro, contaba con poca información sobre el inicio del padecimiento, una carga considerable de angustia y un par de autos de juguete menos (ya que el niño se los había llevado, situación de la que la terapeuta se percató momentos después de la partida de la familia).

En la evaluación practicada al niño, se encontró que presentaba dificultad para organizar los estímulos, proporcionaba respuestas incoherentes y erróneas, los procesos de pensamiento se encontraban alterados. Se observaba adecuada memoria, sin embargo presentaba dificultad para reprimir el recuerdo y parecía que un estímulo desencadenaba una serie de recuerdos en apariencia inconexos, difíciles de comprender para quien lo escuchaba.

En el WISC-R presentó un desempeño dentro de los parámetros normales en la escala de ejecución, ya que al copiar estímulos o contar con un objeto que sirviera como ejemplo y soporte, lograba un buen desempeño. En algunos momentos se observó que el papel del terapeuta fungía de igual manera que este soporte de contención y de alguna manera le era favorable para su desempeño, sin embargo en la escala verbal tenía un coeficiente limítrofe. Mostraba una desorganización y confusión general. Presentaba dificultad para diferenciarse de las personas y de manera momentánea perdía la diferenciación entre la realidad y la fantasía, por lo cual era incapaz de explicarse a sí mismo y a los demás la causa de sus actos.

Por la conducta observada y la información obtenida en la historia del desarrollo, se encontraban fallas en la estructura psíquica, con una mala diferenciación entre el sistema consciente y preconsciente-consciente, por insuficiencia en la represión primaria. Existían momentos de funcionamiento normal (bajo la lógica del proceso secundario, con adecuada capacidad de diferenciación intersistémica); a pesar de ello, ante situaciones que generaban angustia, predominaba el proceso primario. Esta deficiencia, constituía el generador de las conductas por las que era referido y por ello se consideraba la predominancia de rasgos *borderline*.

CASO 2. LEONEL PAVEL (8 AÑOS)

Este menor fue referido por parte de la escuela ya que, según palabras de la madre “el niño es muy inquieto, no obedece, no pone atención y le pega a otros niños”. Desde los 3 años de edad, Pavel se mostraba inquieto y los padres no lo podían controlar, la madre comentó que ella se desesperaba y le pegaba; pensaba que por esa razón cuando lo regañaban se ponía muy triste. Al ingresar a CISAME, el médico paidopsiquiatra lo diagnosticó con TDAH, por lo que le recetó medicamento (valproato), sin embargo, al momento de ser canalizado con la terapeuta, la madre no se lo administraba ya que no había visto mejorías. Así también había sido referido a terapia de aprendizaje con la finalidad de atender las dificultades en la atención; sin embargo la señora sólo había asistido a una entrevista y había determinado no llevarlo más ya que consideraba que el aprendizaje y rendimiento escolar eran adecuados.

Para iniciar la evaluación se tuvieron dos entrevistas con los padres del niño, en la primera sólo asistió la madre, la cual deseaba que el padre también estuviera presente, pero que por cuestiones laborales no se presentó. Durante este primer en-

cuentro, ella comentó que el padre tenía poco interés por participar en la educación del niño y que un par de semanas atrás se había enterado de una infidelidad por parte del esposo, lo cual la tenía muy molesta y decepcionada; aún así, de manera constante afirmaba no importarle, ya que ella tenía al niño y éste la tenía a ella. Su actitud era de desconfianza y escepticismo, contestaba de manera parca las preguntas. De manera frecuente decía que el niño sí podía atender, obedecer y no golpear a otros niños, el problema era que no quería y justificaba su conducta al decir que lo hacía para defenderse de las agresiones de los compañeros.

Se programó una segunda entrevista debido a que hubieron puntos importantes que no pudieron ser abordados de manera profunda en este primer encuentro, además de que se intentaba dar cabida al padre en el espacio terapéutico.

En este nuevo encuentro los padres llegaron separados. El padre llegó primero, se mostraba desaliñado, la postura corporal y el tono de voz aparentaban ser signos de depresión. Durante la reunión, la madre lo descalificaba y desestimaba de manera permanente, le permitía intervenir poco, ella calificaba sus juicios y opiniones como erróneos, bajo el argumento de no tener contacto con el niño y nunca se haber involucrado en la relación con él; por lo que, señalaba, no lo conocía y no podía hablar de lo que le sucedía y necesitaba.

Al final se completaron datos de desarrollo y se les hizo la observación acerca de la necesidad que tenían como pareja de aclarar y resolver la infidelidad recién descubierta, así bien se enfatizó que más allá de sus problemas maritales se encontraba el interés y la preocupación por el niño.

Los resultados obtenidos en el periodo de evaluación fueron los siguientes:

El funcionamiento de la esfera cognitiva de Iván se encontraba dentro de los parámetros normales para los niños de su edad, sin encontrar dificultades relevantes; sus patrones de respuesta eran rígidos, lo cual limitaba su capacidad de comprensión y ejecución, mostraba una gran habilidad para las tareas donde se le proporcionaba un modelo para copiar o las instrucciones eran precisas; sin embargo para aquellas actividades menos estructuradas y donde pudieran estar implicadas sus emociones, el rendimiento era menor. En ese entonces existía rigidez tanto en su pensamiento como en sus emociones, presentaba mucha dificultad para manifestar lo que sentía, se enfocaba en juzgar lo que otros hacían; proporcionaba respuestas parcas y automáticas cuando se preguntaba acerca de él, siempre decía: "Yo bien" para eliminar la posibilidad de ser cuestionado de nuevo.

En términos generales, se podía apreciar que existía una adecuada estructuración del aparato psíquico, aunque el yo era muy débil y vulnerable, las defensas tenían la función de protegerlo de la angustia que generaba el medio. En el transcurso de las sesiones de evaluación, la madre se mostró más dispuesta y abierta a la intervención.

CASO 3. JIM (11 AÑOS)

El niño fue referido por la escuela ya que presentaba problemas de conducta. El ciclo escolar anterior estuvo a punto de ser expulsado ya que empujó a una niña por las escaleras; en palabras de la madre, al menor no le interesaba la escuela y

“era hiperactivo”. El padecimiento se remontaba a los primeros años escolares, por tal razón, desde segundo de Primaria comenzó a recibir atención en un centro de salud, donde ingresó al servicio de psicología y según refirió la madre, la propia psicóloga dijo que “no podía con él”, aunque le realizaron al menor una evaluación neurológica, la cual arrojó resultados normales. En CISAME fue diagnosticado con trastorno disocial y le enviaron Carbamazepina, la madre le administraba el medicamento con regularidad.

Se realizaron un par de entrevistas iniciales con la señora para elaborar la historia clínica de Jim; su padre nunca se presentó ya que, de acuerdo con el discurso de la madre, el señor “no creía en las terapias, era escéptico a cualquier tratamiento y no consideraba que la conducta del niño fuera un problema”. Aunado a esto, los padres se habían separado desde un mes antes, porque “existía otra mujer”; cuando la señora tocaba este tema de manera inevitable se le llenaban los ojos de lágrimas, sin embargo de inmediato trataba de reponerse. En esos momentos era más notorio que impostaba la voz y el volumen era más alto, de forma habitual terminaba con el argumento de que no le importaba y trataría de salir adelante sola; aunque en varias ocasiones se refirió a Jim como una carga muy difícil de sobrellevar.

Por lo regular la madre se mostraba autoritaria, con gran necesidad de imponerse a través de su postura corporal y tono de voz; la señora establecía la disciplina mediante golpes, amenazas e insultos a su hijo; se justificaba al decir se trataba de una manifestación del amor que le tenía y la preocupación que le causaba. Algunas frases utilizadas de manera recurrente por ella eran: “De mi cuenta corre que... (te castiguen, tengas un escarmiento)”; con las cuales amenazaba a su hijo y agregaba: “Le doy todo para que no desee las cosas”, “ojalá algún día valore lo que yo hago”.

En la evaluación se encontró que el funcionamiento en la esfera cognitiva se encontraba dentro de los parámetros normales para los niños de su edad, sin mostrar dificultades relevantes. En cuanto a los aspectos emocionales, existían sentimientos de inferioridad y timidez, la angustia era constante y se manifestaba mediante una descarga continua al hablar, saltos de un tema a otro; al igual que incapacidad para controlar su conducta. La relación con la madre era deficiente y agresiva, la cual angustiaba a Jim, mientras que el padre era una figura idealizada y ausente.

TRATAMIENTO

PACIENTE ASPECTOS GENERALES DE LA TERAPIA

Iván	45 sesiones terapéuticas totales, 2 veces por semana. como forma de trabajo se empleó un cajón de juguetes para el niño por considerarse conveniente por las características del paciente. Hubo una mejoría gradual, así como una disminución en las constantes faltas observadas en el periodo de evaluación, aunque durante una gran cantidad de sesiones se mantuvo la impuntualidad.
------	--

- Pavel** El trabajo con Pavel se realizó en un total de 38 sesiones, una vez por semana. Los padres fueron entrevistados en nueve ocasiones, quienes presentaron un mínimo de faltas y cuando éstas ocurrieron había una llamada previa para avisar. En un inicio la madre era la única encargada de llevar al niño; sin embargo, después el padre también se integró solo a esta actividad. En varias ocasiones ambos padres se presentaron juntos.
- Jim** Con este menor, hubieron un total de 29 sesiones, una vez por semana. La madre sola fue entrevistada cinco veces. Las faltas fueron muy esporádicas y, en términos generales, fueron muy puntuales a lo largo del tratamiento

Fase inicial

Al iniciar el proceso terapéutico, se había tenido una clara visión de la magnitud de la problemática de los pacientes. Hubo un reencuadre tanto con los padres (durante la entrega de resultados) como con los niños (en la primera sesión de terapia) para introducir el inicio del tratamiento. Para dar una visión de esta fase, se retomará la primera sesión y algunas características presentadas en las primeras reuniones de terapia.

Iván

El menor llegó a la sesión con 20 min de retraso. Traía una cortada en el cuello que le abarcaba casi la mitad de éste, al preguntarle qué le había pasado, su primera respuesta fue: “Nada”, ante la insistencia del terapeuta acerca de esta herida, comenzó a buscar (tocarse) en su hombro, se le aclara que es en su cuello, continúa la búsqueda en el hombro y observa su mano; la terapeuta toma su mano y la conduce a donde tiene la cortada, el niño dice: “Con un papalote” y describe el evento de manera vaga. De manera simultánea, en forma verbal ésta hace el recuento de lo sucedido con la finalidad de saber si había entendido bien y darle consistencia e integridad a lo sucedido (durante esta fase se tuvo que hacer lo mismo con todos los relatos de Iván), sin dejar que permaneciera como una serie de palabras inconexas, poco comprensibles (para quien lo escucha y para él mismo) sino como algo que tiene sentido y evitar con esto que después se confundiera con otros recuerdos.

El evento sucedió el fin de semana cuando el menor iba en su bicicleta y no vio el hilo de un papalote, sólo sintió el golpe que lo tiró de la bicicleta. Se le preguntó sobre el dolor que pudo haber sentido y dijo que no le había dolido; incluso al tocarse con fuerza decía que no le dolía. Al preguntarle si tampoco sentía dolor al bañarse, contestó que no. A pesar de que hacían por lo menos dos días de que había sucedido este percance y que la cortada era de una profundidad y largo considerables, el niño no contaba con curación alguna.

A lo largo de la sesión Iván exploró los juguetes que se encontraban dentro de una caja, mostró curiosidad por la existencia de otros fuera de ésta; la terapeuta le explicó que dentro de esa caja se encontraban los juguetes que sólo él podría utilizar, ya que ningún otro niño podía acceder a éstos. Como parte de su exploración aventaba los juguetes, al final tuvo que guardar todo donde se encontraba, lo cual le resultó muy difícil. Durante las primeras sesiones en gran medida se ocupaba en explorar los juguetes, aventarlos, destruirlos por descuido, al igual que no tenía precauciones con su propio cuerpo. En varias ocasiones, durante esta fase, elaboró víboras con plastilina o con bloques para armar, unió varios pedazos, con la intención de hacer una víbora que abarcara todo el piso del consultorio.

Durante esta fase el menor estuvo muy disperso y con muchos conflictos en la escuela. En una ocasión llegó con lentes ya que su madre lo había llevado a que le hicieran una prueba de la vista y determinaron que necesitaba anteojos, sin embargo parecía ver con dificultad cuando los utilizaba. De manera constante tomaba cosas de otras personas y eso le traía conflictos, la madre pensaba que el niño lo hacía a propósito y por ello lo calificaba como un robo; sin embargo, en realidad el niño tomaba las cosas y no diferenciaba aquello que le pertenecía de lo que no, mostraba gran confusión para identificar lo que había tomado de manera indebida y devolverlo al dueño (nunca sabía dónde lo había tomado y a quien le pertenecía).

Madre

En esta fase ella refirió que Iván se mostraba inquieto y difícil de controlar, situación contraria al aletargamiento observado en las primeras sesiones del periodo de evaluación; con serios problemas de conducta, lo cual atribuía a la falta de medicamento. A pesar de esto, fue posible establecer contacto con el niño y logró atender a algunas instrucciones que se le dieron. La conducta del menor producía mucha angustia en la madre, quien de manera constante pensaba que lo iban a expulsar de la escuela. En las entrevistas la señora se desbordaba, de igual manera que lo hacía en la escuela y con el niño. Durante la entrega de resultados se le proporcionaron instrucciones muy puntuales acerca las necesidades y el manejo del niño; como la importancia de establecimiento y respeto de reglas, el menor no podía asumir el papel de un adulto y cuidar a su hermanita, así también existían actividades en las que no se podría involucrar; el tipo de castigos que se tenían que establecer no podían implicar agresiones físicas, como dejarlo sin comer o pegarle; sin embargo, manifestaba tener dificultades para aplicar los cambios. La madre se mostró interesada y atenta a las sugerencias, así como en encontrar la manera de ayudar a su hijo; a pesar de ello, se vio rebasada tanto por las difíciles condiciones en que vivían, por la carencia de recursos emocionales, así como por la desorganización que se podía observar en ella. Las faltas y los retardos fueron frecuentes, debido a que ella se quedaba dormida o se le olvidaba del día en que debía llevar al niño a terapia.

Pavel

Pavel se presentó puntual a la terapia acompañado por su madre. Mientras la terapeuta realiza el reencuadre, el niño escucha con atención y asentía; después comentó que llevaba muchos juguetes; le preguntó si podía mostrarle sus muñecos, al decirle ésta que sí, el niño sacó varios *transformers* y un hombre araña, los cuales había llevado al consultorio durante la fase de evaluación; en varias ocasiones ya había mencionado que eran sus juguetes favoritos.

Se le preguntó quién se los había comprado y con tono de voz bajo dijo que su papá se los habían dado en el trabajo. Al preguntarle a qué acostumbraba jugar con ellos, dijo que a organizar batallas entre el hombre araña y los *transformers*, con los cuales armaba un solo robot grande, casi del tamaño del hombre araña. Ante la pregunta de qué le gustaría hacer con ellos ese día, mostró las armas de los robots, la manera en que cambian de robot a coche o avión y cómo se podía mover el hombre araña. Algunas sesiones adelante, este gusto por los *transformers* fue interpretado como el deseo del niño por transformarse él mismo y poder permitirse ser todo aquello que se encontraba dentro de sí, pero no se permitía mostrar.

Le cuenta a la terapeuta que algunos de esos *transformers* se los habían regalado los Reyes Magos y que ese año le habían traído piezas para armar (como los bloques que utilizó durante la evaluación en el consultorio; en esa época, Pavel pedía a su mamá que le comprara los juguetes que le gustaban del consultorio, la señora accedía con algo de molestia ya que decía que jugaba un rato con ellos y terminaban abandonados. Este deseo del niño fue interpretado como la necesidad de llevarse algo de lo que éste sentía cuando se encontraba en el espacio terapéutico, como si el juguete por sí mismo fuera **divertido** o lo ayudara a no aburrirse, a sentirse mejor; sin embargo, lo que buscaba era relacionarse consigo mismo y con los demás de una manera diferente.

Después dijo querer un *playstation* y la terapeuta le comentó al respecto: "Me imagino que debes estar muy contento porque quieres un *playstation* para no depender de tu primo para que se lo preste", el niño afirmó pero señaló sólo tener un juego original (*Crash Bandicut*) y varios **piratas**, pero que algunos "no corrían" a pesar de tener también una tarjeta de memoria.

La terapeuta le preguntó si le gustaron sus regalos y dijo que sí, pero que su primo tenía más juegos y no se los prestaba; después hizo algunas muecas y comentarios como los de su primo y dijo: "Así le hace él". Al señalarle que así como habían cosas que su primo tenía y que a él le gustaría tener, quizá también le gustaría ser como él; ante ello respondió: "Pues no siempre"; se le preguntó que cuándo sí y dijo que a su primo se le ocurrían cosas chistosas y no se aburría., Se le preguntó si él se aburría y asintió.

Más adelante dijo querer las piezas para armar, se levantó y las tomó mientras observaba todos los juguetes. Al ver las plastilinas, papeles y colores señaló que parecía una papelería, que en su escuela tenían hojas y colores en un armario igual; continuó observándola revisión y dijo que los juguetes de las niñas eran aburridos; al preguntarle por qué dijo: "Tienen muñequitas y cosas aburridas", después comenzó

a reír. Más tarde preguntó si las niñas usaban también las piezas de armar, la terapeuta le dice: “Algunas niñas sí lo hacen”, el menor vuelve a preguntar si ellas usan los carritos y se le dice que algunas sí.

El niño entonces cuenta que una niña de su salón juega con carritos y que había otra niña que lo molestaba. La terapeuta le preguntó qué había pasado e Iván dice no recordarlo; ella le preguntó que había hecho él y dijo: “No lo recuerdo, porque a veces se me olvidan las cosas, incluso se me olvida lavarme las manos, bañarme, comer o ir al baño”. La terapeuta le preguntó que cómo era posible que olvidara comer o ir al baño, porque eso es algo que se sentía en el cuerpo y que le parecía difícil que se le olvidara; el niño le dice que no sabía, a veces se le olvidaba. Al hacer el cierre de la sesión, ambos guardaron los juguetes, mientras tanto el menor le pregunta si tiene hijos, ella contesta: ¿Qué te imaginas?, Iván responde que sí; luego le preguntó que hacían otros niños cuando iban ahí, ella le respondió que cada niño hacía algo distinto, lo que a cada quien se le ocurría.

Padres

La madre era la encargada principal de llevar al niño e involucrarse en el proceso terapéutico. En esta etapa, la señora se mostraba más confiada y menos resistente, con mayor apertura a escuchar y comentar situaciones. El padre cobraba un papel más activo, durante las entrevistas la señora le permitía hablar y lo escuchaba, expresaba sus desacuerdos de manera más respetuosa. Aún se observaban discrepancias importantes para modificar sus actitudes y entablar una dinámica diferente, sin embargo se podían observar graduales cambios.

Jím

El menor se presentó puntual acompañado por su madre; se realizó el encuadre terapéutico. Para responder las preguntas, por momentos Jim se escondía y metía la cabeza dentro de su chamarra, subía la gorra y cambiaba un poco la voz. Cuando la terapeuta le dice que así no lo escuchaba, el niño asomó la cabeza y dijo ser el ‘monstruo de Heiss’ quien respondía, una buena parte de la sesión jugó con esto. Al preguntarle cómo era ese monstruo, contestó que era su amigo, quería mucho a Jim pero espantaba a toda la gente, tenía muchas novias y un hermano gemelo. La terapeuta le contestó que le parecía que tenía algunas características en común con su papá, por ejemplo, tener un hermano gemelo y querer mucho a Jim; éste buscó cambiar de tema, ella continúa y le dice que quizá algunas cosas que tiene ese monstruo le gustaría tenerlas él, Jim contestó: “Sí, como un hermano gemelo”, y quizá eran cosas parecidas a las de su papá, que a él le gustaría tener para sentirse más cerca de él; el niño respondió “ni tanto”, se le preguntó entonces porqué y respondió: “Nada más”.

Al finalizar la sesión, la señora mencionó tener algunas dudas por lo que solicitó hablar de ellas con la terapeuta; ésta le preguntó a Jim si quería estar presente o

prefería esperar; el niño quiso saber si él tenía que estar presente, como se le permite decidir, en un primer momento opta por quedarse afuera; sin embargo, cuando se le pidió a la señora entrar al consultorio, el niño dijo: “Ay, mejor sí paso”. La señora se sentó frente al escritorio y Jim escogió una silla lejana. Ella quería saber si era muy necesario que el niño continuara con el medicamento que la paidopsiquiatra le había enviado ya que se le había terminado y no le quisieron surtir la receta, además de que era muy caro.

La madre comenzó a llorar y dijo que el papá de Jim ya no le daba dinero para los gastos del niño, además de que su hijo mayor había tenido un problema en el trabajo por lo que ahora no trabajaba, tuvo que pagar 40 mil pesos que la señora consiguió y ahora tenía esa deuda. Jim había permanecido sentado con un juego, al ver que su madre lloraba volteó hacia arriba y suspiró.

La terapeuta informa a la señora que mientras que la paidopsiquiatra no le indique que deje de tomar el medicamento, debe continuar y que esa pregunta debía plantearse a ella. La señora asiente y dice que espera que algún día Jim se dé cuenta de todo este esfuerzo y lo aprecie; la terapeuta le responde que Jim ya se da cuenta porque ahora la escucha y la valora y por ello asistía a sus terapias. Aquí, la señora, con un tono de incredulidad, repite que espera de verdad lo haga.

Madre

Era una mujer autoritaria, agresiva, aún cuando se le había dicho que lo más conveniente era comenzar a dialogar con Jim en lugar de pegarle, ya que con los golpes e insultos lo lastimaba y le quitaba confianza; en varias ocasiones confesó “ahora sí me sacó de mis casillas, le pegué hasta que ya no pude, a ver si así entiende”. La actitud de la señora era de un gran descontento por el momento en el que se encontraba, la reciente separación de su esposo y el sentimiento de que llevaba toda la responsabilidad de la casa. Siempre se dirigía hacia Jim de manera impositiva, le recriminaba lo que ella le otorgaba y se expresaba como si él fuera un “malagradecido”. Debido a que el niño era el único **puente** que la unía a su esposo, en él depositaba gran parte del rencor y resentimiento que no podía descargar con su marido. Así también, al ser el hijo menor y el único que había logrado concebir, tenía sentimientos encontrados, el deseo de no desprenderse de él y tener que **cargar** el resto de su vida con él, pero al mismo tiempo quería verlo fuerte y que asumiera un papel más activo, como “el hombre de la casa”.

Fase intermedia

Iván

Durante las sesiones de esta etapa se presentaron temas repetitivos; debido a que se observaban dificultades en la organización del pensamiento del menor. Gran

parte de las intervenciones consistían en señalamientos que esclarecían el origen de ciertos acontecimientos o el rol que el niño tenía dentro de la familia, se establecieron reglas y algunas prohibiciones (como manifestarle que existían cosas que Iván no podía hacer, como manejar el auto de su mamá, fumar y ser papá; éstas eran algunas inquietudes del niño, de las cuales se refería como actos posibles a su edad); así también era importante lograr la integración del yo, que abarcaba desde el reconocimiento y diferenciación de su cuerpo, así como las sensaciones (por ej., dolor) que le pertenecían, conocer y diferenciar los límites de la piel. La mayor parte de los juegos eran de destrucción, la cual consistía en aventar los juguetes para tratar de romperlos, aventarlos por la coladera o a la taza del baño; o encerrarse en el baño con la luz apagada, desde donde pedía que le hiciera llegar los juguetes (palitos chinos, carritos de juguete, canicas) por debajo de la puerta. En un principio los tiraba con fuerza para regresarlos, después comenzó a construir una barrera que impedía que los juguetes entraran; este segundo paso fue interpretado como la creciente construcción de un yo capaz de mediar y protegerse de los ataques del medio.

La agresión manifestada a través del trato a los juguetes era entendida como la necesidad de expulsión de su propia agresión, como parte de una fantasía inconsciente de aniquilamiento y desmembramiento que resultaba tan amenazante que requería ser expulsada. Aún en este momento no existía el deseo de reparación. En esta fase hubo un cambio de consultorio, en varias ocasiones hizo referencia al espacio anterior e incluso, en cierto momento, fue necesario regresar a éste ya que se consideró importante que los referentes en el mundo externo, pudieran ser organizados igual que en la realidad psíquica del niño. Así también él comenzó a interesarse por el uso del reloj y el calendario, con lo cual fue posible lograr la organización del tiempo. Estas intervenciones estaban dirigidas a apelar al juicio de realidad que permitiría diferenciar entre ésta y la fantasía.

Madre

En esta etapa la madre refería mejorías en el niño, los reportes en la escuela habían disminuido mucho, se observaba mayor coherencia y control sobre sus actos, tanto en casa como en la escuela. El punto de confrontación entre ellos radicaba en la creciente capacidad de Iván para distinguir entre la realidad y la fantasía, entre las reglas y prohibiciones que se establecían y la madre solía violentar. Por ejemplo, al niño se le había dicho que era importante que no hablara con extraños ya que eso podía ser peligroso.

En un intento de la terapeuta para que el menor pudiera diferenciar entre los distintos niveles de relación entre personas cercanas con quienes podía establecer una mayor intimidad y confianza, de aquellas que no eran conocidas. Cuando la madre le permitía a desconocidos (personas que iban en el microbús o el camión), cargar a la hermanita de Iván, el niño respondía con mucho enojo y le decía a su madre que esto no era correcto y era peligroso.

Así también, al trabajar los miedos del niño (a los lobos, fantasmas, extra-terrestres), se diferenció entre lo real y lo imaginario. La madre tenía un fuerte

pensamiento mágico, por lo que en su casa solían circular historias fantásticas que eran avaladas por ella. Ante la confrontación que hacía el niño, la madre no sabía cómo responder, por lo que en varias entrevistas se le explicó la importancia de la congruencia que debería presentar ante el niño, lo cual implicaba que ella debería asumir ciertas reglas y respetarlas.

Pavel

Con este menor el proceso fue lento, ya que en un principio mostraba dificultad para manifestar sus sentimientos. En esta fase de manera gradual Pavel logró jugar y expresar sus temores, sentimientos y emociones. Uno de los temas más importantes de los que se habló fue la muerte, debido a que se presentó de manera recurrente en varias sesiones tanto en el juego como en ciertas fantasías que podían ser capturadas a través del discurso, se trabajó sobre la presencia latente de la muerte en la vida del niño y todo lo que ella implicaba. Después de abrir este tema, se presentó la necesidad de hablar acerca de las cosas que el niño percibía que sucedían tanto en su vida como en la de sus padres y que no habían sido tratadas de manera abierta (como las desavenencias entre los padres, una separación, la infidelidad del padre, la enfermedad del niño y el temor parental a la muerte), ya que siempre se había mantenido oculto por mentiras y silencios.

En esta fase también se observó la aparición de la rivalidad con su padre, mantenida por un constante reproche por la manera en que realizaba las cosas y porque representaba la autoridad en su casa. Cuando él se presentaba, Pavel tenía que ceder en cosas que le gustaban (como ver la T.V., hacer “lo que quisiera”, desocupar la cama grande, irse a su cuarto y sobre todo, dejar de ser el centro de atención de su madre). De esta manera, el conflicto edípico comenzaba a reavivarse, a tomar la vitalidad que había perdido y a abrir la posibilidad de resolver de manera más favorable.

Padres

En cuestiones de conducta el niño había mejorado tanto en la casa como en la escuela, ya no se presentaban los arranques de agresividad, aunque todavía rivalizaba con las figuras de autoridad. El menor mostraba una mayor capacidad para expresar sus sentimientos y necesidades, la señora decía que el niño estaba muy “exagerado” ya que ante cualquier situación que lo molestaba, le decía a su madre que eso no le gustaba y que se sentía mal, a lo que los padres respondían para minimizar el incidente y reprocharle su “incapacidad para controlar sus emociones”. A ambos padres se les hizo ver la importancia de las emociones y la expresión de las mismas, se les señaló que ellos mismos habían contenido y reservado sus temores, enojos por mucho tiempo y se permitían pocos momentos de disfrute, como si con frecuencia buscaran castigarse por todo lo que les había sucedido. Ambos aceptaron que era difícil pensar en todo eso y que preferían no darle importancia ya que nada de eso iba a cambiar. Se les enfatizó que al no hablarlo, mediante su forma de interactuar y comportarse, dejaban ver todo

aquello que no manifestaban con palabras. Los padres se sentían culpables con el niño y esto les dificultaba contenerlo cuando él expresaba sus emociones. Se habló en diversos momentos acerca del origen y repercusión de los sentimientos de culpa.

Jim

En esta fase del tratamiento, el menor lograba identificar y controlar su enojo, comenzó a mencionar de manera recurrente el tema de las **luchas** que veía por TV; su personaje favorito era llamado **HHH, asesino cerebral**; trataba de identificarse con él y de tener la misma fuerza física para justificar su manera de remediar los problemas a través de los golpes. Resultaba difícil abordar temas personales de manera directa, ya que siempre negaba dificultades y hacía como que no escuchaba, sin embargo de manera paulatina su reacción ante los señalamientos e interpretaciones comenzó a ser una sonrisa seguida de un comentario como “ánde, usted si sabe” o con preguntar sorprendido: “¿Cómo supo?”.

Los temas con los que se encontraba relacionado su enojo era la reciente separación de sus padres, la descarga de enojo que su madre hacía sobre él y el constante temor a la muerte. En cierta ocasión Jim comentó que cuando tenía 7 años, su mamá le había pegado tan fuerte que pensó “ya me mató”; se encontraba latente un temor de que su madre pudiera acabar con su vida, al igual que los embarazos previos de su madre, los cuales habían terminado en abortos.

En la medida en la cual el menor logró asimilar y hablar de aquellas cosas que le disgustaban, comenzó a responsabilizarse por sus actos, poco a poco dejó de estar a la expectativa de lo que su madre decía que le sucedía y comenzó a tener un discurso propio; tuvo así, la posibilidad de elegir y evaluar sus acciones. En este periodo tomó un trabajo durante las vacaciones, sus aspiraciones eran tener mucho dinero para comprar cosas y tener una esposa cuando fuera más grande. Se podía observar cierto empuje para entrar en la adolescencia, sin embargo muchas veces se veía paralizado por el sentimiento de que no podría asumir responsabilidades, ni llevar una vida con una esposa, así como ser un hombre trabajador.

Madre

Si bien la señora era puntual para asistir a las sesiones, mostraba una actitud de omnipotencia, donde ella no parecía en realidad estar dispuesta a realizar modificaciones en la relación con su hijo. Con frecuencia hacía comentarios como “ya no aguanto a este niño, me desquicia, le tuve que pegar, lo amenacé con quemarle las manos y se lo voy a cumplir, le metí una golpiza porque se la ganó”. Aunque en términos ideales la expectativa sería trabajar con la madre para que cambiara la manera de dirigirse a su hijo, la realidad demostraba que ella no podía controlar ciertas actitudes hacia su hijo y que la voluntad no era suficiente para cambiarlas, pero tampoco estaba dispuesta a entrar en tratamiento, comentaba: “Yo sé que lo necesito pero no quiero que se metan conmigo, es mi vida y así está bien, yo traigo a

Jim para que lo ayuden a él”; por lo que, al considerar que el niño contaba con ciertos recursos para hacer frente a la situación en casa, la terapeuta continuó el trabajo terapéutico con él, con un enfoque en esta dinámica que establecía con su madre.

Fase final

Se consideró realizar el cierre del proceso psicoterapéutico, en función de dos aspectos principales. Por una parte se encontraba la notable mejoría de los pacientes, considerado así por los reportes emitidos por los maestros en la escuela, en los que manifestaban una mejora en la conducta dentro de la escuela, así como en su capacidad para relacionarse con los compañeros; los reportes de los padres y la propia percepción de la terapeuta sobre los avances obtenidos. Por otra parte, se acercaba el término de la estancia de ésta en el Centro de Salud Mental. Debe señalarse que al término de su maestría la autora continuó el trabajo terapéutico dentro de la institución con los tres pacientes que aquí se mencionan durante 6 meses más, ya que consideró que el proceso terapéutico tenía que ser un poco más prolongado. Al finalizar este periodo, se les mencionó a los padres que aún cuando los niños tenían notables mejorías y se consideraban alcanzados los objetivos iniciales, no se trataba de todo el trabajo que se podía realizar con ellos; se resaltaron los aspectos que debían trabajarse con mayor profundidad. Con esto se abría la posibilidad de que en otro momento se retomara el proceso, con la autora de este reporte o con algún otro terapeuta.

Iván

En esta etapa, predominó la expulsión de la agresividad del menor durante el juego; éste aventaba, rompía y destruía objetos, aunque para ese momento ya existían algunas posibilidades de reparación. Cuando se le comenzó a anunciar el fin del tratamiento, Iván reaccionó con defensas propias de la posición depresiva descrita por Klein (1946); es decir, manifestaba sentimientos de culpa, lo cual permitió que se trabajara en función de que percibiera que sus actos no podrían destruir la permanencia de los objetos en el afuera (vencer la culpa y los restos de omnipotencia), ya que este periodo se terminaba porque habían logrado muchas cosas y se consideraba que él tendría la fortaleza para enfrentarse solo a lo que sucedía afuera.

También había circunstancias relacionadas con la posibilidad de la terapeuta para seguir como trabajadora del centro. Iván comprendió los hechos, sin embargo el cierre de la terapia removió las pérdidas del niño y su manera de haberlas asimilado; por ejemplo, la muerte de su bisabuelo (a quien llamaba papá), la separación de su padre e incluso la poca posibilidad por parte de su madre de cuidarlo y protegerlo. Se presentó un juego repetitivo que consistía en construir un cubo, el cual era revestido de almohadas y cojines, Iván se metía en él para comer algunos dulces o utilizar los juguetes del consultorio. La terapeuta le pedía que cerrara el cubo y le

diera vueltas. Este juego se interpretaba como la necesidad de sentirse protegido, satisfecho y contento (tal como un bebé en el vientre de su madre), así también, para él esto significaba un lazo con su mamá y también con la terapeuta; con lo cual trataba de reparar la pérdida simbólica de ambas.

En varias ocasiones, Iván manifestó su deseo de no concluir el proceso, con frecuencia preguntaba “¿en qué consultorio vas a estar?” y antes de que se le diera alguna respuesta, agregaba “sí, podemos llegar ¿es en otro piso?, yo conozco hasta el sótano” (del edificio en que lo atendía). La autora debe reconocer que por su parte, existía también el deseo de continuar, sin embargo, se realizó el cierre con énfasis en los alcances obtenidos. Los mayores logros observados en Iván fueron la creciente integración del yo, el predominio del proceso secundario y con ello su capacidad para diferenciar los objetos reales de los fantaseados; el manejo adecuado de la temporalidad y especialidad, la capacidad para entender y expresar sus ideas, la identificación de sus emociones y la capacidad de hacerse consciente y responsable de sus actos, con ello, dejar de vivir en un continuo *acting out*.

Madre

La desorganización de la madre continuó, aunque ya mostraba la capacidad de asimilar y respetar ciertas reglas, así también se mostraba menos angustiada, lo que le permitía relacionarse de mejor manera con el niño. Aunque sus condiciones de vida continuaban difíciles, la señora lograba hacer frente a las dificultades económicas sin involucrar al niño. Se le reiteró la sugerencia de que ella iniciara un proceso terapéutico, a lo que en apariencia accedió, sin embargo poco tiempo después comentó que la psicóloga que la había recibido no había encontrado motivos para trabajar con ella, así es que lo había dejado abierto a alguna entrevista cuando lo requiriera.

Pavel

Al anunciarle el cierre del tratamiento, Pavel expresó sus deseos de continuar la terapia porque quería “seguir entendiendo cosas”, se estableció que el proceso terminaba porque se habían logrado ciertos objetivos, así como por disposiciones de tiempo y espacio, además de que se consideraba que el niño sería capaz de enfrentar los sucesos externos. A partir del anuncio del cierre, el menor comenzó a hacer un recuento de las cosas habladas, así como de todo aquello que había utilizado en el consultorio. La última sesión llevó dos álbumes elaborados por él, ambos contenían historietas que debían ser completadas a través de las estampas que él se encargaría de elaborar. Sin embargo los avances más significativos observados en Pavel eran: la capacidad de reconocer, hablar y enfrentar una serie de acontecimientos que aún cuando fueran poco placenteros, podían ser hablados y mencionados sin dificultad; así como la capacidad para expresar sus sentimientos y emociones sin tener que utilizar una coraza que lo defendiera del mundo ya que lo rigidizaba y no le permitía

lograr un intercambio con el entorno, ya que sólo contenía las emociones y temores, lo cual le dejaba pocos espacios disponibles para expresarse.

Padres

A estas alturas habían aceptado muchas de las sugerencias otorgadas. Por una parte, la madre había dado paso de manera más contundente a la voz paterna, las reglas se establecían con claridad y el niño había sido excluido del medio de la relación con los padres; aunque esto le causaba frustración, por otra parte se sentía más tranquilo de no encontrarse inmerso en esta dinámica.

Jím

En el caso de Jim, el anuncio del cierre del tratamiento fue muy breve ya que durante las vacaciones de verano hubo una interrupción debido a que el padre del niño no llevó de vacaciones, más tarde hubo dificultades para continuar el trabajo debido a que Jim no podía asistir ya que su reciente entrada a la secundaria le impedía que autorizaran su salida de la escuela. Sin embargo, se lograron conciliar un par de sesiones con la finalidad de realizar el cierre; los logros obtenidos se relacionaban con su capacidad para controlar su conducta, se presentaban relaciones adecuadas con los compañeros, en la escuela mostraba un buen desempeño. Durante el cierre Jim preguntaba de manera recurrente “¿Si me porto mal puedo regresar?”, a lo que se le decía que no tenía que portarse mal para volver y en caso de que quisiera platicar o compartir algo, podría hacerlo pero sería bueno que las condiciones fueran más favorables. En general se mostraba renuente a terminar el tratamiento, parecía dudar en gran medida de sus habilidades y la capacidad para enfrentarse a los cambios y las situaciones de la vida.

Madre

La señora refería hacer esfuerzos por no agredir de manera física y verbal a Jim; aunque parecía que no lograba evitar menospreciar los esfuerzos y logros del menor, cuando se le reconocía al niño que había cambiado en varias cosas, ella decía, “pues a ver cuánto le dura”, se le señalaba a la madre que esto constituía una agresión muy importante hacia su hijo, a lo que la señora intentaba justificarse con el argumento: “Es que si viera todo lo que he sufrido por él”.

La relación con el padre del niño era ocasional, la señora concebía a Jim en términos utilitarios, en la medida que le sirviera para mantener cerca al padre, en una ocasión refirió sentirse “traicionada” porque Jim no le contaba lo que hacía su papá y mencionó que era “mentiroso”, ya que le contaba que su padre no tenía otra mujer, mientras que a ella le constaba que sí la tenía.

Cuadro 8-1. Actitud de los padres al término del tratamiento	
Paciente	Actitud de los padres/ fase final
Iván	La madre se apegó a las indicaciones realizadas durante el tratamiento. Aun cuando las faltas fueron frecuentes, ella avisaba cuando no podía presentarse. La relación con el niño presentó mejorías, aunque ella mantuvo un pensamiento mágico de manera predominante, lo cual resultaba muy confuso para el niño. La madre intenta proveer al menor de experiencias fuera del ámbito familiar (clases de natación y relación con la familia paterna). Logra instaurar límites y reglas dentro de la casa, así también ella se apega a las reglas
Pavel	Dispuestos, interesados en cooperar. Abiertos a las sugerencias, activos. Mostraron confianza al tratamiento, se realizaron modificaciones a nivel familiar que ayudaron a ubicar al niño en su relación con la familia
Jím	El padre no creía en la terapia y no se involucró en ella; la madre mantuvo una actitud muy dominante. La relación entre los padres no era favorable, sin embargo, la madre logró respetar límites, entre ellos, los que posibilitan la existencia de un espacio para que Jím comience a responsabilizarse y acatar lo que se le solicita

Acerca de las características de los padres

Iván

En un principio la señora se encontraba muy angustiada y dicha angustia resultaba difícil de contener. Predominaban en ella mecanismos defensivos tendientes a la proyección y aparentaba no contar con la capacidad para introyectar y por ende, escuchar indicaciones. En casa no existía un buen manejo de la dinámica familiar, ya que la madre (quien era el único adulto en la casa) no se había encargado de establecer reglas, había dificultades en la separación; sin embargo, la madre era muy ambivalente y la dinámica era confusa, ya que por una parte a Iván se le trataba como un bebé (desde hechos concretos como bañarlo en la tina de bebé), pero para otras cosas se le trataba como adulto, quien debía ejercer funciones de padre y cuidador de su hermana pequeña.

El encuadre terapéutico ayudó en gran medida a reglamentar las relaciones entre ellos. Por una parte, Iván tenía que ser ubicado en el lugar de hijo, por lo que se le hizo mención de esto a la madre en varios momentos durante el proceso psicoterapéutico de su hijo; ella no se oponía a las indicaciones, sin embargo dentro de su discurso y en sus actos reflejaba que Iván estaba ubicado en el lugar de padre de familia. Una vez que fue comprendido el sitio en que se tenía que ubicar y la importancia de esto, se comenzaron a instaurar límites que tenían que ser aplicados a la casa; por ejemplo, la madre no podría dejar que Iván permaneciera solo en casa y al cuidado de su hermana, ya que en las condiciones en las cuales se encontraba el menor resultaban de sumo peligro para ambos. Fue necesario establecer de forma puntual y concreta gran cantidad de límites, desde los más obvios y concretos, hasta los que

se referían a la prohibición del incesto; primero se explicaron a la madre y se le dio seguimiento para ayudarla a instaurarlos, ya que su incapacidad para respetarlos tenían más relación con una desorganización patológica, que con una perversión. Todas estas modificaciones permitieron que Iván contara con un ambiente más propicio para su sano desarrollo.

Pavel

En un principio el discurso de la madre se enfocó en fundamentar y justificar su escepticismo hacia la terapia, sin embargo parecía que el eje de esta actitud se encontraba en la negativa a encontrar una persona que terciara en la relación con su hijo. De manera reiterada hablaba de la infidelidad del esposo como una traición de alguien que se encontraba cercana a su vida y de quien no sospechaba. Quizá por la cercanía del evento, mostraba un considerable monto de angustia porque la terapeuta le quitara a su hijo y él la traicionara con ésta. Tras la presencia del padre y el transcurso de las sesiones, así como la apertura que se mantuvo para despejar dudas y detectar las situaciones que les generaban angustia, se comenzó a trabajar con la creciente disposición de los padres.

El padre anhelaba posicionarse dentro de la familia, su queja se centraba en que quedaba excluido y su voz no tenía resonancia; la madre justificaba dicha exclusión al tomar como argumentos centrales la sugerencia de que ella abortara; más tarde, se dio un distanciamiento durante la extirpación del testículo de su hijo y por último, el hecho de la infidelidad. Conforme se tuvieron entrevistas con ellos, se hizo hincapié para que pudieran observar de manera nítida que debían concentrarse en Pavel, antes que contemplar sus conflictos como pareja, entonces el niño se convertía en el lazo que los unía, pero también los separaba; lo cual era una gran carga para Pavel.

De manera gradual el niño comenzó a ser ubicado en un lugar diferente. Los padres compartían actividades y defendían su intimidad; esto le provocaba celos al niño, quien empezó a rivalizar con su padre. En este nuevo momento fue muy importante tocar el tema con los padres, ya que la reacción del padre era agresiva (quien le pegaba o castigaba de manera severa a Pavel) y la madre entraba en conflicto con él por defender al niño. Ante tales discusiones, el menor se mostraba complacido ya que su mamá lo defendía, prefería, a él. De nuevo, los padres lograron ubicar que el lugar de su hijo se ubicaba fuera de la relación de ellos y tratarían de tomar acuerdos para no caer en esta dinámica. Los padres lograron consolidarse como pareja y el niño asumió el lugar que le correspondía.

Jím

Desde un principio la postura de la madre era muy clara, ella no quería ser cuestionada. Llevaba a su hijo a terapia para que le ayudaran con las cosas que ella no podía lidiar, en busca de cambios muy específicos. El padre se encontraba ausente, tanto

del ámbito familiar como en el espacio terapéutico. Se tomó el caso, aún cuando se observaban estas características ya que se pensaba que como parte del proceso se podría hacer hincapié en el establecimiento y respeto de límites bien definidos, que logran frenar las imposiciones de la madre.

Desde el inicio la señora respetó ciertas reglas (relacionadas con la puntualidad y asistencia), sin embargo había una fuerte incapacidad por instaurar límites y reglas congruentes al interior de la familia que incluyeran el respeto por su propio hijo, y omitieran las agresiones, físicas, verbales y simbólicas. Conforme avanzó el proceso terapéutico, ella reconoció su injerencia en el sostenimiento del problema de su hijo, así como la ambivalencia que encerraba la preocupación de que este jamás cambiara. De esta manera, lo mantenía como un niño dependiente, a quien tenía que cuidar, además, representaba el lazo que la unía a su esposo y por otro lado, era una carga, casi como un castigo; quizá por haber deseado tanto un hijo, que más bien constituía la ausencia del hijo idealizado después de cada aborto, ya que le mostraba que Jim, por el que había sacrificado y sufrido tanto, era un ser humano que hacía ciertos esfuerzos por no someterse a su deseo y por lo tanto no lograba satisfacerla.

En forma gradual se volvió más nítido tanto para ella como para Jim, que el deseo de la madre se ubicaba en el padre y Jim era la herramienta para aproximarlos; en la medida que esto se esclareció, el menor tuvo mayor espacio para moverse fuera del discurso y pensar de la madre, así bien, aunque ella no se encontró plenamente satisfecha por este hecho, resultaba reconfortante pensar que su hijo podría crecer con cierta independencia, y ella aspirar a un lugar distinto.

CONCLUSIONES

Como lo ilustran los casos aquí presentados, la psicoterapia infantil requiere proporcionar un lugar al niño, al significado de su padecimiento, de igual manera que a sus padres, comprender sus conflictivas, sus recursos y las habilidades para relacionarse con su hijo.

Los casos que se presentaron mostraron a niños que cursaban por tres momentos distintos de desarrollo, aunque en la superficie el motivo de consulta era el mismo y los diagnósticos realizados por la paidopsiquiatra, en dos casos fueron iguales. Las características de los niños muestran deficiencias muy diversas y de ahí, la psicoterapia cobra objetivos y perspectivas diferentes. Así también, las conflictivas y recursos de los padres son diversos, aunque sostienen como común denominador la ausencia de la figura paterna, en niños que requiere un varón con quien identificarse y que logre sostener un sistema de reglas y normas dentro del circuito familiar.

En dos casos, las madres no tenían pareja amorosa, la relación de pareja transitaba por una ruptura debido a infidelidad por parte del varón. Todas estas conflictivas afectaban el posicionamiento de los niños en sus respectivas familias, quienes había perdido su lugar de niños, ya que no se les brindan las condiciones de cuidado (en algunos casos desde el bienestar físico, en algunas otras afectan el bienestar

emocional), sin lograr proporcionarles la seguridad que los niños requieren para desarrollarse con plenitud.

Así también, los padres, al verse replegados por diversas causas, dejaban un vacío en la vida de los niños. Desde dónde puede un niño identificarse con los varones y asumirse como tal, para ocupar dicho lugar frente al mundo y llegar a la adultez cuando el padre ha dejado un lugar vacío y la madre no logra generar el autocontrol de sus emociones, ni metabolizar su enojo contra los varones para asignar una posición de respeto y admiración hacia dicho lugar.

Como es posible observar, el trabajo psicoterapéutico con niños cobra una mayor complejidad ya que se trabaja en dos niveles: en primera instancia con el niño, al considerarse sus necesidades, recursos, deseos y conflictos; y en segundo lugar, con los padres, para que lleguen a comprender sus recursos, conflictos, deseos, habilidades y carencias, y se traten de generar las condiciones que permitan la vinculación entre los padres y sus hijos.

Palacio (2000) menciona que para acceder a la parentalidad, se requiere lograr lo que denomina un **duelo del desarrollo** por parte de los padres, que por una parte les permita renunciar al lugar que ocupaban como hijos frente a sus padres y por otro lado, logren movilizar las identificaciones (positivas y negativas) con sus propios padres, a fin de asumir el rol de padres para su hijo.

La autora considera que la propuesta de Palacio brinda una gran aportación, sin embargo para determinar los objetivos del trabajo con ellos durante la intervención con los niños, también es importante tomar en cuenta los recursos intelectuales y emocionales de los padres, así como sus características de personalidad.

Aunque el espacio terapéutico puede ayudar al niño a desarrollar y reconocer habilidades para enfrentar el mundo; también es importante determinar los alcances de los padres al momento de la intervención, qué modificaciones pueden llevar a cabo, y qué habilidades pueden adquirir para mejorar su función parental.

El proceso psicoterapéutico, ofrece la oportunidad de que tanto los padres como el niño, comprendan que tras la desaparición de un síntoma, es necesario continuar con el trabajo de consolidación de mejores formas de vida, de relación con el otro y consigo mismos. El proceso de desarrollo ofrece la oportunidad de crecer y potenciar las capacidades individuales, tanto de padres como de hijos. No se puede considerar un alta de la terapia, como un punto final al desarrollo personal, más bien tendría que ser comprendido sólo como el fin del apoyo terapéutico, pero la continuación del crecimiento tanto de padres como hijos, en donde se acompañen y escuchen de manera mutua.

REFERENCIAS

- Bleichmar, S. Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños
 En A.M. Sigal (1995) *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
 Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. España: Paidós.

- Doltó, F. (1987). *Seminario de psicoanálisis de niños 2*. México: Siglo XXI.
- García, G. *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. En A.M. Sigal, (1995). Buenos Aires: Lugar Editorial:
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International journal of psychoanalysis*, 27(Pt 3-4), 99.
- Palacio, F. Las psicoterapias padres-hijos. En C.Geissman y D.Houzel, (2000). *El niño, sus padres y el psicoanalista*. España: Síntesis.
- Sigal, A.M. La constitución del sujeto y el lugar de los padres en el psicoanálisis de niños. En A.M. Sigal, (1995). *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Capítulo 9

Uso del arte como herramienta de intervención ante la exposición a la violencia familiar

Laura Gil Rodríguez

La violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (2002) como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. A su vez, la violencia familiar, es considerada como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida por lo general a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos (OMS, 2002).

En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011), revela que 46.1% del total de mujeres encuestadas de más de 15 años ha vivido algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal (INEGI, 2011). A pesar de las cifras preocupantes, es de reconocer que en las últimas décadas, este fenómeno ha cobrado gran relevancia social, política y de salud pública. Poco a poco existe una mayor conciencia en la sociedad sobre la necesidad de atención a la violencia, hay más investigaciones al respecto, mayor atención y más recursos. Han surgido instituciones gubernamentales y de la asociación civil, que tratan de dar respuesta a esta creciente problemática, así como de brindar asistencia legal, médica y psicológica. En consecuencia, se han desarrollado programas de intervención cada vez más efectivos para prevenir y tratar de manera oportuna a las mujeres afectadas (Torres, 2001).

Sin embargo los efectos de la violencia van más allá de la pareja misma. De acuerdo con la ENDIREH del 2006, 94 % de las mujeres que experimentaban violencia de pareja tenían hijos (INEGI, 2006). Los niños se convierten entonces en testigos de la violencia. McDowell (2006) refiere que 100% de los niños que viven en hogares violentos se percatan de una u otra manera de las acciones violentas de sus padres. Para ellos, el hogar se convierte en un factor desestabilizador, pues afecta el sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas, condición

necesaria para su pleno desarrollo. Además, cuando la experiencia de violencia es repetida de manera continua, representa un peligro constante e incontrolable que amenaza su estabilidad. Esto deja al niño con sentimientos de indefensión, miedo y ansiedad, que se agravan más aún cuando el menor también es agredido (Limiñana & Patró, 2005). Es así que los niños, como afectados indirectos de la violencia, también requieren atención.

En los últimos años han sido documentados los efectos de la exposición a violencia familiar en los niños. Estas reacciones suelen ser agrupadas en problemas de tipo internalizado y externalizados. Las primeras tienen que ver con el sufrimiento emocional del niño y entre las más frecuentes se encuentra la ansiedad, la depresión, así como el trastorno por estrés postraumático. Por otra parte, entre los más frecuentes problemas de tipo externalizados o problemas de tipo conductual se encuentran la hiperactividad, el comportamiento agresivo, antisocial y los problemas escolares (Rossman, Hughes & Rosenberg; 2000; Thompson, 2007; Frías & Gaxiola, 2008). Asimismo, los niños expuestos a la violencia parental manifiestan una serie de efectos de diversa índole como son: poca competencia social, baja autoestima, bajo aprovechamiento escolar, poca curiosidad, tendencia a distorsionar la información neutral, pobre desempeño en las pruebas de inteligencia, tendencia a culparse, menor sensación de seguridad y control personal (Rossman, Hughes & Rosenberg; 2000).

A lo largo del desarrollo, las reacciones de los niños ante la violencia pueden variar. Los niños preescolares pueden presentar ansiedad y tristeza manifestadas en dificultades para dormir, enuresis, cefalea, trastornos del lenguaje y disminución de las actividades de juego. Los menores en edad escolar suelen presentar ansiedad y estrés, pero también problemas en la escuela, comportamiento agresivo (en especial los varones), dificultades conductuales, pocos amigos, aislamiento social y berrinches. Los adolescentes, por su parte, pueden desarrollar problemas de conducta, abuso de las drogas y del alcohol, participar en actividades ilícitas, manifestar tendencias suicidas e incluso tienen la posibilidad de incorporar la violencia a sus relaciones de pareja como víctima o agresor (Humphreys, citado en McDowell, 2006).

Si bien la exposición a la violencia familiar por parte de los niños es un evento con un potencial traumático considerable, ya que por su intensidad es capaz de generar en el niño un estado de miedo extremo, inseguridad, indefensión y vulnerabilidad, así como cambios en su comportamiento y su funcionamiento emocional, es importante tener presente que no todos los menores que son testigos de la violencia familiar van a requerir atención clínica. Existen varios factores que mitigan los efectos de la violencia como mantener una fuerte relación de apego con una figura adulta continente, así como las características propias del niño (Osofsky, 1995).

El hecho de conocer las consecuencias que tiene la exposición a la violencia familiar en los niños, ha impulsado el desarrollo de programas de intervención. Entre éstos, hay los que buscan atender las secuelas emocionales, mientras otros tienen un carácter psicoeducativo, ya sea a nivel individual, grupal o familiar (Edleson, Mbilinyi & Shetty, citados en Limiñana & Patró, 2005).

En el presente capítulo se describe una propuesta de intervención donde se describe el abordaje de los aspectos emocionales del niño que ha sido expuesto a la

violencia parental a partir de la utilización del arte como una herramienta terapéutica dentro del proceso de psicoterapia.

Los dibujos y otras actividades artísticas abren nuevas posibilidades de comunicación dentro de la psicoterapia, ya que permiten representar visualmente sentimientos, pensamientos y situaciones problemáticas; generan mayores oportunidades de expresión y manejo de los propios conflictos, al favorecer la búsqueda de soluciones creativas y simbólicas de las situaciones cotidianas. El arte facilita el establecimiento del *rappont*, ya que proporciona la seguridad necesaria para revelar sentimientos. Estimulan la creatividad y el surgimiento de material tanto consciente como inconsciente; incrementan la claridad ante situaciones de crisis ya que favorecen las habilidades de adaptación que se requieren en ese momento para después explorar aspectos más profundos, y ayudan a focalizar el diagnóstico y las intervenciones psicoterapéuticas porque revelan información importante sobre el estado emocional, intelectual y el nivel de desarrollo del niño (Gould & Oster, 2004).

Es así que el propósito principal de incluir este medio de expresión en la psicoterapia infantil, no es enseñar arte, sino trabajar con lo que es expresado a través de él. Para el niño es una actividad conocida y por tanto menos amenazante, es una experiencia agradable que posibilita reexperimentar el evento traumático, expresar sus sentimientos y recuerdos para poco a poco procesar y entender lo que ha sucedido. A través de estos medios el niño logra expresar situaciones difíciles que a veces son imposibles de nombrar, ya que resulta menos amenazante dibujar, que hablar de alguna conflictiva cargada con tal cantidad de afecto (Naumburg, 1966; Dolto, 1985; Gould & Oster, 2004).

Dentro del tratamiento de los niños que han vivido experiencias traumáticas como lo es la violencia familiar, el abuso sexual y los desastres naturales, el arte ha sido un medio incluido con frecuencia para facilitar el tratamiento y la recuperación (Kramer, 1982; Hanney & Kozłowska, 2002; Wadeson H., 1980; Keeling & Bermudez, 2006; Malchiodi, 1998), ya que tiene el poder para neutralizar la violencia que viven los niños, porque a través del proceso creativo es posible reelaborar los sentimientos de ira, violencia y desamparo que viven los niños cuando enfrentan una situación de esta naturaleza (Malchiodi, 1998). En el siguiente apartado se presenta una revisión del uso del arte en la psicoterapia infantil.

ARTE EN LA PSICOTERAPIA INFANTIL

En el ámbito de la psicoterapia infantil, entendida como un método de tratamiento para abordar los síntomas psíquicos y psicósomáticos que padecen los niños (Schneider, 1981), el arte ha sido utilizado a la par del juego como un recurso técnico. Al surgir los primeros desarrollos del psicoanálisis infantil, los analistas se encontraron con el reto de adaptar la técnica desarrollada para el tratamiento de adultos a las características propias de los niños, por lo que fue necesario incorporar recursos técnicos diferentes, como el uso del material artístico y del juego. El dibujo fue la técnica artística más incluida para trabajar con los niños (Rodulfo, 1992).

Sophie Morgenstern fue la primera en documentar un caso donde fue utilizado el material artístico en el tratamiento infantil. Ella empleó el dibujo como herramienta técnica en el proceso de un niño de 10 años que padecía de mutismo total, con quien el único medio para comunicarse eran sus dibujos. A través de ellos, Morgenstern se dio cuenta de la angustia que el niño sentía, y como ésta se había intensificado ante los eventos traumáticos que le habían acontecido (Aberastury, 1973; Rodulfo, 1992).

Dentro del psicoanálisis infantil Melanie Klein, además de ser una de las pioneras en utilizar el juego como eje principal de la técnica, también reconoce la importancia del material de arte, al incluir el dibujo como parte de su material de trabajo. Klein (1987) documenta en algunos de sus casos de niños en etapa de latencia (Werner & Grete) la forma en la cual ellos emplean los dibujos. Klein identifica en estos dibujos como una fuente rica en información sobre el niño y su mundo interior, encuentra en ellos una expresión simbólica de fantasías, deseos, angustias y conflictos inconscientes que le aportan información útil para el manejo del caso (Klein, 1987).

Anna Freud, en su método de trabajo, también encuentra en el dibujo del niño un recurso técnico importante de información que facilita la asociación y complementa el material que es expresado en los sueños, ensoñaciones y fantasías del niño. “El dibujo es otro recurso técnico auxiliar que ocupa un sitio muy preeminente en muchos de mis análisis infantiles...al punto en que...suplantó durante un tiempo a todas las demás fuentes de información” (Freud A., 1977, p. 40). Es así como ella encontró en los dibujos y en las narraciones que de ellos se desprendían información útil que le permitió comprender lo que sucedía en el psiquismo del niño.

En Inglaterra en la década de 1950, Donald Winnicott desarrolló su modelo teórico y técnico, en el cual le dio importancia a la conformación de un entorno de confianza para que el juego surgiera y posibilitara al niño “integrarse y actuar como una unidad, no en defensa contra la ansiedad...” (Winnicott, 1971, p. 83). Es así que introdujo el material de arte como un medio para permitir al niño sentirse cómodo y seguro e iniciar el trabajo terapéutico. Winnicott (1971) creó en este sentido, el juego del garabato con la intención de abrir la comunicación con los niños en la primera entrevista, con una finalidad tanto diagnóstica como terapéutica. Mediante hojas y lápices, el terapeuta dibuja una serie de líneas y después le pide al niño que encuentre formas. “En ese juego yo trazo una especie de dibujo con líneas espontáneas e invito al niño a que vea algo; después es él quien traza los garabatos y soy yo quien a mi turno extraigo de ellos un dibujo” (Winnicott, 1993, p. 201).

Winnicott (1971) empleó este juego como un medio para establecer la alianza terapéutica y la transferencia inicial, en donde el yo sano del terapeuta se logra aliar al del niño. A través del juego del garabato es posible crear un clima de confianza para facilitar la comunicación del problema inconsciente que provocó llevar al niño a una consulta terapéutica. De este juego se han realizado diferentes variaciones que han enriquecido su potencial de aplicabilidad (Cane, 1951; Naumburg, 1966; Kramer, 1977).

Aberastury (1973, 1978) también ha realizado aportaciones en relación al uso del material artístico en el trabajo con niños. Encontró en el dibujo una fuente de material expresivo, en donde se manifiestan los cambios del niño en su esquema corporal, en sus relaciones objetales y en el uso de sus defensas. El dibujo es considerado por ella

como un relato, que puede ser usado por el menor para hacer construcciones de su pasado y su presente, en el que expresa situaciones de su vida cotidiana. Aberastury (1978) reconoce características similares en el uso que los niños le dan al juego y al dibujo en el contexto psicoterapéutico.

Del mismo modo que en el juego, en el dibujo se elaboran situaciones que surgen del “desarrollo normal y, o patológico, o ambos, de acontecimientos externos traumáticos; en él también se expresan fantasías masturbatorias y permite comprender las defensas usadas por el yo frente a aquéllas y ante el mundo, así como valorar el desarrollo de las funciones normales del yo de acuerdo con la edad” (Aberastury, 1978, p. 17).

Sin embargo, el dibujo tiene un papel secundario al del juego ya que adquiere mayor relevancia sólo en casos especiales cuando existe una inhibición del juego del niño por diferentes motivos (Aberastury, 1973).

En fechas más recientes, también otras perspectivas han incluido el arte en el tratamiento de niños. Desde la Gestalt, Oaklander (1996) introduce a su modelo de atención diversas técnicas artísticas con el fin de reconstruir **el sentido del yo** del niño, y reforzar las funciones de contacto (mirar, hablar, tocar, oír, moverse, oler y gustar) para renovar el contacto del niño consigo mismo y su entorno, y así éste pueda establecer relaciones satisfactorias y adaptarse a las situaciones que se le presenten.

Es de esta manera como, a la par del juego, los materiales de arte y en especial el dibujo, fueron empleados en la psicoterapia infantil como parte de la técnica. Sin embargo, no fue hasta que Margaret Naumburg publicó sus conclusiones sobre el valor diagnóstico y terapéutico del arte en el tratamiento de la neurosis y la psicosis, que el material artístico pasó a ser parte central de un proceso terapéutico y no una herramienta más (Eisdell, 2005). Este tratamiento es conocido en la actualidad como terapia a través del arte o arte terapia.

ARTE COMO TERAPIA

La Asociación Americana de Arteterapia define el arteterapia como:

Una profesión de salud mental que utiliza el proceso creativo de hacer arte para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades. Se basa en la creencia que el proceso creativo involucrado en la expresión artística, ayuda a la gente a resolver conflictos y problemas, desarrolla habilidades interpersonales, a manejar el comportamiento, a reducir el estrés, aumentar la autoestima y la autoconciencia, y alcanzar el conocimiento de uno mismo (*American Art Therapy Association*, 2009).

En la década de 1940, Margaret Naumburg desarrolló su modelo de tratamiento en donde le dio énfasis a la proyección espontánea de imágenes como una forma de comunicación con el inconsciente del paciente. Sustituyó la libre asociación verbal del psicoanálisis clásico por la expresión simbólica a través de imágenes, y así buscó superar las dificultades propias del lenguaje verbal. Mientras que en el psicoanálisis

clásico se utilizan las palabras como medio primordial para la expresión simbólica de los sueños, fantasías y ensoñaciones, en la propuesta de Naumburg (1966), el lenguaje simbólico del inconsciente es proyectado en dibujos, pinturas y esculturas. Su modelo no se opone al uso del lenguaje verbal, sino propone el uso combinado de las imágenes espontáneas y de la verbalización, de esta forma incrementa las posibilidades de asociación (Naumburg, 1966).

En la década de 1950, otra psicoanalista llamada Edith Kramer (1977; 1979; 2001) desarrolló una propuesta a partir de su experiencia con niños que sufrían diferentes tipos de trastornos emocionales y sociales (neurosis, psicosis, delincuencia, privación y discapacidades). Kramer (1977) le da importancia al acto de hacer arte y al desarrollo del potencial creativo. Desde una visión psicoanalítica emplea el arte como un medio para apoyar al yo, fomentar el desarrollo del sentido de identidad y promover la maduración en general. La función principal de su tratamiento radica en el poder del arte para contribuir al desarrollo de una organización psíquica, capaz de tolerar la angustia sin recurrir a movimientos defensivos extremos. Para esta investigadora, la terapia a través del arte es un complemento o un apoyo a una psicoterapia en el sentido estricto.

Es así como este tipo de tratamiento encuentra fundamento en el psicoanálisis (Naumburg, 1966; Kramer, 1977); sin embargo, hoy en día nuevas perspectivas han contribuido a su desarrollo como modelo terapéutico. El arte terapia es manejada desde diferentes modelos teóricos como la psicoterapia humanista (Wadeson, 1980; Garai, 2001; Rhyne, 2001; Rogers, 2001; Malchiodi, 2005), la gestalt, la terapia familiar (Sobol & Williams, 2001), la terapia narrativa (Keeling & Bermudez, 2006), el cognitivo conductual (Matto, 1998; Rosal, 2001), la psicoterapia grupal (Wadeson, 1980; Sobol & Williams, 2001), el trabajo con niños con necesidades especiales (Rubin, 2005), entre otros. Dichas aproximaciones extienden el campo de aplicación y los alcances del arte en la salud mental, pues cada modelo explica cómo es que el arte contribuye al desarrollo emocional de los niños y sus familias desde su propia teoría base.

El uso del arte es muy amplio, abarca un gran número de aplicaciones, ya sea en las áreas de rehabilitación, educación o salud. La intervención que se realiza puede tener un nivel de profundidad diferente, puede ser un apoyo o sostén donde se reducen ansiedades, o intervenciones con mayor profundidad en los que se reconocen otros factores que intervienen como la transferencia y contratransferencia, y se promueve el *insight* y la resolución de conflictos intrapsíquicos (Covarrubias, 2006). Es así como el arte y sus cualidades han sido empleadas ya sea como herramienta que facilita un proceso terapéutico o como eje medular del tratamiento, en el cual el proceso creativo y el desarrollo emocional tienen una importancia similar.

ALGUNAS CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Al incluir elementos artísticos en el psicodiagnóstico y en la psicoterapia, se agregan nuevas posibilidades de expresión para el niño. Los medios artísticos son menos amenazantes que otras técnicas, ya que ponen al menor en un lugar cómodo y conocido

frente a una evaluación o una sesión terapéutica; ayudan a focalizar el diagnóstico y las intervenciones, al revelar información importante sobre el estado emocional, intelectual y el nivel de desarrollo del niño; favorecen la búsqueda de soluciones creativas y simbólicas de las situaciones cotidianas del niño; permiten representar de manera visual las áreas problemáticas, sentimientos y pensamientos, con lo cual así se logra expandir la participación del niño en el proceso terapéutico, además de darle mayor oportunidad de expresión y manejo de sus propios conflictos (Gould & Oster, 2004).

A continuación se harán algunas puntualización en el uso del arte en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico:

En el psicodiagnóstico

Constituye un proceso empleado en la atención psicológica de la infancia con el objetivo de comprender lo que le sucede al niño y así establecer los ejes que guiarán el tratamiento (Maganto, 1995). Para su realización, el psicólogo se vale de distintas herramientas como la entrevista clínica y las pruebas psicológicas, que pueden ser psicométricas o proyectivas (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007). Dentro de estas últimas, el dibujo ha sido una de las de técnicas artísticas más recurridas (Gould & Oster, 2004).

En los dibujos se pueden encontrar cualidades cognitivas y madurativas del niño, ya que en la realización de cualquier dibujo, éste se apoya en sus capacidades perceptivas y motrices, así como también es posible llegar a conocer los pensamientos, sentimientos y el mundo interno del niño (Wallon, Cambier, & Engelhart, 1992). En el dibujo, el menor plasma su estado afectivo, expresa sentimientos, rasgos de personalidad, proyecta su vida emocional y relata un instante de su realidad (Wildlöcher, 1988).

En la alianza terapéutica

La construcción de la alianza terapéutica en la psicoterapia infantil es un paso necesario para algunos autores (Freud A., 1977; Ortega, 1992), ya que en muchas ocasiones cuando el niño llega a terapia tiene poca noción de que va a hacer, o por qué lo han llevado a consulta. Es así que el psicoterapeuta encamina sus intervenciones para construir una relación de confianza donde los niños conozcan la forma de trabajo, asimilen el encuadre para que exista en ellos la disposición a trabajar y a conocerse a sí mismos. Al establecer la alianza terapéutica, el proceso terapéutico entra en marcha, y el juego se hace más expresivo. El niño es capaz de sentirse seguro para explorar sus sentimientos, conductas y pensamientos tanto aquellos que son sintónicos como distónicos con su yo (Salles, 2002).

Algunas técnicas artísticas asisten al terapeuta para favorecer un clima de confianza y facilitar la expresión de sentimientos, fantasías y actitudes, así como también a la formación de la alianza terapéutica. Una de estas técnicas es el garabato, descrito de manera previa (Winnicott, 1971). Otra de ellas es el dibujo libre, ya que la libertad

que tiene el niño de dibujar lo que él quiera sin restricciones, permite favorecer su disposición a cooperar en el trabajo terapéutico, además de manifestar al mismo tiempo sus deseos y su estado anímico (Gould & Oster, 2004). En este sentido Schaverian (citado en Gould & Oster, 2004) considera que los dibujos actúan como un continente de emociones, ansiedades y miedos; lo cual favorece la construcción del espacio propicio para la terapia, donde exista un clima de confianza que le permita al paciente explorar sus conflictos sin temor a ser criticado.

En el análisis del caso

Al igual que en sus juegos, en el trabajo artístico que el niño produce en las distintas sesiones terapéuticas se encuentra una gran cantidad de material simbólico que ayuda a tener entender de mejor manera los sentimientos del niño, su forma de enfrentar su realidad, así como su propio proceso. Esta información simbólica permite clarificar la comprensión del terapeuta respecto del niño. En el arte se pueden encontrar aspectos de la transferencia, de las resistencias, de su capacidad de sublimación y reparación, entre otras. Es posible percatarse de los avances o retrocesos que el niño experimente durante la terapia.

En el cierre del tratamiento

El cierre del proceso terapéutico es la fase final del tratamiento, en la cual el niño interioriza el avance, incrementa su acercamiento hacia apoyos externos, es más consciente de sus logros y de sus capacidades. Las últimas sesiones son utilizadas para integrar los aprendizajes y para trabajar en la despedida del niño de su proceso y del terapeuta. Las producciones artísticas, al ser imágenes que permanecen intactas a través del tiempo traen en este momento del proceso la oportunidad para realizar una revisión de las mismas. Esto le permite al niño revivir toda la experiencia de su proceso, reconocer los cambios alcanzados, reconocer sus capacidades para superar sus problemas e integrar sus nuevos aprendizajes. Esta revisión asegura tanto al paciente como al terapeuta que el tiempo que pasaron juntos fue una experiencia única y significativa (Gould & Oster, 2004).

Caso Ana

Para ejemplificar la integración del uso del arte en la psicoterapia infantil ante situaciones de violencia parental se describe el caso de Ana, una menor de 8 años y seis meses de edad, que llega a tratamiento a uno de los centros de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, como parte del programa de la Residencia en Psicoterapia Infantil. Este caso clínico fue elegido debido a que a lo largo de la intervención fue posible observar de manera didáctica la manera en la cual Ana utilizó el arte para expresar e integrar sus vivencias; de esta forma

fue viable analizar y describir su proceso psicoterapéutico a partir de las funciones del arte.

A continuación se realizará una descripción del motivo de consulta, de la situación familiar en la que la menor se encontraba al momento de la intervención, así como de los resultados de la evaluación psicológica de la paciente.

MOTIVO DE CONSULTA

La madre de Ana solicitó apoyo psicológico para su hija ya que presentaba dificultades para conciliar el sueño por lo menos tres veces por semana, con una evolución de cinco meses. La madre refirió que el inicio del síntoma coincidía con el incremento de las tensiones familiares, caracterizadas por la violencia psicológica y física que existía entre los padres, de la cual Ana era testigo en repetidas ocasiones. Hizo referencia a un evento de violencia entre la pareja parental. Los padres discutieron cuando Ana y su hermana estaban dormidas. La situación se salió de control, Ana despertó de manera abrupta y observó una escena de golpes, gritos y jalones entre sus padres. Este evento, a decir de su madre, pudo ser un detonante importante para los síntomas que Ana presentaba.

Cuando Ana no podía dormir se iba a acostar a la cama de sus padres. Su mamá le permitía acostarse a su lado, ya que por lo general lograba dormirse después de un tiempo. En otras ocasiones, la niña permanecía en su cama sin poder conciliar el sueño, o también se levantaba y se sentaba en una silla por varias horas mientras observaba a su familia dormir. Es así como la menor pasaba sus noches de insomnio, como una vigilante del sueño familiar.

La madre también indicó que Ana presentaba sueños recurrentes en donde el tema principal consistía en una escena de violencia entre sus padres que concluía cuando su papá mataba a su mamá. Después de estos sueños, la niña despertaba con mucho miedo, incluso con llanto. La madre comentó que la menor también tenía temor de dormir y soñar estas “cosas feas”.

La madre comentó estar preocupada por Ana ya que pasaba el tiempo y su sueño no mejoraba. En un primer momento intentó manejar la situación con remedios caseros sin mucho éxito, por lo que decidió buscar otro tipo de ayuda para su hija.

CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

La familia de Ana estaba integrada por su mamá, quien al momento de iniciar la intervención contaba con 31 años de edad y de manera ocasional trabajaba en la realización de quehaceres domésticos. En las sesiones iniciales la niña se presentaba desaliñada y descuidada en su aspecto personal; pudo observarse en ella un estado afectivo disminuido, quizás distímico, caracterizado por apatía, abulia, tristeza y labilidad emocional. Su padre tenía 25 años y trabajaba como chofer. Cabe mencionar que nunca se pudo tener contacto con él; lo que se supo fue lo comentado por Ana y su mamá, quien lo describía como una persona bastante “celosa y controladora”. Ana tenía una hermana de 6 años de edad que estudiaba el primer

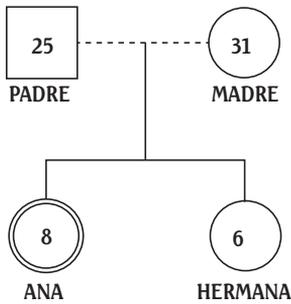


Figura 9-1. Famillograma

año de Primaria en su misma escuela, con quien mantenía una relación de cercanía. Ellos cuatro vivían en un cuarto donde tenían la cocina, el comedor y dos camas, una para la pareja y otra para las hijas.

La relación de los padres se caracterizaba por la violencia. El padre hacía comentarios hirientes como cuestionar la paternidad de sus hijas, así como la necesidad de ejercer control sobre la madre, al restringirle las salidas de casa, checar el tiempo de traslados cuando su esposa iba al mercado o a la escuela por sus hijas, revisar su ropa en busca de algún rastro de infidelidad, así como llamarle varias veces durante el día al celular para preguntarle en dónde estaba, con quién y qué hacía. La violencia incrementó en intensidad y frecuencia, de ser de verbal a ser física, donde había cachetadas, manotazos y aventones.

La madre de Ana en ocasiones también respondía con violencia, por lo que se colocaba a ella misma y a sus hijas en un mayor riesgo. La madre comentó que por fin después del evento violento que despertó de manera abrupta a Ana, había decidido solicitar ayuda, encontrar asesoría legal y atención psicológica para sí misma. En ese momento tenía la intención de separarse de su pareja, sin embargo lo veía como una situación casi imposible de lograr, ya que se veía a sí misma con pocos recursos económicos y afectivos.

Ana asumía un rol protagónico dentro del conflicto de sus padres. Ana le recordaba a su mamá las restricciones que su padre imponía "...ya nos tardamos... tenemos que llegar a casa...si no se va a enojar..." (sic Ana). También la niña era involucrada de forma directa por su padre para ejercer control sobre su madre, le preguntaba que había hecho su mamá y por qué tardaban tanto, así como también aclaraba sus dudas con ella sobre lo que su mamá hacía y con quién estaban.

La información que ella proporcionaba era utilizada por su padre para reclamar y ejercer violencia hacia su madre. Esta situación reafirmaba su fantasía de que los desacuerdos de sus padres tenían relación con lo que ella hacía o dejaba de hacer e incrementaba sus sentimientos de culpa.

En medio de esta atmósfera familiar, Ana presentaba la necesidad apremiante de cuidar a su hermana. Tanto en la escuela como en casa, estaba pendiente de ella, si tenía algún problema, intentaba ayudarle a resolverlo; si los niños la molestaban o no se querían juntar con ella, Ana iba en su auxilio. Su mamá consideraba que este cuidado era excesivo, ya que en la escuela a la hora del recreo, Ana no convivía con sus compañeros ni dejaba a su hermana que jugara con otros niños. Sin embargo,

cabe mencionar que también el cuidar de su hermana era una encomienda de sus padres que la pequeña llevaba al extremo.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En la evaluación de la menor los instrumentos utilizados fueron el juego diagnóstico, la entrevista con la madre, así como pruebas proyectivas como el dibujo libre, el dibujo de la figura humana de Koppitz (2007), el test del dibujo de la casa-árbol-persona (Buck, 1995), el test del dibujo la familia (Corman, 1967) y el test de Apercepción Temática para Niños (Bellak, 1990).

Ana percibía a su medio familiar como amenazante. Las situaciones de violencia y desacuerdos entre sus padres eran percibidos por ella y reflejados en las pruebas. Ella estaba involucrada en el conflicto de pareja, y lo que ocurría entre sus padres era asumido como respuesta a sus propios actos, asimismo se mantenía hipervigilante de la relación parental. De tal manera que de manera recurrente aparecieron en la evaluación sentimientos de culpabilidad y la necesidad de poner solución a los conflictos parentales. Al mismo tiempo, percibía a sus padres enfocados en sus propios problemas y poco responsivos a sus necesidades.

En sus dibujos e historias se encontraron sentimientos predominantes de miedo y angustia. El incremento de la violencia entre sus padres fue una situación que desestabilizó su sensación de seguridad y generó en ella una sensación de desprotección e inseguridad que se manifestó en los instrumentos empleados para su evaluación. De igual forma, en sus juegos y relatos se encontró una repetida necesidad de encontrar protección y cuidado ante las amenazas externas.

De acuerdo con el DSM-IV TR (*American Psychiatric Association, 2002*), Ana cumplía con algunos de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático. El evento al que estuvo expuesta amenazó su integridad y la de su madre; el acontecimiento fue reexperimentado de manera persistente a través de sueños de carácter recurrente que le producían malestar emocional; las dificultades para conciliar su sueño estaban ausentes antes del evento y estos síntomas se prolongaron por más de un mes, por lo que afectaron su funcionamiento general.

Como conclusión se encontró que Ana tenía bases psicoafectivas que le habían permitido estructurar un aparato psíquico estable con un buen contacto con la realidad; sin embargo ante el evento de violencia la menor se enfrentó a una situación que sobrepasó su capacidad de elaboración y respuesta. Por tanto su dificultad para dormir y las pesadillas recurrentes eran intentos de su aparato psíquico por procesar lo que había ocurrido y de encontrarle un sentido a ello. La angustia, su involucramiento en la relación parental y los sentimientos de culpa al sentirse responsable por el conflicto, hacían difícil este proceso de elaboración que se había desencadenado tras los eventos de violencia.

INTERVENCIÓN

A continuación se muestra el proceso de Ana, en sus diferentes etapas a partir del uso del material de arte. Es importante puntualizar que debido a que el objetivo

del capítulo radica en ejemplificar el uso del arte como herramienta de intervención ante la exposición a la violencia familiar, se hacen varias puntualizaciones al respecto; sin por ello desestimar el proceso del niño y su familia, ni el uso de otras herramientas técnicas necesarias para brindarle atención a la menor y su familia, como lo fueron el juego libre, las sesiones de orientación familiar, las intervenciones psicoterapéuticas y la supervisión, entre otros aspectos.

Por lo regular las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio de 2 x 3 m en promedio, en donde había un escritorio, un librero y dos sillas. Se colocaba también un tapete para poder sentarse en el piso y el material se guardaba en una caja que permanecía en el consultorio. Durante las sesiones de psicoterapia se tenía a disposición de Ana una serie de juguetes variados, miniaturas, arenero, casa de muñecas, juegos de mesa y material de arte como pintura, plastilina, dactilopintura, lápices de colores, entre otros.

Cabe mencionar que en las sesiones de tratamiento tanto los materiales de arte como los juguetes eran usados por Ana de forma espontánea, salvo en algunas ocasiones que se le proponía la realización de algún dibujo ante el psicodiagnóstico o los cierres previstos durante el proceso.

Primer contacto

El momento inicial de la intervención se dio en el marco del psicodiagnóstico después de haber explorado la situación familiar con la madre de Ana, y tuvo una duración de 6 sesiones. En la primera sesión, ella parecía nerviosa pues caminaba con cautela, pedía permiso para tomar los materiales o para trasladarse dentro del consultorio. Como parte de la exploración inicial se le preguntó su propio motivo de consulta, así como las expectativas que tenía al asistir a psicoterapia. Ana comentó, “tengo muchos problemas...es que mis papás están peleados, y yo rezo para que ya no se peleen...” (sic Ana). Al asistir a consulta, la menor esperaba ponerle fin a la violencia que vivía en casa, “que mis papás no se pelearan...” (sic Ana). Durante este primer contacto la paciente relató la información que tenía a su alcance de la relación de sus padres, cada situación de violencia entre ellos era narrada con gran detalle: “Mi papá estaba platicando con una muchacha, dice mi mamá que se llamaba fulana... después se pusieron a pelear, le dio una cachetada a mi mamá, y empezamos a llorar...” (sic Ana). Asimismo la niña explicó cómo trataba de solucionar lo que ocurría entre sus padres y la forma en la cual era involucrada por ellos en el conflicto, “mi papá nos preguntó si conocíamos a un señor que estaba en una foto... le dije que era un amigo de mi mamá y de nosotras... después se pusieron a pelear, le dio una cachetada a mi mamá ... mi papá me dijo que lo acompañara a trabajar y cuando fui me preguntó...y yo le platiqué todo lo que sabía porque yo no quería que se fuera. Al día siguiente cuando salí de la escuela le dije a mi mamá que me perdonara porque le había platicado todo a mi papá y empecé a chillar...Mi papá nunca se fue y todavía sigue ahí en la casa, pero mi papá insulta mucho a mi mamá...” (sic Ana).

Es así como la paciente se mantenía hipervigilante de la relación parental por el temor a la repetición de los eventos de violencia, tanto en lo real, como en sus fantasías

y sueños. En este primer momento, el material de arte y las sesiones en sí mismas actuaron como un continente para esta angustia que surgía ante la posibilidad de la repetición de la violencia. La niña pudo empezar a crear su espacio para repetir el suceso violento y empezar a darle sentido para después tomar distancia del mismo. Ansermet y Mejía (1999) refieren que el primer tiempo de una situación traumática es un tiempo de terror que es inconcebible para la psique del sujeto, quien no tiene forma de simbolizarlo, ni organizarlo e integrarlo, por lo que tiende a recordarlo e incluso a soñar con frecuencia con ello y revivir la angustia experimentada.

Al transcurrir las primeras sesiones, de forma espontánea, Ana relató un sueño que la había perturbado noches antes, como los que había descrito su mamá donde revivía los incidentes de violencia: “Estaba en un cerrito y teníamos una cabañita, entonces escuché unos ruidos como gritos, que le estaban pegando a alguien. Teníamos dos cuartos uno para nosotras y otro para mis papás, entonces fui a ver si estaban y no estaban. Salí afuera y el agua se empezó a mover y vi sombras, entonces donde se escuchaban los ruidos, fui a ver y mi papá le estaba pegando a mi mamá y yo le dije que no le pegara; entonces mi papá agarró una silla y me la aventó y las sombras que estaban eran muertitos. Yo quería despertar y no podía, quería gritar pero no podía, y luego ya cuando me desperté quería hablar pero no podía; después ya pude, pero no grité” (sic Ana). Al terminar su relato se le pidió que dibujara lo que había soñado. Freud (1920-1922) refiere que la única excepción del sueño como una realización de deseo, son los sueños traumáticos, en los cuales se repite el evento traumático y se experimenta de nuevo la angustia. Sin embargo, el psiquismo con la repetición del evento en los sueños busca recuperar el dominio sobre el estímulo traumático.



Figura 9-2. Dibujo de un sueño.

Al completar la narración de los sueños con la realización de una actividad artística, en especial cuando es una pesadilla o un sueño inquietante, se hace un estímulo visible y concreto. Esto favorece el alivio y el control sobre el sueño, ya que al dibujar mantiene una posición activa y creativa. El dibujarlo también ayuda a contener algunos de los sentimientos desagradables experimentados durante el sueño (Gould & Oster, 2004). Es así como al completar su sueño con un dibujo, Ana empezó a ejercitar su propio dominio sobre la violencia.

A partir de la narración de las historias de los dibujos realizados en la etapa del psicodiagnóstico, se pudo formular una de las hipótesis sobre el funcionamiento de su síntoma dentro de la dinámica familiar. Una de estas historias era de una niña que enfermaba y los padres se enfocaban en darle atención, “estaba muy enferma... sus papás la vieron y la llevaron al doctor. La niña tenía que estar en un hospital, y la llevaron a un hospital que conocían... sus papás se preocuparon, porque los doctores no sabían si se iba a curar...” (sic Ana). Es así como Ana estaba tratando de desviar la atención de sus padres sobre sí misma y de esta manera neutralizar la violencia que ocurría entre ellos.

Los dibujos y las historias que empezó a crear permitieron conocer su nivel de desarrollo, su estado socio afectivo y la forma en la que afrontaba la situación parental en ese momento del proceso terapéutico. Esto, aunado a los demás instrumentos que se emplearon en la valoración, le permitieron a la menor percatarse de su involucramiento y de la gran carga afectiva que ello representaba. De esta manera se estableció el plan de tratamiento. Por una parte buscó facilitar la elaboración de la menor del evento traumático, brindarle un espacio para integrar lo sucedido, trabajar con sus sentimientos de culpa y ayudarle a recobrar su sensación de dominio y seguridad; así como generar movimiento en la familia al devolverle a los padres, sobre todo a la madre, la función de protección y cuidado, para así reducir la angustia y la carga afectiva que la niña tenía al involucrarse en los conflictos de sus padres.

Fase inicial de tratamiento

Tras concluir el psicodiagnóstico, se dio inicio el tratamiento de manera formal. Esta fase consistió en un periodo breve, donde las sesiones fungieron como un espacio de transición entre el psicodiagnóstico y el tratamiento. Durante este periodo, la madre tenía deseos de abandonar el hogar, pero aún no tenía un plan claro para llevarlo a cabo. La menor continuaba con angustia frente a la relación parental, la dificultad para conciliar el sueño estaba presente, aunque ya no con la frecuencia antes reportada; seguía vigilante de la relación parental y asumía roles en la familia que no le tocaban como cuidar en exceso a su hermana durante su estancia en la escuela.

En esta fase, Ana utilizó el juego como su medio primordial de comunicación, salvo en una ocasión que ante la suspensión del tratamiento por las vacaciones decembrinas, se le propuso la realización de una serie de dibujos como un cierre temporal de la intervención. En ellos, la niña pudo representar su sentir por lo que había sucedido en su familia en el año que estaba por concluir; tomó una cartulina y

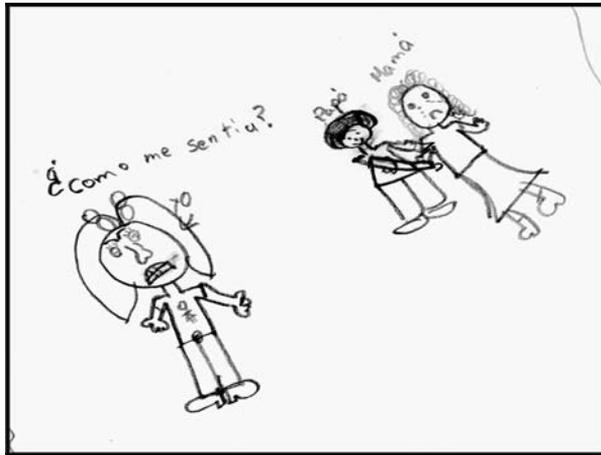


Figura 9-3. Dibujo de sí misma del cterre de año.

un lápiz, se dibujó a sí misma, después a sus papás y a su casa. Al finalizar el dibujo, comentó que dibujó cuando sus papás se peleaban y ella lloraba, así como también cuando tenía mucho miedo y se sentía muy triste. En el dibujo representó una escena de violencia entre sus padres, donde ella se situaba como observadora de tal situación. Por último hizo un dibujo de cómo le gustaría sentirse el siguiente año. En él, realizó a toda su familia, puso a su abuelito en el cielo, ya que recién había fallecido y a su terapeuta a su lado. Comentó: “El próximo año me gustaría que mis papás ya no se pelearan y estar más contenta y seguir viniendo aquí contigo” (sic Ana).

En estos dibujos Ana representó la violencia que había ocurrido en casa meses atrás, donde sus recursos psíquicos habían sido sobrepasados y fueron elementos tangibles de su estado afectivo. Esta repetición del suceso en sus dibujos es parte también de la búsqueda del yo por recuperar la estabilidad, por dominar la experiencia y ligar la energía excesiva que se produjo ante el evento traumático (Freud, 1920-1922; Aberastury, 1978). En sus dibujos y en la relación terapéutica, conforme la paciente adquirió mayor confianza, pudo encontrar un espacio para empezar a simbolizar la violencia. Así, empezó a darle forma a ésta, en un espacio fuera de sí misma donde la podía ver, tocar, moldear a su gusto, así como también comunicar en forma visual y verbal lo que había sentido ante ella. De esta manera la reexperimentación de la violencia en sus sueños y fantasías empezó a disminuir.

Fase intermedia de tratamiento

Esta etapa transcurrió en un tiempo aproximado de tres meses, en los cuales se tuvieron 13 sesiones. Durante esta fase, los síntomas que la trajeron a tratamiento desaparecieron conforme las sesiones avanzaron. La paciente recuperó el sueño, su

angustia disminuyó, se empezó a desmarcar de la situación de pareja y pudo retomar su rol de hermana e hija en la dinámica familiar.

Una vez que Ana se percibía con más confianza en el marco de la psicoterapia, el simbolismo en sus juegos y dibujos se hizo más rico. Los temas continuaron entorno a la situación familiar, hubo una mayor expresión de agresión, pues representaba escenas de muerte y destrucción, así como también temas relacionados con su excesivo cuidado para con su hermana, y la ambivalencia en la relación con su padre. Sus intentos por solucionar y entender lo que ocurría en su entorno, también fueron representados en sus juegos e historias.

Uno de los juegos más significativos de Ana durante las sesiones fueron los que tenían que ver con escenas de destrucción que ella intentaba evitar sin mucho éxito. Estos juegos fueron ligados a su necesidad de solucionar los conflictos parentales, situación que incrementaba sus sentimientos de culpa y ansiedad. Uno de estos juegos era **el terremoto**, que destruía todo a su paso, Ana comentó: “El terremoto ha llegado a destruir a la ciudad...”. Otro juego muy similar trataba de una princesa que intentaba defender su reino de la destrucción inminente, “la princesa intentó defenderse pero no había nada que podía hacer y todos murieron, ahora todo está destruido...” (sic Ana). Estos juegos dieron pie a un inicio para identificar su angustia, así como favorecer la renuncia a solucionar lo que no estaba en sus manos (los problemas de sus padres), para después identificar y reconocer aquello que sí estaba dentro de su realidad infantil y su rol de hija.

Otra situación importante que acompañaba su rol frente a la violencia familiar era, la sobreprotección que Ana ejercía para con su hermana y que se exacerbaba ante la violencia. La niña asumía el bienestar de su hermana como su responsabilidad. En un juego comentó: “Es mi hermanita... viene a que la cuide... la voy a cuidar mucho y jugar con ella... la voy a cuidar muy bien porque yo soy la hermana mayor ...de que no se caiga, de que no le peguen los niños en la escuela” (sic Ana). Sin embargo, como ya se ha mencionado, también esta conducta era motivada por sus padres, Ana refiere: “Sí la cuidó pero, [mis papás] quieren que si se tropieza que yo quite el tope o no sé. Es que si estoy en la escuela y mi hermana se cae en su salón y le dice a mi papá, mi papá me dice que por qué no la cuide y yo le explico bien pero de todos modos me regaña”... (sic Ana). Esta es la forma cómo **estar al pendiente** de su hermana, se había vuelto su responsabilidad dentro de la dinámica familiar, y aunque en ocasiones esta situación le traía ganancias a Ana, en muchos otros momentos había más culpa y ansiedad.

Este tema fue llevado a la sesión por la menor a partir del trabajo que hizo con el material de arte; ella realizó un modelado con plastilina de unas patitas que eran hermanas; después de terminar las figuras, decidió iniciar un juego con ellas, “hacen muchas cosas juntas, se ayudan...se cuidan de que no les peguen...si se despegan tendrían que cuidarse ellas solitas...o las cuidaría su mamá” (sic Ana). La niña comentó que “las patitas hermanas estaban pegadas y les gustaría despegarse para que cada una hiciera una cosa diferente. A las patitas les gustó esa idea, aunque no se querían separar” y agregó: “Se deben de separar para que cada una pueda hacer sus cosas”.

- T: Mira patito, las patitas quieren estar juntas, pero dicen que se deben de separar para que hagan sus cosas, ¿tienes alguna solución?
- A: Sí, que se vean todos los días pero que también puedan hacer sus cosas
- T: Oh! muy buena solución, el que estén despegadas no quiere decir que no hagan cosas juntas y que no se vean, ¡vamos a decirles!
- A: (Ella les preguntó a las patitas) ¿qué tal si se despegan, pero se ven todos los días?
- T: ¿Cómo lo ven, patitas?
- A: Esa idea sí les gustó
- T: Ah entonces van a tener tiempo para estar juntas y tiempo para hacer sus cosas y ambas patitas aprenderán a cuidarse, con el tiempo han aprendido a estar muy pegadas y ahora les cuesta trabajo despegarse (Las patitas no se podían separar porque estaban muy pegadas)
- A: Para separarse tienen que decir lo que les gusta hacer solas, me gusta estar sola cuando voy a la escuela (comentó la patita chiquita), quiero jugar sola con mis amigas (dijo la otra patita más grande)
- T: Hay cosas que disfrutan juntas y cosas que disfrutan separadas
- A: Vamos a separarnos
- T: ¡Oh! fue un paso muy importante el que hicieron, ¿cómo se sienten ahora?
- A: Nos sentimos mejor, ¡felicidades a las patitas!

Ana comentó al respecto... “lo importante fue que se pudieron separar y que pudieron hacer las cosas por sí mismas. Primero se sintieron un poco tristes, pero descubrieron lo que podían hacer cada quien por su parte y que cuando necesitaran ayuda iban a poder decirle a su otra hermana... yo cuidaba mucho a mi hermana en la escuela y



Figura 9-4. Modelado de las hermanas patitas.

siempre estábamos muy juntas... sí cuidó a mi hermana, pero ella puede defenderse sola... aunque estén lejos como la familia feliz, siempre van a estar en el corazón.” (sic Ana). De esta forma, a través del juego que surgió con el material de arte ella empezó a encontrar alternativas y nuevas formas de enfrentar la situación familiar, sin necesidad de asumir roles que le generaban angustia.

A través del arte Ana experimentaba el dominio y la confianza que lograba ganar sobre sí misma y sobre lo que en realidad podía lidiar en su rol de hija. Pudo encontrar nuevas alternativas para solucionar y para enfrentar lo que le sucedía; tanto de forma simbólica en sus juegos, pinturas y modelados, como en su vida cotidiana. En ese tiempo, su mamá reportó la ausencia de síntomas, la notaba más tranquila y relajada, expresaba sus sentimientos de manera más directa y aunque aún había discusiones entre sus padres, ni su sensación de seguridad ni su sueño se veían afectados. Benyakar y Lezica (2005) comentan que en un primer momento la situación es traumática porque emerge una angustia, que no permite utilizar defensas psíquicas eficaces que faciliten la elaboración, por lo que se produce un estado de indefensión. El evento traumático no es integrado al aparato psíquico ni externalizado, queda encapsulado en el interior, internalizado de forma pasiva como un cuerpo extraño, por lo que en el tratamiento se busca que el sujeto se haga responsable de su trauma y pueda volver a ser autor de su porvenir, a diferencia de ese momento donde era reducido a la historia del trauma (Ansermet & Mejía, 1999).

El proceso de recuperación es largo, existen altibajos, se requiere que la persona asuma una posición activa en su proceso de recuperación (Trujillo citado en Echeburúa, 2004); es así como al representar de manera simbólica en el trabajo artístico, Ana empezó a tomar un papel activo frente a su entorno, y pudo empezar a recobrar su sensación de control, competencia y dominio sobre las situaciones externas y sobre su propio mundo interno.

Es importante mencionar que las modificaciones que la madre de Ana realizó en casa fueron factores que favorecieron que los movimientos que la niña hizo en sus juegos se vieran reflejados también en su vida cotidiana. Para ello fueron imprescindibles las sesiones de orientación con la madre, donde se trabajó en la importancia de que ella pudiera asumir de nuevo su rol de continente y figura de seguridad para sus hijas.

Fase final de tratamiento

El cierre del proceso fue progresivo, tuvo una duración de 6 sesiones. La sensación de dominio sobre sí misma se había mantenido por varios meses. El síntoma que la traía a tratamiento se había remitido, había renunciado a reparar la situación parental y también al rol de cuidador que mantenía hacia su hermana. De esta manera fue posible acordar que era tiempo de terminar su proceso. Para ello se le propuso a Ana la elaboración de una serie de dibujos. Ella decidió hacer un libro con los dibujos que había hecho durante las sesiones de cierre, el cual tituló: “La terapia de Ana, y su psicóloga...”. En este libro la menor describe de manera gráfica cada uno de los

momentos del proceso psicoterapéutico que fueron relevantes para ella. Primero eligió los juegos y las sesiones más significativas para ella e hizo un dibujo de cada una de ellas; después, los acomodó en orden cronológico y los nombró **secciones**; a cada sección o dibujo le asignó un número y un título correspondiente.

Ana se tomó el tiempo necesario para terminar su libro. Los momentos en los que dibujaba y coloreaba se prestaban para el diálogo entorno a sus recuerdos de los diferentes momentos de su tratamiento, de sus juegos y de cómo fueron cambiando sus sentimientos frente a la violencia, fueron sesiones para reconocer sus recursos y fortalezas, así como para integrar sus avances y sus nuevos aprendizajes frente al cierre de su proceso. Algunos de los dibujos se muestran a continuación.

- Dibujo del juego del terremoto. Hablar de este juego favoreció la reflexión en relación a la manera en cómo Ana estaba involucrada en el conflicto de sus padres y la manera en la cual le hacía frente. Recordó que realizaba muchos intentos para reparar la ciudad pero el terremoto se lo impedía, “quisieron salvar al mundo y no pudieron y los atrapó el terremoto” (sic Ana). Agregó también un nuevo final diciendo que podrían hacerse a un lado y así el terremoto no podría destruirlos, le colocó a su dibujo unos rayos, que también destruían a la ciudad; parecía como si ella se encontrara en medio de esa destrucción, entre los rayos. Ante el señalamiento, Ana se rió y después indicó que si estuviera en medio de esos rayos, se sentiría asustada y con mucho miedo, pero se podría quitar de ahí para que no le pasara nada. Es así como empezó a simbolizar la manera en la cual empezaba a desenmarcarse del conflicto, la terapeuta intervino y le dijo a la menor: “Al quitarte de ahí te logras proteger, como cuando decides no solucionar los problemas de papá y mamá”.
- Dibujo del juego de la princesa. En otro momento, al dibujar la sesión en donde jugó con la princesa, le asignó a ésta nuevos recursos y habilidades. Así, para



Figura 9-5. Portada del libro de Ana.



Figura 9-6. Dibujo del juego del terremoto.

salvarse del ataque, la princesa podría correr, nadar y pedir ayuda; ella comentó: “Trato de escapar pero no puedo y pidió ayuda” (sic Ana). Se le señaló que esa princesa se parecía mucho a ella porque también pidió ayuda y ahora ella podía hablar de lo que sentía frente a la violencia y las discusiones de sus padres.



Figura 9-7 Dibujo del juego de la princesa.



Figura 9-8. Dibujo del juego de las patitas hermanas.

- Dibujo de las hermanas patitas. Al realizar el dibujo de la sesión en la que la paciente elaboró el modelado de las patitas hermanas, recordó que ellas se habían separado y aprendido que podían estar separadas y seguras, así como ella y su hermana, que “lo importante fue que se pudieron separar y que pudieron hacer las cosas por sí mismas, primero se sintieron un poco tristes pero descubrieron lo que podían hacer cada quien por su parte y que cuando necesitaran ayuda iban a poder decirle a su otra hermana... yo cuidaba mucho a mi hermana en la escuela y siempre estábamos muy juntas... si cuida a mi hermana pero ella puede defenderse sola... aunque estén lejos como la familia feliz, siempre van a estar en el corazón” (sic Ana).

Cuando la paciente terminó de mostrar sus dibujos, la terapeuta realizó un juego en el cual entrevistaba a la niña como autora del libro, lo cual concluyó de la siguiente manera:

T: ¿Qué fue lo importante de esta última sección de su libro?

A: “Logró no meterse en los problemas de los papás... antes tenía pena, no conocía a su psicóloga, se metía en los problemas de sus papás, no podía dormir y tenía miedo... ahora es más feliz, no se mete en los problemas de sus papás, platica con su mamá...”.

T: ¿Qué le diría a otros niños que pueden pasar por esto que le sucedió a usted?

A: Que trataran de cuidarse, que no se metan en los problemas de sus papás, que hablaran con su mamá y que no tuvieran miedo.

T: ¿Qué les diría a los papás?

- A: Que no se pelearan enfrente de sus hijos, que no se gritaran y que pudieran platicar para solucionar las cosas.
 T: Muchas gracias por esta entrevista.
 A: De nada

En la última sesión, Ana presentó su libro a su mamá y a su hermana, como una manera de incluirlas y hacerlas partícipes de sus logros. Los dibujos creados por la menor en esta fase fueron imágenes de dominio, orgullo y logro, que le permitieron a su familia reconocer y compartir sus fortalezas, así como su creciente confianza en sí misma.

El hecho de construir los dibujos de su propio proceso le permitió a la menor no sólo dar una secuencia cronológica a sus juegos, y así dar paso al cierre del proceso psicoterapéutico; sino que también fue una oportunidad para integrar los sucesos de violencia a partir de tomar un papel activo frente a ella, para así escribir en dibujos, su propia historia.

Knafo (2004) comenta que cuando ocurre un evento traumático, el aparato psíquico se ve forzado a introyectar de manera brusca las experiencias, y esto impide darles un lugar en la memoria y en la historia personal. Al ayudar a disminuir la disociación y construir una narración personal continua, que integre vivencias emocionales y acontecimientos interpersonales, el trauma se convierte en algo personalizado del pasado, que contiene propiedades simbólicas en lugar de senso-motoras; en donde las palabras construyen un significado que transforma la experiencia en un recuerdo narrativo (Herman, 1992). Es así como el libro que Ana creó le permitió reconstruir su proceso; en él se observa la forma en la que pasó de una posición pasiva frente al evento, a adquirir un mayor sentido de competencia, confianza y seguridad sobre sí misma y su entorno.

CONCLUSIONES

Utilizar los medios artísticos en el tratamiento de los niños expuestos a situaciones traumáticas agrega nuevas posibilidades; ayuda a crear un espacio seguro que facilita la expresión afectiva, la revisión de fantasías, recuerdos, sentimientos y sueños recurrentes que se manifiestan en el proceso de recuperación de un evento traumático. A continuación se describen algunas de las aportaciones que el arte como herramienta puede brindar al tratamiento de niños expuestos a la violencia.

Si bien en la figura del terapeuta recae la responsabilidad de favorecer la construcción de la alianza terapéutica y de crear un clima que permita al niño sentirse seguro para expresarse, el arte le facilita esta función, forma parte del propio juego del niño y, al ser un medio conocido por él, favorece su sensación de seguridad y confianza, así como su cooperación ante una situación extraña como lo puede ser el psicodiagnóstico y la psicoterapia (Padilla, 2003; Wallon, Cambier, & Engelhart, 1992). Crear este espacio seguro cuando se ha vivido un suceso tan amenazante como lo puede ser la violencia, es crucial para que el niño se sienta con la confianza

suficiente para expresarse, y el arte es un medio idóneo para ello (Malchiodi, 1998; Gould & Oster, 2004).

Si bien los niños expuestos a la violencia ya poseen un cierto grado de ansiedad, la psicoterapia no tiene por qué ser una experiencia que la incremente. El arte ayuda a exponerse a estímulos traumáticos de una manera menos directa, donde el contenido impronunciable puede ser representado sin generar más angustia (Hanney & Kozłowska, 2001). En el acto de pintar la emoción es expresada en un sentido positivo, aunque el producto final puede contener cualquier tipo de emoción, no importa cuán perturbadoras o negativas sean, ya que el acto de pintar se lleva a cabo en relativa calma y serenidad (Kramer, 1977). Es así como el niño que ha vivido una experiencia traumática puede representar de un modo simbólico en el arte las situaciones causantes de su preocupación con tranquilidad; por lo tanto la función del terapeuta será proporcionar el ambiente necesario para que el Yo del niño pueda mantener la calma ante la expresión simbólica de aquellos contenidos difíciles.

En las producciones de arte, el niño puede externalizar sus sentimientos de una forma concreta, esto le da la oportunidad de reconocer su existencia, recordarlos y reelaborarlos (Wadeson, 1980; Hanney & Kosłowska, 2001). Entonces, el arte permite a la persona separarse del problema al colocar su conflicto en un objeto fuera de sí. De tal manera es capaz de visualizar una gran variedad de perspectivas y contextos, con lo cual le es posible fomentar su dominio sobre el problema (Keeling & Bermudez, 2006).

Los niños, como cualquier otro ser humano, necesitan sentir cierto grado de dominio sobre sí mismos y sobre lo que les sucede a su alrededor, para así poder afrontar los retos del mundo (Kramer, 1977; Benyakar & Lezica, 2005). Cuando ocurre un evento traumático esta sensación de control se ve sobrepasada por los acontecimientos; sin embargo, el uso del arte permite al niño recuperarla a través del manejo que experimenta sobre la imagen y el material de arte, es así como resurge su sensación de esperanza, competencia y dominio sobre sí mismo y su entorno (Hanney & Kozłowska, 2001).

Las producciones artísticas ofrecen también la oportunidad de documentar el proceso terapéutico a través de las imágenes creadas que permanecen a lo largo del tiempo (Gould & Oster, 2004), esta cualidad de permanencia de las producciones artísticas da la oportunidad de regresar a ellas para dialogar, reconocer avances, sentimientos pasados y presentes, así como inscribir nuevos significados a lo antes representado y poder incorporar el evento traumático a la historia personal.

Ante el cierre, las producciones de arte permiten recordar la experiencia del proceso psicoterapéutico e integrar los nuevos aprendizajes. Los dibujos realizados en esta fase permiten la observación y el análisis de los avances, de los recursos personales alcanzados, así como la identificación de los sentimientos generados por el cierre del tratamiento.

El arte agrega posibilidades de comunicación dentro del proceso terapéutico, lo que facilita la comprensión del proceso, pero al fin y al cabo es un medio como lo es el juego o las palabras y su relevancia radica en el empleo que le den los niños, en la forma cómo lo utilizan y en lo que simbolizan con los materiales que se les brindan.

El terapeuta puede considerar al arte como un complemento a las verbalizaciones del niño, un apoyo al tratamiento o un recurso diagnóstico, una oportunidad de expresión, de aprendizaje o de interpretación. Es así como su uso y su inclusión dentro de la terapia va a depender de manera directa del enfoque teórico que sustente la labor del terapeuta, así como de la concepción o del valor que éste le dé a las expresiones artísticas del niño.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1973). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós.
- Aberastury, A. (1978). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. México: Paidós.
- American Art Therapy Association (2009). *About art therapy*. Recuperado el 20 de Noviembre, 2009 desde <http://www.americanarttherapyassociation.org/aata-aboutarttherapy.html>.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ansermet, F., y Mejía, C. (1999). *Trauma y lenguaje*. Lausanne: Servicio Universitario de Psiquiatría para Niños y Adolescentes.
- Bellak, L. (1990). *Test de apercepción temática, test de apercepción infantil y técnica de apercepción para edades avanzadas: uso clínico*. México: Manual Moderno.
- Benyakar, M., y Lezica, A. (2005). *Lo traumático: clínica y paradoja* (Vol. 1). Buenos Aires: Biblos.
- Buck, J. N. (1995). *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP*. México: Manual Moderno.
- Cane, F. (1951). *The artis in each of us*. New York: Pantheon.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica medico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Covarrubias, T. E. (2006). *Arte terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal*. Tesis de especialidad, Facultad de artes, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Dolto, F. (1985). *Psicoanálisis y pediatría*. México: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Eisdell, N. (2005). A conversational model of art therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 78 (1), 1-19. Recuperado el 11 de diciembre, 2008 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Esquivel, F., Heredia, C., & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Freud, A. (1977). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1920-1922). *Más allá del principio del placer, psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras. Obras completas*. (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu.
- Frías, M. y Gaxiola, J. C. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (2), 237-248.
- Garai, J. E. (2001). Humanistic art therapy. En J. A. Rubin, *Approches to art therapy, theory & technique* (págs. 149-161). New York: Brunner Routledge.
- Gould, P., & Oster, G. D. (2004). *Using drawings in assessment and therapy*. New York: Brunner-Routledge.

- Hanney, L., & Kozłowska, K. (2001). An art therapy group for children traumatized by parental violence and separation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 49-78.
- Hanney, L., & Kozłowska, K. (2002). Healing traumatized children: creating illustrated story-books in family therapy. *Family Process*, 41 (1), 37-65. Recuperado el 13 de diciembre, 2007 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2006). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2011*. México.
- Keeling, M. L., & Bermudez, M. (2006). Externalizing problems through art and writing: experiences of process and helpfulness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (4), 405-19. Recuperado el 11 de diciembre, 2008 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños. Obras completas* (Vol. 2). México: Paidós.
- Knafo, D. (2004). *Living with terror, working with trauma. A clinician's handbook*. New York: Adonsan.
- Koppitz, E. (2007). *El dibujo de la figura humana en los niños*. México: Editorial Guadalupe.
- Kramer, E. (1977). *Art as therapy with children*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Kramer, E. (1979). *Childhood and art therapy*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Kramer, E. (1982). *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Kramer, E. (2001). Sublimation and art therapy. En J. A. Rubin, *Approaches to art therapy, theory & technique* (pp. 28-39). New York: Brunner Routledge.
- Limiñana, R., y Patró, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21(1), 11-17.
- Maganto, C. (1995). *Psicodiagnóstico infantil*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Malchiodi, C. A. (1998). *Breaking the silence: art therapy with children from violent homes*. New York: Brunner/Mazel.
- Malchiodi, C. A. (2005). *Expressive therapies*. New York: The Guilford Press.
- Matto, H. C. (1998). Cognitive-constructivist art therapy model: a pragmatic approach for social work practice. *Families in Society*, 79 (6), 631-640. Recuperado el 11 de diciembre, 2008 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- McDowell, B. M. (2006). Caring for child victims: countering the effects of domestic violence. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11 (2), 129-132.
- Naumburg, M. (1966). *Dynamically oriented art therapy: its principles and practice*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Oaklander, V. (1996). *Ventanas a nuestros niños, terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C. Recuperado el 10 de Septiembre, 2012 desde http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
- Ortega, R. (1992). El proceso terapéutico del psicoanálisis de niños y de adolescentes. En M. Salles, *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes* (págs. 215-231). México: Grupo Editorial Planeta.
- Osofsky, J. (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50, 782-788.
- Padilla, M. T. (2003). *Psicoterapia de juego*. México: Plaza y Valdez.
- Rhyne, J. (2001). Gestalt art therapy. En J. A. Rubin, *Approaches to art therapy, theory & technique* (págs. 134-148). New York: Brunner Routledge.
- Rodulfo, M. (1992). *El niño del dibujo: estudio psicoanalítico del grafismo y sus funciones en la construcciones temprana del cuerpo*. México: Paidós.

- Rogers, N. (2001). Person centered expressive art therapy: a path to wholeness. En J. A. Rubin, *Approches to art therapy, theory & thechnique* (pp. 163-177). New York: Brunner Routledge.
- Rosal, M. (2001). Cognitive-behavioral art therapy. En J. A. Rubin, *Approches to art therapy, theory & thechnique* (pp. 210-225). New York: Brunner Routledge.
- Rossmann, B.B.R., Hughes, H.M. y Rosenberg, M.S. (2000). Impact of exposure to Interparental Abuse. En *Children and Interparental Violence. The Impact of Exposure* (pp. 11-30). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Rubin, J. A. (2005). *Child art therapy*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Salles, M. (2002). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. México: Plaza y Valdes.
- Schneider, P. B. (1981). *Propedéutica de una psicoterapia*. Valencia: Nau Livres.
- Sobol, B., & Williams, K. (2001). Family and group art therapy. En J.A. Rubin, *Approches to art therapy, theory & thechnique* (pp. 261-280). New York: Brunner Routledge.
- Thompson, R. (2007). Mother's violence victimization and child behavior problems: Examining the link. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 306-315.
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.
- Wadeson, H. (1980). *Art psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Wallon, P., Cambier, A., & Engelhart, D. (1992). *El dibujo del niño*. México: Siglo veintiuno.
- Widlöcher, D. (1988). *Los dibujos de los niños, bases para una interpretación psicológica*. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Capítulo 10

Comentarios finales

*Emilia Lucío Gómez-Maqueo y
María Cristina Heredia y Ancona*

A continuación se harán breves comentarios sobre algunos de los casos revisados y cómo la comprensión de los mismos se enriquece desde la perspectiva del desarrollo.

Los tres primeros capítulos sirvieron de sustento teórico y marco conceptual para los casos que se presentaron en los siguientes apartados.

En el capítulo IV, al abordar el caso de Bárbara desde la psicopatología del desarrollo fue posible entender que aunque pubertad precoz no es un término que esté en el DSM-IV o V, constituye un problema que influía en todas las esferas de la vida de esta niña: en su desempeño escolar, en sus relaciones consigo misma, en relación a su identidad y en las relaciones con sus padres y las demás personas de su entorno social.

Lo más alterado era su desarrollo emocional, en donde existía la gran confusión de si era niña o mujer. La solución de la madre y de la doctora que revisó su cuerpo desde una perspectiva médica fue considerarla una mujer, quizá para prevenir un embarazo precoz. Sin embargo, esto trajo una mayor confusión en Bárbara quien quería vivir una sexualidad que no correspondía a su proceso de desarrollo. Esto no le permitía desahogar su energía como la niña que era en el aspecto emocional, sino que la llevaba a presentar deseos sexuales precoces, los cuales se complicaban aún más debido a la relación difícil de ella con sus padres y entre ellos; quienes conservaban una actitud emocional adolescente, sobre todo el padre, al cual se le dificultaba asumir un rol adulto.

Durante varias sesiones la terapeuta logró llevar a la paciente a asumir un desarrollo emocional de niña en transición a la pubertad. El juego, herramienta básica de este proceso, permitió que la menor viviera sus fantasías, aceptara también su situación real y estableciera límites más claros entre lo imaginario y la realidad. Bárbara no podía ser la terapeuta y ésta también tenía limitaciones; no era todopoderosa, como fantaseaba la niña al inicio del tratamiento, quien al final comentó: “Ni siquiera tiene un novio”. Por otro lado, la niña tampoco debía ejercer un rol

materno que no le correspondía, no tenía que dejar de cuidarse y faltar a la terapia por cuidar a su primo bebé.

En el trabajo con Bárbara resulta evidente que se tomó en cuenta el contexto cultural de esta niña. Su familia tenía pocos recursos económicos, la menor ni siquiera contaba con un espacio propio donde dormir y tener cierta privacidad. El padre preguntaba: ¿Cuál sería el problema de que Bárbara se convirtiera en madre desde muy pequeña?, sin darse cuenta que eso alteraría su desarrollo emocional. Él estaba detenido, en cuanto a sus emociones, en la adolescencia ya que incluso, no salía a trabajar para tener relaciones con su esposa, porque las mañanas eran el momento en que podían tener privacidad.

A través del juego la terapeuta logró que Bárbara asumiera una identidad clara y que pudiera adquirir competencias correspondientes a su edad, como aprender en la escuela, aceptar cambios y compartir con sus compañeros, en lugar de ser una adulta chiquita. La paciente hizo también progresos importantes en algunas de las tareas, pues logró establecer relaciones adecuadas con los pares y otros adultos y consiguió una mejor regulación emocional.

Los padres, a través del proceso de su hija también lograron hacer cambios como construir una recámara, lo que les permitió a todos contar con espacios propios.

Una visión sobre prevención y resiliencia favoreció a la terapeuta para comprender que aunque la niña era vulnerable y tenía desventajas, podía adquirir competencias que la ayudaran a tener un mejor desarrollo y prevenir que surgieran problemas más complicados. Bárbara contaba con recursos como inteligencia, facilidad de observación y de expresión verbal.

El desarrollo del proceso que se dio con esta paciente, permitirá tener herramientas para atender otros casos, cada vez más frecuentes, de pubertad precoz.

El capítulo V sobre la enuresis inició con una revisión de los conceptos teóricos, desde diversas perspectivas, que pueden ayudar a comprender la enuresis y la encopresis. Se revisaron tanto conceptos psicoanalíticos como psiquiátricos y del desarrollo.

Estos problemas son más frecuentes de lo que a veces se supone y parece ser que en la actualidad constituyen una de las causas más comunes por la que los niños son llevados a consulta.

Se mencionó también cómo algunos autores consideran que la relación afectiva con la madre y con otras personas incide en esta problemática.

Más adelante se comentaron diversos enfoques sobre el tratamiento de este problema, basados en la concepción de que la causa de estas alteraciones no es única y que además sus manifestaciones están teñidas por la individualidad de los niños.

Dolto (1974, 1982, 1997?), por ejemplo, enfatiza la importancia de considerar cuál es la etapa del desarrollo en la que el niño se encuentra y establecer a qué se debe la regresión a un estado anterior, cuando se trata de enuresis y encopresis secundaria como en esta situación. También se supone que es importante aclarar cuál será el papel de los padres en el tratamiento e incluirlos o no según el problema de que se trate; aunque siempre se les proporcione orientación.

El caso que se presenta en este capítulo hizo referencia a la intervención llevada a cabo con Renán, un niño de 9 años que presentaba ambos problemas: enuresis y

encopresis desde hacía dos años, y que fue tratado por medio de terapia de juego con enfoque psicodinámico. Se utilizó en forma importante la caja de arena. Con respecto a los padres, el tratamiento fue llevado a cabo dentro de la línea de orientación, debido a que en las prácticas familiares pudieron observarse algunos factores de riesgo.

En la primera entrevista con la madre hay dos aspectos que resaltaron: por un lado, fue notorio que la madre devaluaba a su hijo; por otro, ella había intentado una diversidad de tratamientos o remedios para solucionar el problema del niño.

En la primera entrevista, el menor comentó que mantenía como un secreto que se hiciera pipí y debía resolverlo sin que nadie se diera cuenta, porque si lo supieran se burlarían de él. Renán tenía una hermana mayor con la que no se llevaba bien y a quien la madre se lo encargaba porque pensaba que el paciente era “torpe y bobo”.

En este caso pudo observarse una relación de dependencia con la madre, quien parecía ser sobreprotectora y hasta cierto punto con una actitud persecutoria; mientras que el padre era una figura ausente en el ámbito afectivo.

La terapeuta estableció un vínculo afectivo fuerte con el niño desde el inicio del tratamiento y una tolerancia marcada a los síntomas que éste presentaba, quien incluso llegó a defecar y orinar dentro del consultorio en las primeras sesiones. Al realizar la supervisión del caso, se enfatizó que tendría que ser una prioridad controlar el síntoma durante el horario de la terapia.

Desde las primeras sesiones el paciente empezó a simbolizar su conflicto. Jugaba con un sello de zorrillo, quien molestaba a los demás con sus orines. En las sesiones de evaluación Renán comentaba que se hacía popó porque no controlaba su organismo y que él no se daba cuenta; su mamá era quien lo revisaba porque lo olía.

La caja de arena permitió a Renán simbolizar y elaborar su síntoma. Cuando se le presentó por primera vez se mostró muy excitado y curioso. En esta sesión comentó que en la arena mojada se sentía atrapado y era claro que simbolizaba las heces con la arena y el agua. Comentó también que quería poner juguetes en la arena con los que simbolizaba a su familia y decía que “hacerse” le impedía acercarse a las personas, pues la madre le decía que “no lo hiciera, ya que olía mal”.

En la segunda fase del tratamiento, a través del juego el menor simboliza con claridad los conflictos familiares; dice que “hay que matar a todos los hombres” y que en realidad “los hombres están muertos”, para así simbolizar la ausencia afectiva del padre. También empezó a hablar de la actitud violenta y agresiva de la madre, quien lo rasguñaba. Además, en esta fase surgieron temas en relación a la sexualidad y los genitales. Aunque la madre había comentado que no le hablaba a Renán ni a su hermana sobre este asunto porque estaban muy chiquitos.

En la fase final, el menor logró hablar en forma abierta de su necesidad afectiva respecto a su padre, aunque decía comprender que éste no compartiera con él porque era: “Un hombre mayor, que está cansado”. En realidad, el padre era mucho mayor que la madre.

En esta fase también aparecieron la rebelión y agresión hacia la terapeuta quien con seguridad representaba a su madre. La terapeuta resolvió con paciencia y firmeza la situación, lo que le permitió a Renán hablar de las cosas que no le gustaban de su madre en lugar de actuar la agresión.

También aquí empezó a reconocer que se parecía a su padre porque ambos eran pasivos ante la madre, a quien consideraba “muy mandona”. Además cuando jugaba a construir ositos que simbolizan emociones, logró manifestar ternura, tristeza y otros sentimientos que antes no podía expresar.

En un principio el niño se negaba a que el tratamiento terminara, pero después logró aceptar esta separación, aunque con dolor; lo cual con seguridad contribuirá a que el paciente logre una separación más adecuada con la madre, con quien tiene un vínculo sado-masoquista erotizado.

En este caso, pudieron observarse importantes factores de riesgo como una dinámica familiar en donde la madre era la figura fuerte, un tanto obsesiva y persecutoria; mientras que el padre era débil y estaba ausente. Lo anterior daba lugar a que no se alcanzaran algunas tareas del desarrollo como:

- Control de esfínteres
- Relación de apego seguro
- Relaciones adecuadas con los pares y otros adultos
- Regulación emocional

A pesar de que el tratamiento tenía como actor fundamental a la encopresis y la enuresis, a través del mismo el menor pudo alcanzar algunas de estas tareas del desarrollo y lograr las competencias correspondientes a su edad.

En el capítulo VI, al analizar el caso de Omar, se discute la dificultad de establecer un diagnóstico de trastorno bipolar en los niños, con énfasis en la comorbilidad con otros trastornos.

Este paciente fue canalizado por la escuela a uno de los centros de la Facultad de Psicología de la UNAM porque “presentaba conductas que afectaban el desempeño académico del niño”.

Desde la primera sesión resultaron evidentes la inquietud del Omar y su dificultad para seguir órdenes. En la historia clínica, proporcionada por la madre, se evidencian problemas desde su nacimiento, pues inclusive se consideraba que su vida estaba amenazada. Había cierto descuido de la madre hacia el niño por el estado emocional en que ella se encontraba.

Desde que el menor ingresó a la escuela manifestó diversos problemas como inquietud, a tal grado que la maestra lo amarraba en la silla. Su aprovechamiento nunca fue bueno.

Durante la terapia fue posible observar en el paciente algunos factores de riesgo como:

- Violencia por parte del padre
- Bajo nivel socioeconómico
- Familiares con alteraciones del estado de ánimo

El trabajo con el arenero resultó también de gran utilidad en este caso. A través de sus juegos, el niño mostró cambios bruscos del estado de ánimo y conductas agre-

sivas que se daban en su familia. En el dibujo de los dragones que escupían fuego expresó con claridad su fantasía de curación que era: “Portarse bien”. Problemas semejantes se observaron en sus otros dibujos y relatos del Test de Apercepción Infantil, CAT, por sus siglas en inglés. También resultó notorio que se trataba de un niño muy ansioso. En el test mencionado además se observaron problemas de lógica y coherencia del pensamiento, así como impulsividad y desorganización de su vida emocional.

Como resultado de la evaluación psicológica el niño fue canalizado para su valoración por posible trastorno del estado del ánimo, donde lo diagnosticaron como trastorno bipolar.

El terapeuta consideró que aunque confirmaba el diagnóstico de trastorno bipolar en la conducta del niño, no lo etiquetaría, aspecto básico para el enfoque de psicopatología del desarrollo.

Durante el tratamiento, el niño expresó mediante el arenero sus impulsos agresivos a través de luchas entre buenos y malos, que podían estar relacionados con sus luchas internas, además de tendencias destructivas.

El juego familiar sirvió para que los padres escenificaran sus dificultades para poner límites a Omar y así poder trabajar estos aspectos en sesiones familiares e individuales, sin perder de vista que el foco del proceso era el niño.

En la fase final del tratamiento Omar pidió coser el librito que había realizado durante las sesiones y escribir su historia, con lo cual se podría pensar que de esta manera el niño buscaba simbolizar la construcción emocional de su nueva familia: padre sustituto, madre y él.

Es importante comentar que aunque el diagnóstico en este caso no dejaba de ser una controversia y los distintos profesionistas podían tener diferentes visiones, se pudo trabajar en interdisciplina lo que contribuyó a que el niño mejorara, a pesar de vivir en un contexto de riesgo. Algunas de las tareas del desarrollo en las cuales el paciente mejoró fueron: adaptación a la escuela, mejores relaciones con padres y pares, así como un apego más seguro a su familia actual.

Aunque en apariencia el caso de Carlos que se comenta en el capítulo VII no es muy dramático, ya que en realidad no pasó nada cuando se atravesó sin ver un coche, llama la atención un hecho que a pesar de poder haber sido letal no fue percibido ni por los padres ni por nadie más a su alrededor ni siquiera como peligroso.

Carlos, a su corta edad, tenía verdaderas ideas suicidas que en realidad lo ponían en riesgo y de las cuales, en cierto modo, él mismo no se percataba.

A través de la terapia el menor tuvo al alcance herramientas que le permitieron hacer consciente su deseo de morir, producto quizá de una depresión, tampoco reconocida. Acudió a consulta por problemas escolares y porque se ponía triste, en particular cuando se separaba de la madre.

El niño vivía en un ambiente violento en el que eran frecuentes las amenazas y discusiones entre los padres, en una ocasión el padre amenazó a la madre con un cuchillo y él se cortó las venas.

¿Podríamos pensar que Carlos era depositario de los deseos de muerte del padre y de su incapacidad de separarse de la madre? ¿Se trataba de una madre masoquista que aceptaba la violencia como parte de su relación conyugal?

En este caso se recurrió de nueva cuenta a la terapia de juego con énfasis en el juego simbólico, como una herramienta esencial del tratamiento con la finalidad de que el pequeño pudiera proyectar sus necesidades conscientes e inconscientes. Se trataba de un niño de 8 años con una comprensión quizá poco clara del concepto de muerte, pero que sabía que estaba triste, sentía que no era importante para sus padres y prefería morir. Vivía fantasías importantes acerca de la muerte como la hermanita muerta, ¿cierto o imaginario?, pero no se percató de su actuación del propio deseo de morir hasta que, mediante el juego, pudo escenificar su sentimiento de abandono y poco cuidado por los padres (sesión 6): “Los niños van al hospital, están un año y se mueren”. ¿Se siente rechazado, casi invisible para los padres? La poca aceptación y cuidado parental lo convierten en un niño tímido y poco sociable, que tampoco es visto por los demás personajes de su entorno social. “Cuando te portas mal o dices algo feo a tus papás viene (la muerte) y te jala las patas”. De manera constante siente temor y éste se convierte, en ocasiones, en agresión y violencia. Cuando pudo hacerse cargo de su enojo y agresión hacia sus padres, desaparecieron sus pensamientos acerca de la muerte y le fue posible mejorar.

El caso de Orlando es más impactante, pues este niño sufrió la muerte del padre y después la pérdida de la figura sustituta, la posterior pareja de la madre. Es indudable que ella era una persona que se sentía muy presionada, no sólo por las circunstancias externas, sino también porque era una persona perfeccionista y quería hacerlo todo sola; se le dificultaba pedir y aceptar ayuda. Esto llevaba a Orlando a experimentar más pérdidas, no podía estar con el abuelo paterno porque estaba loco, no podía estar con Paco (la pareja de la madre) porque había agredido a su madre. No compartía con otras personas, que quizá agobiaban a la madre con sus consejos y sugerencias. Orlando sentía que en este mundo sólo había sufrimiento (aunque no lo dejaron saber del todo), sentía el que el padre hubiera sufrido durante su enfermedad, pues lo acompañaba a las consultas.

El enojo de Orlando se transformó en deseos de muerte, los cuales eran negados por la madre, quien al final sólo aceptó de manera parcial la ayuda terapéutica, pues en las pocas sesiones en las que se habló sobre la carta, ya no llevaba a los niños.

De esta manera es posible observar que Orlando, a pesar de ser pequeño, tenía un concepto bastante elaborado de la muerte, que sufría y a su vez no quería ver sufrir a la madre, quien se desesperaba ante la dificultad de su situación.

Con respecto a este caso surge la pregunta: ¿No será mejor dejar participar a los niños del duelo de la muerte y los ritos que la acompañan? Podrá ser mejor que los niños se despidan del enfermo o como en este caso hacerlos cómplices de la mentira que se fue de viaje. Creo que la respuesta es clara, es mejor que participen, la pregunta es ¿cómo? Lo que sí es indudable es que cuando no se elabora el duelo, los niños pueden llegar a desarrollar fantasías acerca de que la persona muerta va a regresar o tener deseos de morir para estar con ella. Según Dyregrov (2008) no es sólo la pérdida del progenitor lo que influye en los problemas psicológicos que el niño puede presentar, sino también las consecuencias de la pérdida para la familia; como por ejemplo, el padre sobreviviente puede tener mayor presión, menor disponibilidad física y emocional, limitada comunicación o distanciamiento entre los integrantes de la familia, dificultades económicas y otros sucesos negativos.

Es importante considerar, entonces, que en situaciones de duelo la reacción y comprensión de los niños ante la muerte, dependerá de su edad. Los niños desde pequeños reaccionan con fuerza frente al fallecimiento de un ser querido, pero eso no significa que desde muy pequeños comprendan el concepto de muerte. Entre los 5 y 10 años los pequeños logran entender que la muerte es irreversible.

Cabe señalar que la pérdida de alguien significativo puede ser una de las experiencias más dolorosas que se pueden experimentar en la infancia, que coloca a los menores en una situación de vulnerabilidad y sufrimiento. A veces éstos desarrollan fuertes sentimientos de culpa, así como fantasías de que ellos pudieron haber evitado la muerte del ser querido.

Es conveniente, entonces, que la persona más próxima al niño hable de ello con él lo más pronto posible y que sea sincera y honesta; situación que la madre de Orlando no pudo hacer por su propio malestar. Ella no pudo tampoco decirle al niño que el padre había muerto y tratar de explicarle de manera simple lo ocurrido, ni en la medida de lo posible mencionar aspectos positivos como “se hizo todo lo posible por salvarle”. En este caso, incluso la madre -después de un tiempo- no había podido elaborar su propio duelo, lo que no le permitió hablar en forma abierta con sus hijos.

En estas circunstancias resulta conveniente explicar al niño en qué consiste un funeral, un entierro, un velatorio, que recibirá visitas de las familiares, que estarán tristes, incluirle en los actos y reuniones familiares y preguntarle si desea participar en los rituales de despedida. Cuando se incluye a los niños en los rituales es importante asegurarse de que esto no los va estresar de manera innecesaria.

El hecho de que estuvieran ausentes estas posibilidades hizo que Orlando se identificara con el padre muerto y que no pudiera elaborar el duelo en forma adecuada. Aunque el pequeño empezó a hacerlo mejor durante el proceso terapéutico, no se pudo finalizar la elaboración de la situación debido a que la madre decidió interrumpir la terapia; sin embargo, es claro que algunas de sus heridas se pudieron sanar.

En el capítulo VIII al hacerse referencia al trabajo con los padres en el proceso terapéutico de los niños, se enfatizó que para el psicoterapeuta infantil constituye un desafío crear una relación de alianza y colaboración con los padres. A través de tres casos se ilustró cómo el trabajo del terapeuta cambia en las diversas fases del proceso. Es importante, por lo tanto, brindarles a los padres un espacio en el cual puedan contener su angustia y tratar de favorecer una relación diferente con sus hijos, algo que se ha podido enfatizar en todos los casos presentados en este libro. En el caso de Pavel, es notorio cómo por medio del trabajo con los padres la actitud de la madre que en un principio era de desconfianza marcada, cambió y tanto ella como su esposo lograron aceptar muchas de las sugerencias de la terapeuta, para evitar que el niño estuviera en medio de la relación entre los padres. Asimismo la madre logró dar un lugar a la voz del padre.

Por otro lado, en el caso de Jim, la madre pudo darse cuenta de su participación para aumentar los problemas de su hijo e hizo esfuerzos para dejar de agredir a su hijo en forma física o verbal, aunque no dejó de menospreciar los logros del niño.

Y por último, en relación a Iván, la madre se apegó a las indicaciones del tratamiento y aunque siguió inconstante como al principio, no sólo logró establecer

reglas y límites en la casa, sino también apearse a ellas. Dado el contexto en que vivían estos niños, su mejoría no hubiera sido posible sin la alianza con los padres, reto que la terapeuta supera en forma exitosa.

En el capítulo IX se hizo una breve historia de los antecedentes del uso del arte en la psicoterapia infantil. Éste es considerado como un recurso en el tratamiento de los problemas psicológicos y emocionales del niño. El dibujo ha sido la técnica artística más utilizada en el trabajo con los niños. Además se presentó una revisión de los autores de la corriente psicoanalítica que han utilizado el arte en el tratamiento de los niños y se mencionó también cómo el uso del arte ha llevado a crear una corriente independiente que se llama Arte terapia.

Se consideran como algunas de las ventajas de utilizar elementos artísticos en la psicoterapia y en el psicodiagnóstico los siguientes:

- Permite agregar nuevas posibilidades de expresión para el niño
- Los medios artísticos son menos amenazantes que otras técnicas, ya que ponen al niño en un lugar cómodo y conocido frente a una evaluación o una sesión terapéutica
- Favorecen la búsqueda de soluciones creativas y simbólicas de las situaciones cotidianas del niño
- Coadyuva al logro de la alianza terapéutica

En este capítulo también se especificó que el uso del arte varía de acuerdo a las diversas fases del tratamiento. Además, se presentó el caso de Ana, una niña que fue llevada a consulta por su madre porque tenía dificultades para conciliar el sueño. Desde las primeras sesiones fue evidente que la menor estaba expuesta a una situación de violencia intrafamiliar. El padre era celoso en extremo y de las discusiones con la madre, pasaba a los golpes. La madre se sentía impotente pues tenía pocos recursos económicos ya que trabaja como empleada doméstica.

Ambos padres provenían de provincia y su nivel de educación era bajo, la madre estudió hasta cuarto de primaria y el padre sólo terminó la primaria.

Resultó evidente la existencia de algunos factores de riesgo como:

- Estilo de interacción familiar inadecuado
- Bajo nivel educativo de los padres
- Falta de apoyo familiar
- Pertenecer a un grupo minoritario
- Bajo nivel socioeconómico

Al principio del tratamiento Ana expresó, por medio del arte, sus miedos y sentimientos de culpa por no poder solucionar los conflictos entre los padres. Le angustiaba no poder conciliar el sueño en parte porque tenía pesadillas, lo cual pudo expresar a la terapeuta no sólo por medio de la palabra sino también a través de un dibujo.

Mediante la expresión artística, la pequeña logró cambiar de una posición enajenada, como parte de la conflictiva de pareja, a una postura propia en la que ella pudo concebirse como un individuo que podía protagonizar emociones y objetivos propios.

De manera ocasional, en las sesiones iniciales, la niña llegó a identificarse con el padre violento y en otras con la madre sufrida y maltratada, estaba en extremo alerta de lo que pasaba con los padres, lo cual pudo observarse en sus primeros dibujos. En ellos, aparecieron de manera recurrente sentimientos de culpabilidad y la necesidad de poner solución a los conflictos parentales. Asimismo percibía a sus padres enfocados en sus propios problemas y poco responsivos a sus necesidades, se mostraba también angustiada y con miedos.

En la primera fase del tratamiento la paciente realizó un dibujo donde sus padres se peleaban, comentó que dibujó “cuando sus papás se peleaban, cuando ella lloraba, que tenía mucho miedo y se sentía muy triste”.

Conforme adquirió mayor confianza, la niña pudo encontrar en sus dibujos y en la relación terapéutica, un espacio para empezar a simbolizar la violencia. Éstos y las historias que realizó le permitieron conocer su estado socio afectivo y la forma cómo enfrentaba la situación familiar, con lo que la terapeuta pudo establecer la gran carga afectiva que ponía en tratar de solucionar los conflictos entre los padres y planear con más claridad el tratamiento a seguir. En este caso el arte también fue útil para aminorar la angustia de la niña ante la separación de la terapeuta en un periodo de vacaciones.

En la fase intermedia del tratamiento fue notoria la manera en la cual la niña pudo elaborar mejor la situación y sentirse más segura por medio de sus dibujos. A través de las **patitas** escenificó el problema con su hermana, pues Ana había sido designada por su madre como la cuidadora y protectora de la hermana; papel que en realidad no le correspondía. La niña llegó a expresar un cambio de posición, pudo lograr ser más hija y hermana; si bien se sentía muy apegada a su hermana también quería separarse de ella: “Lo importante fue que se pudieron separar y que pudieron hacer las cosas por sí mismas, primero se sintieron un poco tristes, pero descubrieron lo que podían hacer cada quien por su parte y que cuando necesitara ayuda iba a poder decirle a su otra hermana”. Aquí ya Ana logró sentirse como igual y compañera de la hermana, no como una figura adulta y protectora, además empezó a ser una persona independiente. La madre notó estos avances ya que la menor mostró más confianza y seguridad; incluso comentó que habían desaparecido las dificultades para dormir y la angustia de la niña. Además Ana logró expresar de forma más directa sus sentimientos.

En la última parte del tratamiento la terapeuta le propuso a la pequeña la elaboración de una serie de dibujos que ella misma convirtió en un libro al cual tituló **La terapia de Ana y su psicólogo**. Cada dibujo lo convirtió en una sección, lo numeró y puso un título. Así, durante el cierre de la terapia, se le dió el tiempo necesario para terminar su libro y reconocer sus recursos.

En los diversos dibujos realizados, la paciente elaboró las diversas fases de su conflicto y tratamiento. Con respecto al dibujo del terremoto dijo que “puede hacerse a un lado, irse de ahí y así evitar que el terremoto y los rayos que caen le hagan daño”. En el relato y conversación con la terapeuta es clara la elaboración de su conflicto y su cambio de posición pues dijo recomendarles a los niños “que no se metan en los problemas de los papás”. También comenta que “les puede aconsejar a los niños

que hablen con sus papás”. El cierre del proceso fue progresivo. La sensación de dominio sobre sí misma se había mantenido por varios meses, el síntoma que la traía a tratamiento había remitido, había renunciado a reparar la situación parental, y también al rol de cuidador que mantenía para con su hermana.

El hecho de mostrarle su libro a su madre y hermana en la última sesión, es una forma de compartir sus progresos y sentimientos con ellas; lo que también es posible debido a que se realizaron los dibujos. Es notorio también que las intervenciones artísticas pueden servir para documentar el proceso psicoterapéutico.

En la recapitulación anterior, puede observarse que existen elementos comunes en todos los casos como son: todos los niños estuvieron expuestos a situaciones de riesgo, tanto por situaciones económicas como por el contexto familiar y social en el que se desarrollaron; en el microsistema existió violencia intrafamiliar, situaciones de abandono del padre no sólo física sino también emocional, y en algunas ocasiones problemas de alcoholismo y alteraciones psicológicas por alguno de los padres; situaciones que impidieron que los niños tuvieran un desarrollo sano para enfrentar en forma adecuada las dificultades que se les presentaron.

En la mayoría de los casos, las conductas que asumieron los padres hacia los hijos eran de poca aceptación y confusión en la forma de tratarlos. Estas actitudes están ligadas de manera íntima a las teorías del apego y a los estilos de crianza. Resulta notorio que son padres ansiosos porque no han podido cubrir de forma satisfactoria las necesidades de los niños, sobre todo las relacionadas con la confianza, seguridad, apoyo y desarrollo de una autoestima positiva. Sin estas características, los niños se verían impedidos para desarrollar conductas resilientes y tener salud mental.

En la actualidad, las estadísticas demuestran que ha habido un aumento en la epidemiología de los trastornos mentales en los niños, lo que se debe, en gran parte, a las condiciones medioambientales en las que éstos viven.

La teoría ecológica se refiere a la interacción del individuo con los diferentes subsistemas que le rodean, y la influencia que éstos tienen en la utilización de los recursos personales, el comportamiento que surge, y la forma de resolver los problemas. Estas condiciones pueden llevar a una vida sana, satisfactoria y plena; o por el contrario, a una sensación de insatisfacción, tensión y en muchas ocasiones hasta llegar a desarrollar algún trastorno físico o emocional.

Los modelos actuales del macrosistema han originado una serie de cambios en las creencias, los valores y formas de vida de las familias, las cuales tienen que hacer adecuaciones para adaptarse a las nuevas demandas. De acuerdo con el modelo posmodernista, el cual es una propuesta económico neoliberal globalizante, impuesta por las clases dominantes y con base en el libre mercado, (Barudy & Dantagnan, 2005) ha originado que una sociedad de consumo en donde los padres se ven expuestos a tratar de obtener mayores recursos económicos para responder a las demandas de los hijos. Es así que en la familia se han tenido que hacer una serie de ajustes y modificar los roles, para poder satisfacer las demandas económicas a las que estamos expuestos. Barudy y Dantagnan (2005) consideran que el modelo de la posmodernidad, es manipulador, individualista, materialista, basado en el deseo, la indiferencia y consumista; el control social se realiza mediante la alienación y el pensamiento

único. Todo esto propicia la hipertrofia de la función materna, el libertinaje infantil, donde los niños se vuelven objetos de consumo (consumistas precoces).

El hecho de que ambos padres trabajen para tratar de cubrir las necesidades económicas, requiere de una serie de ajustes en la dinámica familiar, porque se alteran los roles de género, se encuentran sometidos a más presiones y tensión, que pueden alterar sus estados de ánimo y el tiempo de convivencia con la familia. Muchas ocasiones los padres se encuentran confundidos en la manera de relacionarse. Hay padres que se adaptan exitosamente a los nuevos roles de género y logran una interacción adecuadas entre ellos y sus hijos, especialmente en sociedades desarrolladas, pero en con sus hijos, cuál es la mejor forma para educarlos y los presionan para que cumplan con las demandas sociales de competitividad, sin tomar en cuenta las características de los niños, así como sus deseos y necesidades, sobre todo en el caso de padres que viven presiones económicas fuertes como los niños a quienes nos referimos en capítulos anteriores. Ante estas condiciones los menores se encuentran en soledad una buena parte del día y pueden surgir sentimientos de inseguridad e indefensión al no encontrar a una persona con quien comunicarse para que le de seguridad y apoyo para enfrentar las demandas del medio ambiente.

Esta situación de soledad, puede originar actitudes de aislamiento, así como dificultad para relacionarse con las personas que le rodean, siendo éstas, en muchas ocasiones, de desconfianza y superficialidad. Asimismo pueden surgir dificultades en el manejo de las emociones y en los estados de ánimo, que pueden crear ansiedad, inseguridad, tristeza, enojo, entre otros; sentimientos a los que el niño no sabe cómo responder.

Para enfrentar de manera satisfactoria estas nuevas formas de vida es necesario realizar acciones preventivas con las familias, que les permitan obtener una mayor satisfacción de la convivencia diaria y con ello lograr un bienestar emocional y salud mental.

Las acciones preventivas pueden estar más dirigidas desde un enfoque psico-educativo.

Con éste, resulta conveniente realizar actividades grupales y comunitarias que permitan acceder a la información sobre la importancia de la salud y bienestar familiar para lograr seres humanos sanos y plenos que puedan hacer uso de todas sus capacidades para enfrentarse de manera satisfactoria a las demandas del medio.

El trabajo grupal con los padres se puede encaminar en dos sentidos: a) Contar con un espacio en donde puedan expresar sus dudas y sentimientos en relación con su papel de padres; b) Recibir información sobre la importancia que tienen las relaciones afectivas en el desarrollo del ser humano, así como el tipo de apego que desarrollen con su hijo para que éste pueda adquirir seguridad en sí mismo; y la influencia de los estilos de crianza, en el comportamiento de los pequeños y, c) Buscar nuevas formas de afrontamiento ante los problemas que se les presentan en la vida familiar.

Con los niños se podrá trabajar en las escuelas para potencializar sus recursos, buscar nuevas formas de afrontamiento y alcanzar una mejor integración social a través de la empatía y la cooperación.

No se puede dejar de mencionar que esta obra trata de transmitir el interés que los diferentes autores han tenido en el trabajo terapéutico con los niños. Aunque los momentos de la experiencia en estos procesos pueden ser diferentes y también las posiciones desde las que se abordan, comparten el deseo de compartir su experiencia con otras personas, posibles lectores, que puedan criticar y enriquecer el trabajo con los pequeños.

Algunos, como quien esto escribe, han recorrido un largo trayecto en el trabajo con los niños y se enfrentan al reto de la enseñanza y supervisión de los casos; mientras que los autores de otros capítulos se inician en el largo camino de la psicoterapia.

REFERENCIAS

- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). Guía de valoración de las competencias parentales a través de la observación participante. Instituto de Formación Investigación e Intervención sobre la Violencia Familiar y sus Consecuencias, Gedisa, España.
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children*. Second Edition. A handbook for adults. London: Jessica Kingskey Publishers.

Índice

NOTA: Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

A

Acting out, 170, 158, 199
Acto suicida, 157, 158
Adolescencia, 2, 156
 precoz, 75
Adolescente, 156
 depresivo perfeccionista, 157
 desintegrado, 158
 impulsivo, 157
Afectividad, 125
Agresión, 169, 195, 235
Agresividad, 85, 88, 169, 196
Alteraciones psicológicas, 43
Amnesia, 81
Análisis factorial, **13**
 factores del cuestionario, 15
Anamnesis, 74
Angustia, 155, 156, 157, 191,
 202, 217
Anorexia, 86
Ansiedad, 3, 5, 28, 29, 37, 174,
 208
 niveles de, 55
 por separación, 58
Antidepresivos, 52, 54
Apego, 40, 61
 ambivalente, 40
 desorganizado, 40
 evitativo, 40
 inseguro, 40
 seguro, 40, 41
Arenero, 129, 143, 236
Arte, 229
 como terapia, 211
 en la psicoterapia infantil,
 209
Arteterapia, 211, 212, 240
 en el análisis del caso, 214
 en el cierre del tratamiento,
 214
 en el psicodiagnóstico, 213
 en la alianza terapéutica, 213
Atención, 125
Autismo, 6, 58

Autoconciencia, 211
Autoestima, 53
 exagerada, 123
Autoritarismo, 86

B

Baja autoestima, 208
Bulimia, 86

C

Caja de arena, 100, 235
Cámara de Gesell, 63, 64
CAPA (*Child and Adolescent
Psychiatric Assessment*), 56
Centro Integral de Salud Mental
(CISAME), 185
Círculo familiar, 203
Competencia, 16
Comportamiento(s), 44
 agresivo, 208
 suicidas, 151
Conflicto(s)
 disfrazado, 79
 en la niñez, 45
Consumistas precoces, 243
Creatividad, 16
Cuestionario de estrés en niños,
 12

D

Depresión, 5, 17, 28, 37, 122,
 188, 208
 maníaca, 122
Deprivación, 212
Desarrollo del niño, 27, 38
 biológico, 38
 influencia del contexto social
 y familiar, 27
Desarrollo emocional, 235
Dibujo(s), 240
 de la figura humana, 132
 de la transición, 146

de las hermanas patitas, 227
de sí misma del cierre de año,
 221
de un sueño, 219
del árbol cromático, 176
del juego,
 de la princesa, 225, 226
 de las hermanas patitas,
 227
 del terremoto, 225, 226
familiar, 133
libre, 130, 146, 217
 descripción e interpreta-
 ción, 130
Distractibilidad, 123

E

Ecosistema familiar, 34
Educación, 28
Emociones, 41, 130
Encopresis, 95, 97, 101, 103, 235
 continua/ discontinua, 98
 desarrollo psicoafectivo y, 98
 primaria/secundaria, 98
 psicodinamia de la, 99
 retentiva/no retentiva, 98
 tipo delincuente o tira bom-
 bas, 100
 tipo pasivo o vagabundo, 99
Escala(s)
 de ansiedad,
 rasgo, 55
 de inteligencia,
 para nivel primario de
 Wechsler (WISC-R),
 137
 RAVEN coloreada, 162
Esquizofrenia, 6, 126
Estado
 de ánimo depresivo, 124
 depresivo, 78, 80
Estrés, 3, 9, 28
 como un factor de riesgo, 9
 en la infancia, 10

Euforia, 122
Evaluación
 neurológica, 189
 psicológica, 217
Eventos estresantes, 11

F

Familia(s), 27, 31
 adoptivas, 36
 contemporánea, 31
 en el desarrollo del niño, 31
 homoparentales, 36
 mexicanas, 38
 monoparental, 36
 nuclear, 36
 reconstruidas, 36
Familiograma, 160, 216
Fantasías, 212
Fobia, 6
 escolar, 55, 58
 social, 55
Frustración, 157, 176
 intelectual, 163

G

Glándulas mamarias, 71
Grandiosidad, 123

H

Habilidad(es), 204
 cognitivas, 138
Hermanas patitas, 223
Hijos de padres con esquizofrenia, 8
Hiperactividad, 6
Hipersomnia, 124
Hipertiroidismo, 123

I

Ideación suicida, 154
Ideas suicidas, 237
Impresión diagnóstica, 139
Inestabilidad
 emocional, 96
 física, 96
Infancia, 2
Infanticidio, 169
Infidelidad, 203
Influencias
 momento en que se producen
 las, 43
 no normativas, 43
 normativas, 43

Inmadurez, 81, 131
 neurológica, 140
 sagrada, 81
Inseguridad
 emocional, 96
 física, 96
Insight, 87, 148
Insomnio, 124
Invulnerabilidad, 9

J

Juego(s), 83, 210, 220, 234
 de arena, 101
 diagnóstico, 162
 familiar, 138, 237
 con el arenero, 143
 infantil, 69
 regresivos, 97

K

K-SADS (*Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia*), 56

L

Latah, 5
Lenguaje, 125
 caballo, 142
 emocional, 41
Libertinaje infantil, 243

M

Madres adolescentes, 30
Maduración sexual temprana, 72
Madurez cognitiva, 76
Manía, 122, 123
Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales (DSM-IV), 53
Masturbación, 72, 81
Memoria, 125
Menarca precoz, 72
Menores farmacodependientes, 29
Menstruación, 71, 75, 88
Metilfenidato, 172
Método psicoterapéutico, 101
Microparadigmas, 7
Miedo al infanticidio, 169
Modalidad social, 77
Modelado de las hermanas patitas, 223

Modelo de psicopatología infantil
 criterios operacionales de diagnóstico, 3
 tradicionales, 1
Muerte autoinflingida, 154
Mujeres trabajadoras, 29

N

Negación, 85
Neurología, 172
Neurosis, 212
Niñez, 2, 78
Niño(s)
 con encopresis, 100
 por retención o rebosamiento, 100
 en edad escolar, 21
 en edades de guardería, infantes, 20
 invulnerables, 16
 pequeños, 20
 resilientes, 16
 y niñas en situación de calle, 29

O

Obesidad, 70
Organización Mundial de la Salud (OMS), 151

P

Padecimientos externalizados, 53
Paidopsiquiatra, 194, 203
Paranoia, 85
Pensamiento, 125
 mágico, 169, 196
Perfil diagnóstico, 3
Personalidad, 1, 204
 del niño enurético, 97
 solitaria, 72
Personas con discapacidad, 29
Pobreza, 28
Proceso
 psicoterapéutico, 198, 204
 terapéutico, 142, 193
Proyecto de competencias, 20
Pruebas psicológicas, 50
Psicoanálisis infantil, 210
Psicodiagnóstico, 218
Psicodinamia de la encopresis, 99
Psicogénesis, 95
Psicología, 18, 183
Psicomotricidad, 126

Psicopatología, 233
 del desarrollo, 7
 resiliencia y, 15
 del niño, 5
 infantil, 1
 modelos tradicionales de,
 1
 Psicosis, 212
 Psicoterapeuta infantil, 49, 50,
 52, 60, 61, 239
 Psicoterapia, 183, 229
 actitud de los padres al térmi-
 no del tratamiento, **201**
 aspectos generales de la tera-
 pia, 189
 de juego, 82, 95
 fase inicial, 190
 fase intermedia, 194
 infantil, 95, 209
 sesiones típicas, 186
 trabajo con los padres en la,
 183
 Pubertad, 71, 79
 pospubescente, 71
 precoz, 70, 235
 idiopática, 71
 tratamiento psicológico,
 69
 prepubescente, 71
 pubescente, 71
 transición a la, 90

R

Racionalización, 85
Rapport, 209
 Rebelión, 235
 Rebelión, 235
 Relación(es)
 de apego seguro, 236
 de madre-hijo, 139
 sociales, 39
 Relato, 131
 interpretación, 131
 Resiliencia, 9, 15
 Retraimiento emocional, 29
 Risperidona, 54

S

Salud mental, 2, 28, 185
 Secretos de intimidad, 77
 Sensopercepción, 126
 Sentimiento(s)
 de culpa, 81
 de inferioridad, 81
 de omnipotencia infantil, 157
 de vergüenza, 81
 Ser biopsicosocial, 27
 Sesión típica, 177

Sexualidad, 80
 infantil, 81
 Sexualización, 91
 Síndrome
 de Asperger, 6
 de Rett, 6
 de Tourette, 6
 psiquiátrico, 5
 Sistema
 consciente, 187
 inmunológico, 28
 Sociedad y psicopatología, 27
 Sueños, 212
 traumáticos, 219
 Sufrimiento emocional del niño,
 208
 Suicidio(s), 151
 antecedentes de riesgo, 161
 contexto familiar y social,
 160
 enfoque terapéutico, 161
 evaluación del problema, 162
 concluir el tratamiento,
 171
 infantil, 153
 Súper ego, 3
 Superpoderes, 126
 Supervisión clínica, 61
 proceso de, 62
 Supervisor de psicoterapia, 63
 Superyo, 87

T

TDM (trastorno depresivo ma-
 yor), 52
 Teatralidad, 157
 Técnica
 de juego, 50
 de la caja de arena, 100
 Temores infantiles, 55
 Teoría(s)
 de la familia, 31
 del desarrollo,
 psicosexual de Freud, 19
 psicosocial de Erikson, 19
 del intercambio, 32
 ecológica, 33, 242
 del desarrollo humano, 32
 organizacional del desarrollo,
 20
 Terapia de juego, 100
 Terremoto, 222
 Test
 de apercepción temática para
 niños (CAT-A), 133, 217
 de la familia kinética de
 Burns y Kaufman, 133
 del dibujo,
 de la casa-árbol-persona,
 217
 la familia, 217

gestáltico visomotor de Lau-
 retta Bender, 132, 162
 Testosterona, 71
 Trabajo, 28
 terapéutico, 82, 177
 Trastorno(s)
 antisociales, 6
 bipolar(es) (TBP), 6, 51, 139
 características clínicas,
 123
 controversias, 121
 desarrollo infantil y, 122
 diagnóstico diferencial,
 126
 en los niños, 121
 de la conducta disruptiva, 53
 de los adultos, 2
 de los impulsos, 126
 del espectro autista, 58
 del lenguaje, 208
 en la infancia, 6
 que tienen probabilidades
 de ser inválidos, 6
 generalizados del desarrollo,
 126
 infantiles, 2
 mentales, 28, 242
 obsesivo compulsivo, 6
 por déficit de atención, 45
 con hiperactividad
 (TDAH), 5, 53, 122, 126,
 172, 186
 por estrés postraumático, 208
 psicofisiológicos, 3
 psicótico, 173
 psiquiátricos, 154
 Trauma, 28
 Tristeza, 87, 157

V

Vagina, 89
 Valproato, 187
 Variabilidad longitudinal, 123
 Violencia, 28, 169, 207
 de pareja, 173, 207
 familiar, 207
 arte como herramienta de
 intervención ante la ex-
 posición a la, 207
 intrafamiliar, 28, 240
 parental, 208
 por parte del padre, 236
 Vulnerabilidad, marcadores de
 la, 16

Y

Yo
 del niño, 229
 sentido del, 211

Esta obra Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas Infantiles, primera edición, ha sido publicada por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., el 15 de noviembre de 2013.

Se imprimió en offset en los talleres de Leo, Impresora y Encuadernadora, S.A. Playa Erendira 8, Col. Santiago Sur, Deleg. Iztacalco C.P. 08800, México, D. F.

El tiraje consta de 1 000 ejemplares de 16.5 x 23 cm, con 264 páginas cada uno, a una tinta, encuadernación rústica.

En su composición se utilizó la familia Berling de 9, 10, 11, 14, y 18 puntos. Se empleó papel bond de 90g para páginas interiores y cartulina sulfatada de 300g para los forros.

1a. edición, 2014

