

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

TERAPIA INFANTIL

Epoca II, Volumen XXIII - 2º/3er. trimestre 2012

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € 90/91 Ψ

SUMARIO

EDITORIAL	3
EL USO DE HABILIDADES RELACIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO EN TERAPIA CONSTRUCTIVISTA Richard E. Watts y Yvonne Garza	7
PSICOTERAPIA EN LA PRIMERA INFANCIA: PROCESOS PSÍQUICOS Y REPRESENTACIONES MENTALES Margarita Ibáñez Fanés	25
LA PSICOTERAPIA RELACIONAL INFANTIL Gemma Pou y Caroline Flaster Taverner	41
RELATOS, APEGOS, Y TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES F. Javier Aznar Alarcón	63
PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN LA ETAPA PREESCOLAR. EXTREMOS NORMATIVOS O INDICIOS DE TRASTORNO MENTAL..... Dora Vera, Aurèlia Rafael, Roser Castellà y Noemí Mauri	77
LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A NIÑOS Y ADOLESCENTES Aurèlia Rafael, Dora Vera, Leticia Bardineta, Montse Molina	93
INTERVENCIÓN CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Noemi Balmaña Gelpí y Sergi Corbella	109
UN ENFOQUE INTEGRADOR EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH INFANTIL Y JUVENIL Amalia Gordóvil-Merino y Thorsten Faust	125
RETOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA POSTADOPCIÓN: UNA PROPUESTA INTEGRADORA Meritxell Pacheco, Laia Garcia, Sandra Ger, Cristina Sallés, y Berta Boadas	149
TERAPIA INFANTIL – ¿TERAPIA DE PADRES? Ursula Oberst	175

EDITORIAL

Como comenta el psicólogo clínico y catedrático de psicología José Olivares en una entrevista con el Colegio de Psicólogos de España (infocoponline: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3122), la salud mental infanto-juvenil cada vez genera mayores repercusiones, no sólo para las personas afectadas y sus familias, sino también a nivel económico, sanitario y social, siendo el porcentaje de la población infanto-juvenil que requiere atención por problemas psicológicos muy similar al de la población adulta (alrededor del 20%). No existe consenso en los sistemas de clasificación internacionales de los problemas psicológicos infanto-juveniles, pero *grosso modo* los diferentes trastornos se pueden agrupar en trastornos del aprendizaje, trastornos generales del desarrollo (incluyendo los del espectro autista), psicosis, trastornos emocionales (cuadros ansiosos y depresivos) y trastornos de conducta, siendo los últimos los más frecuentemente diagnosticados, quizás también por sus manifestaciones exteriorizadas evidentes, y cuya incidencia fluctúa, según la fuente, entre el 20 y el 35%.

Los profesionales de la salud mental advierten de la escasa atención que se presta desde el sistema de salud mental público a la infancia, tanto desde el punto de vista preventivo como de tratamiento. Un diagnóstico precoz y preciso de estos problemas es muy importante para garantizar una adecuada intervención. No obstante, existe una controversia entre los profesionales de la salud mental sobre la conveniencia de considerar ciertas manifestaciones como enfermedad, en especial los problemas emocionales y los conductuales, el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) por delante de todos. En la misma línea, se critica el aumento de diagnósticos de trastornos hasta ahora poco frecuentes en la infancia como el trastorno bipolar por un lado y la aparición de trastornos nuevos por otro, como el “trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo” en la próxima edición del DSM. Se critica la visión excesivamente biologicista en detrimento de aspectos psicosociales. Un aspecto relacionado es que la demanda no suele salir del niño o adolescente, sino principalmente de los padres, a veces iniciada por otros adultos que tienen trato con el niño, en especial sus profesores. No es infrecuente que los profesores citen a los padres para advertirles sobre una problemática que a ellos les ha pasado por alto o que ellos han ido minimizando, porque no saben como reaccionar ante determinados problemas. Esta percibida impotencia tanto de padres como de profesores para hacer frente a las manifestaciones disfuncionales del niño, los puede hacer caer en la cómoda tentación de la patologización del niño, un fenómeno que va unido a que en la sociedad actual observamos una creciente patologización (y, como consecuencia, una creciente medicalización) de aspectos de la vida que hace unos años no eran considerados como entidades médicas o patologías. Un niño que antes era considerado como

“muy movido” y/o “distráido”, hoy puede recibir el diagnóstico de “trastorno de déficit de atención” con más facilidad, un alumno rebelde tendrá la etiqueta de “trastorno negativista-desafiante”, y –una práctica que va en aumento– el chico introvertido, algo rígido y con escasas habilidades sociales puede caer en el “espectro autista”. No negamos la posible utilidad de este tipo de etiquetas, ya que puede hacer comprensible algunas conductas inadecuadas del niño y orientar un posible tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Pero una visión exclusivamente biológica y psiquiátrica nos hace sentir impotentes como educadores y deja de lado los factores psicosociales, como la relación paternofilial y el apego; en cambio, una visión psicológica y educativa nos permite un margen de intervención mucho más amplio. Como último, la evaluación psicológica y la intervención también se dificulta por el evidente hecho de que los pequeños no siempre pueden informar bien sobre sus vivencias y sus problemas, porque su lenguaje está todavía en desarrollo, y porque la información de terceros (padres, profesores) puede ser sesgada. Por eso, muchos tratamientos y técnicas de probada eficacia en pacientes adultos no se pueden aplicar o no de la misma manera, y el psicoterapeuta tiene que desarrollar maneras más adecuadas de aproximarse al mundo interno del infante. Por eso, la mayoría de las grandes escuelas psicoterapéuticas han desarrollado técnicas especiales para intervenir con los más pequeños.

Este número de la Revista de Psicoterapia es dedicado a la terapia infantil, es decir a un trabajo terapéutico en el cual el niño es el principal foco de atención, el paciente. Las contribuciones parten de distintas orientaciones terapéuticas para así ofrecer un abanico de formas y posibilidades de intervención. A pesar de las muchas diferencias que se pueden apreciar en estas maneras de trabajar, en todos los artículos se puede observar un elemento esencial común: la referencia que hacen los autores al concepto de apego. En general, entre los diferentes enfoques psicoterapéuticos, incluso en los tradicionalmente más opuestos, se puede observar una creciente aproximación teórico-práctica basada en una concepción que ha ganado protagonismo en las últimas décadas: el paradigma del apego. El concepto del apego de Bowlby ha podido acercar posiciones tradicionalmente opuestas como la psicoanalítica y la conductual. En los últimos años una serie de estudios empíricos longitudinales sobre el apego y el desarrollo infantil, el diagnóstico precoz de trastornos psiquiátricos y posibilidades de prevención han fomentado la formación y modificación de conceptos psicoanalíticos tradicionales. La teoría del apego se ha perfilado como una alternativa a la psicología freudiana tradicional, que es compatible con el pensamiento científico actual; al mismo tiempo ha estimulado la praxis terapéutica.

Aunque la mayoría de las intervenciones con niños hacen algún trabajo con los padres, existen circunstancias en las cuales esto no es posible o no deseado, por ejemplo cuando los progenitores son causantes directos del problema (por ejemplo, niños abusados sexualmente) o bien porque la situación requiere que el

niño tenga un espacio protegido y de confianza con un profesional adulto. Esta situación, el trabajo psicoterapéutico con niños pequeños sin la participación de los padres, es descrita desde un enfoque integrador constructivista por Richard Watts y Yvonne Garza, psicoterapeutas y profesores de la Sam Houston State University de Texas, Estados Unidos. Los autores aseveran que no se puede hacer una aproximación terapéutica al niño con el lenguaje de los adultos, y afirman que el lenguaje del niño es el juego, y es mediante el juego que el profesional se le debe acercar. Cuando el terapeuta utiliza las habilidades básicas facilitadoras en la terapia de juego con niños, el niño contará sus historias a través del juego, y así la terapia del juego crea un espacio para que el niño resuelva sus problemas. El objetivo de los autores es demostrar la utilidad de las habilidades básicas relacionales en la terapia de juego y presentan los principios básicos, los requerimientos del *setting* terapéutico y algunas técnicas.

Un enfoque terapéutico frecuentemente usado es la terapia infantil psicodinámica, con un fuerte énfasis en el apego. Margarita Ibáñez, psicóloga clínica y psicoterapeuta del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona, nos hace una revisión del concepto de apego y nos describe la Psicoterapia Psicodinámica infantil basándose en los trabajos de Mary Target y Peter Fonagy. También presenta un caso mediante la técnica de la video-intervención. Basándose igualmente en la teoría psicoanalítica, Gemma Pou y Caroline Flaster describen la Psicoterapia Infantil Relacional. El enfoque relacional se distingue del Psicoanálisis clásico, considera la mente de forma aislada, por su énfasis en la relación de dos personas, partiendo de la noción de que los problemas no residen exclusivamente dentro de la persona, sino es el resultado de las relaciones que hemos experimentado con las personas importantes a lo largo de la vida. Lo relacional aparece también en la contribución de Javier Aznar, psicólogo clínico, terapeuta y coordinador del Hospital de Día para adolescentes Miralta (Fundació Orienta), quien nos presenta la visión de la Terapia Familiar Sistémica dilucidando los fenómenos de transmisión intergeneracional de los trastornos de apego. En este contexto quizás es conveniente apuntar que existe una diferencia en la conceptualización de lo relacional en la orientación psicodinámica y en la sistémica: los terapeutas psicodinámicos-relacionales parten de la díada, como una relación estable (por ejemplo la relación madre-hijo), mientras los sistémico-relacionales contemplan la relación triádica o, mejor, triangular (padre, madre, hijo; o niño, padres, escuela, etc.), que empieza a operar de forma estabilizadora cuando existe tensión en una relación diádica (por ejemplo, los padres se alían con el niño rebelde en el momento que la tutora de la escuela les advierte de sus problemas en el colegio).

Las contribuciones siguientes se enmarcan en un paradigma terapéutico cognitivo-conductual. Mientras en la orientación psicodinámica y sistémica se tiende a incorporar los padres como pacientes (para trabajar el vínculo y/o el

sistema familiar), las terapias cognitivo-conductuales trabajan principalmente con el niño y practican una orientación psicológica (counselling) de los padres, para que éstos apliquen determinadas pautas en casa y para mejorar su estilo educativo y así influir en la conducta del niño. Dora Vera, Aurèlia Rafael, Roser Castellà y Noemí Mauri, de Familianova Schola y del Master de Paidopsiquiatria de la Universidad de Barcelona, describen la psicopatología de aparición en la etapa preescolar destacando que, en la medida en que se puedan identificar formas de aparición más tempranas de los trastornos mentales, se podrá lograr una mejor comprensión del trastorno y desarrollar métodos de intervención psicoterapéutica para esta edad. Estas autoras insisten en la necesidad de prevención y de detección precoz de los primeros síntomas a fin de retrasar el inicio de la enfermedad, disminuir la intensidad de la sintomatología o incluso prevenir la expresión de la misma. La intervención cognitivo-conductual es ilustrada por el mismo equipo de trabajo, Aurèlia Rafael, Dora Vera, Leticia Bardinet y Montse Molina, en el artículo siguiente.

Las contribuciones siguientes ilustran la intervención en determinadas situaciones o trastornos. Noemí Balmayà y Sergi Corbella, del Institut de Diagnòstic i Atenció Psiquiàtrica i Psicològica (IDAPP) de Barcelona, describen los últimos estudios en el campo del espectro autista con el objetivo de plantear una visión global de la conceptualización de este trastorno, y presentan la evaluación e intervención de los trastornos del espectro autista. La psicóloga Gemma Gordóvil y el pediatra Thorsten Faust, del Centro Médico Teknon de Barcelona, presentan un abordaje multimodal al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: médico-farmacológico, psicológico (cognitivo-conductual con el niño), psicoeducativo con padres y con la escuela. En esta contribución también se describe el neurofeedback como una terapia complementaria innovadora en TDAH. Meritxell Pacheco, Laia Garcia, Sandra Ger, Cristina Sallés y Berta Boadas ilustran, desde el constructivismo relacional integrador y en un marco interdisciplinar, la intervención en la post-adopción, destacando el acompañamiento psicológico en los procesos referidos a la construcción de la identidad y la función reparadora de la parentalidad adoptiva.

Como último, en la propuesta de Ursula Oberst, psicoterapeuta y profesora de Psicología Clínica de la Universidad Ramon Llull, se presenta una terapia infantil integradora para aquellos problemas conductuales, con o sin etiqueta diagnóstica, en los que se ha identificado un importante factor educativo y de relación paternofilial disfuncional; este enfoque, en el que se prescinde en gran parte de la participación del niño-paciente y se trabajando casi exclusivamente con los padres, se enmarca en una teoría que combina elementos derivados de la Psicología Adleriana contemporánea y técnicas de la terapia sistémica, especialmente de la variante estratégica.

Ursula Oberst

EL USO DE HABILIDADES RELACIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO EN TERAPIA CONSTRUCTIVISTA

Richard E. Watts y Yvonne Garza

Sam Houston State University

Correspondencia:

Richard E. Watts, Department of Educational Leadership and Counseling,,
Box 2119, Sam Houston State University, Huntsville, TX USA, 77341-2119.

E-mail: rew003@shsu.edu

Children of every era have played to cope with and make meaning of the often difficult and meaningless situations in their lives. Most children under age ten do not have the abstract reasoning and verbal abilities to clearly express their thoughts, feelings, reactions, and attitudes, and therefore it is much easier for them to use play and toys for communication. Based on the idea that play is the language of children and toys are their words (Landreth, 2002), meaning making occurs in play therapy; when therapists use the basic facilitative skills in play therapy with young children, the children will tell their stories through their play, and thus, play therapy creates a space where the child can resolve his or her problems.

This article presents an introduction to play therapy within a constructivist epistemic framework, integrating elements of child-centered therapy and Adlerian therapy. Its purpose is to show the usefulness of the basic relational skills in play therapy. Its basic principles, requirements of the therapy setting and some techniques are also presented.

Keywords: play therapy; child-centered therapy; constructivist psychotherapy; Adlerian psychotherapy

Aplicación de habilidades relacionales de la terapia de juego en terapia constructivista

Suponga que usted, como adulto, va a ver a un terapeuta para que le ayude con un problema. Suponga que usted se siente obligado a ir a esta visita y, por razones fuera de su control, usted no tiene opción acerca de qué terapeuta va a ver. Este hecho representaría una dificultad para la mayoría de nosotros. Ahora suponga que dicho terapeuta, durante la toma de datos rutinaria, descubre que usted dispone de unos conocimientos básicos y de unas facilidades para comunicarse en una segunda

lengua. Usted puede hablar esa segunda lengua, pero no puede comunicarse con el nivel de confort ni con la profundidad emocional con la que habla su primera lengua. Suponga que este terapeuta, habiendo descubierto su capacidad para este segundo idioma, le comunica que solo podrá dirigirse a él/ella utilizándolo. De este modo, al estar con un extraño que le pide que discuta dificultades personales y de contenido emocional utilizando una segunda lengua, usted puede sentir que tiene poco control. ¿Cómo se sentiría? Enfadado, intimidado y asustado son algunas de las emociones que nos vienen a la mente. Uno no se sentiría invitado a empezar un proceso terapéutico fructífero dado tal escenario. Aún así, esto es exactamente lo que les pasa a los niños cuando se les pide que se sienten en una silla y mantengan una “charla” terapéutica con un terapeuta adulto. Esto es verdad, aún cuando usamos juguetes o medios relacionados con el juego, con el objetivo de que nos hablen de sus problemas. La mayoría de niños no han logrado suficiente desarrollo cognitivo o habilidades expresivas para poder expresarse con claridad. Normalmente los niños se sienten mucho más cómodos utilizando el juego o juguetes para expresarse. Así, la terapia de juego les permite compartir sus emociones, pensamientos, reacciones y actitudes en lo que Landreth planteó como su método de comunicación más natural: El juego.

El objetivo de este artículo es demostrar la utilidad de las habilidades básicas relacionales en la terapia de juego, dentro de un contexto terapéutico constructivista con niños. Empezaremos presentando un uso racional del juego en la terapia con niños. Posteriormente, presentaremos puntos de resonancia entre una perspectiva centrada en el niño y terapia constructivistas. En el resto del capítulo se discutirán los principios básicos y procedimientos desde la perspectiva de la terapia de juego con niños que pueden ser útiles en terapia constructivista con niños.

¿Por qué utilizar el juego en psicoterapia?

A lo largo de la historia, los niños de todas las épocas han utilizado el juego como forma de enfrentarse a dificultades y situaciones carentes de significado en su vida. Por ejemplo, durante la Segunda Guerra Mundial, niños en campos de concentración nazis en Auschwitz solían utilizar el juego, mientras eran testigos de los horrores de la guerra y se preparaban para la muerte (Sweeney, 1997). Del mismo modo, los niños supervivientes de la “Plaga Negra” en la edad media crearon el juego “Ring Around Rosie” (Canción popular):

“Rosie” hace referencia a las manchas rojas y a las lesiones derivadas de contraer la plaga. “A pocket full of Posies” hace referencia a las flores y a la práctica de poner flores en los bolsillos de los muertos a fin de evitar el olor de los muertos; y “ashes, ashes, we all fall down” alude a la muerte inminente de los que contraen la plaga y al hecho de quemar los cuerpos de las víctimas (Sweeney, 1997, p. 21)

Los niños utilizan el juego como forma de consolarse y para crear significado de las situaciones trágicas. El juego es esencial en el desarrollo de habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras y sociales en niños (Kottman, 2001; Landreth,

2002). El juego es la actividad principal durante la infancia y a los niños “no necesitan que se les enseñe a jugar, ni deben ser hechos para jugar. El juego es algo espontáneo, disfrutable, voluntario y no dirigido hacia un objetivo” (Landreth, 2002, p.10). Además, los niños se comunican a través del juego. Según Landreth (2002):

“El juego de los niños es mucho más apreciable cuando es reconocido como su medio de comunicación natural. Los niños se expresan mejor y de una forma más directiva a través del juego espontáneo y de iniciativa propia, que de una forma verbal, ya que éstos se sienten más cómodos con el juego. Para los niños, “jugar” a través de sus experiencias y sentimientos es el modo más natural, dinámico y autocurativo en el que pueden participar”. (Landreth, 2002, p. 14)

Según Schaefer (1993), el juego “tiene el poder no solo de facilitar el desarrollo normativo del niño, sino que alivia el desarrollo anormal” (p. 3). La mayoría de niños menores de 10 años no disponen ni de razonamiento abstracto ni de habilidades verbales para poder expresar pensamientos, sentimientos, reacciones y actitudes con claridad. Como consecuencia, muchos terapeutas que trabajan con niños se sirven de juguetes y otros medios para ayudar a los niños a comunicar sus experiencias, reacciones, deseos, objetivos y percepciones acerca de ellos mismos, los otros y el mundo (Kottman, 2001; Landreth, 2002). Según Caplan y Caplan (1974), existen atributos únicos en el juego que solo conciernen a los niños. De entrada, el juego es una actividad voluntaria por naturaleza. En un mundo lleno de requerimientos y normas, el juego se plantea como algo refrescante y nos da un respiro de la tensión diaria. En segundo lugar, el juego es un espacio libre de evaluaciones y juicios de los adultos. Los niños tienen libertad para equivocarse, sin temor al fracaso y a la reprimenda de los adultos. En tercer lugar, el juego estimula la fantasía y el uso de la imaginación. En un mundo de fantasía, los niños pueden ejercer su necesidad de control sin necesidad de competir. En cuarto lugar, el juego aumenta el interés y la participación. A menudo, los niños tienen poca capacidad de atención y se muestran reacios a participar en actividades menos atractivas o en las que tienen poco interés. Por último, el juego desarrolla aspectos físicos y mentales del self.

La terapia de juego es un método muy útil y apropiado de psicoterapia con niños. Según Kottman (2001), la terapia de juego es útil a la hora de establecer y mantener una alianza terapéutica con los niños: ayuda a los terapeutas a entender a los niños, sus interacciones y a sus relaciones; ayuda a los niños a expresar sentimientos que son incapaces o que no quieren verbalizar, tales como: ansiedad, frustración o hostilidad de forma conductual y constructivista; ayuda a los niños a aprender y poner en práctica habilidades sociales; y a la hora de crear un ambiente en el que el niño se sienta seguro para “poner a prueba sus límites, crear insight acerca de su comportamiento y sus motivaciones, explorar alternativas y aprender

acerca de las consecuencias” (p.4). Por otro lado, durante las últimas dos décadas ha habido gran cantidad de estudios a fin de demostrar la eficacia clínica de la terapia de juego (para más información, consultar Bratton&Ray, 2000; Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005; Baggerly & Bratton, 2010). La investigación respecto a la terapia de juego indica que los clientes de dicha terapia muestran de forma consistente mejor funcionamiento conductual y una disminución de conducta sintomática, comparado con su comportamiento antes de empezar la terapia. Además, los resultados de estudios experimentales sugieren que la terapia de juego es eficaz en niños que presentan problemáticas tales como inadaptación social, trastornos de conducta, conducta escolar problemática, inadaptación emocional, ansiedad/miedo, autoconcepto negativo, problemática mental y con discapacidades físicas o mentales.

Sin embargo, es posible que aquellos terapeutas interesados en el uso de la terapia de juego deban aplicar un cambio de paradigma. Este cambio es de un enfoque primario terapéutico centrado en la conversación y habilidades verbales hacia un enfoque en el que el juego, los juguetes, los medios y la metáfora facilitan la comunicación y el cambio. Aunque parece un cambio simple, se trata de un complejo cambio conceptual que mucho adultos pueden considerar difícil (Kottman, 2001)

Los terapeutas del juego se miran a sí mismos, a los niños y al mundo desde una perspectiva distinta que los terapeutas “de la palabra”. Antes de que puedan empezar a adquirir las habilidades involucradas en el juego como forma de comunicarse con los niños, los terapeutas potenciales deben aprender una forma completamente distinta de entender la comunicación –en la que lo simbólico, los modelos orientados a la acción en la que las acciones de un muñeco o la figura de un animal son piezas importantes de información, y en la que el hecho de encoger los hombros, una sonrisa o darse la vuelta puede conformar una “conversación” por sí mismo.

Este hecho es particularmente importante para terapeutas que trabajan con niños con edades comprendidas entre los tres y los diez años (Landreth, 2002) y con niños de otras culturas (Garza & Bratton, 2005).

Puntos de Resonancia entre la Terapia de Juego Relacional y Terapias Constructivistas

Existe una amplia gama de perspectivas constructivistas, desde un enfoque más centrado en cómo el individuo construye la realidad hasta otros que defienden que la realidad es socialmente construida. Evidenciando esta diversidad, Mahoney (2002, 2003; Mahoney & Granvold, 2005) identificó al siguiente grupo de teóricos constructivistas más relevantes del siglo XX: Alfred Adler, Walter Truett Anderson, Albert Bandura, Gregory Bateson, Jerome Bruner, James Bugental, Mary Whiton Caulkins, Donald Ford, Viktor Frankl, Kenneth Gergen, Harry Goolishian, Vittorio

Guidano, Hermann Haken, Sandra Harding, Yutaka Haruki, Friedrich Hayek, William James, Evelinn Fox Keller, George Kelly, Karin Knorr-Cetina, Humberto Maturana, Jean Piaget, Joseph Rychlak, Esther Thelen, Francisco Varela, Heinz von Foerster, Ernst von Glaserfeld, Paul Watzlawick, Walter Weimer, and Michael White. A pesar de esta diversidad, también existen unos principios unificadores del constructivismo. Neimeyer (1995) apuntó que los enfoques constructivistas “comparten un principio epistemológico común o similar y se distinguen por sus supuestos operativos acerca de la naturaleza del conocimientos y su arraigo social” (Neimeyer, 1995, p. 5). Según Mahoney (2002, 2003; Mahoney & Granvold, 2005), el constructivismo es “una familia” de teorías y terapias con un énfasis en, por lo menos, cinco figuras o temas centrales: (a) La experiencia humana implica a un agente activo y los seres humanos son participantes proactivos (y no pasivo-reactivos) en sus experiencias; (b) La mayoría de la actividad humana está dedicada a procesos de ordenamiento o a patrones de organización de la experiencia. Estos procesos (fundamentalmente emocionales, tácitos y categoriales) son la esencia de la creación de significado; (c) La experiencia humana y el desarrollo psicológico de la persona son un reflejo de los procesos de auto-organización y de procesos discursivos que tienen tendencia a favorecer el mantenimiento (por sobre de la modificación) del patrón experiencial. A causa de dicha organización de la actividad personal, ésta es fundamentalmente autorreferenciada y recursiva. Así, el cuerpo de la persona es un fulcro de experiencias que alimentan un sentido profundo fenoménico de *individualidad e identidad personal*; (d) Las capacidades de autoorganización y construcción de significado se encuentran fuertemente influenciadas por procesos socio-simbólicos; esto implica que la persona existe en distintas redes relacionales mediadas típicamente por un sistema de lenguajes y símbolos. Por lo tanto, y tal y como los psicólogos Adlerianos afirman, el conocimiento tiene un arraigo social y relacionalmente compartido que no implica un vacío en el sentido, ya mencionado, de la individualidad o identidad personal (Watts, 2003; Watts & Phillips, 2004; Watts & Shulman, 2003); y (e) El desarrollo humano a través de la vida es un proceso de ciclos complejos y espirales en los que la experiencia es a la vez dinámica (siempre cambiante) y dialéctica (generada por contrastes). Estos ciclos complejos pueden devenir en episodios de trastornos (desorganización) y, bajo ciertas circunstancias, reorganización (o transformación) de patrones nucleares de identidad, así como construcción de significado y las relaciones sociales y del self.

Además de las meta-teorías constructivistas anteriormente nombradas, Hoyt (1994) identificó tres características clínicas compartidas por las terapias constructivistas: (a) estas terapias subrayan la importancia del desarrollo y el mantenimiento de una alianza terapéutica sólida; (b) estos enfoques se centran en las fortalezas, habilidades y recursos más que en los déficits, incapacidades o limitaciones; y (c) se enfocan hacia el futuro con un carácter optimista.

Terapias Centradas en la Persona y Terapias Constructivistas

Muchos autores que han expuesto perspectivas teóricas de corte constructivista han expresado su preocupación respecto a la naturaleza colonial y opresiva de las terapias “tradicionales”, incluyendo varios modelos de la terapia de juego. Por ejemplo, Smith (1997) presenta cuatro preocupaciones principales:

1. Los terapeutas que utilizan enfoques tradicionales tienden a limitar el alcance del diálogo terapéutico, limitándose solo al contenido que es consistente con su marco teórico y/o que es de su interés.
2. Dentro de estos marcos tradicionales, los terapeutas pueden yuxtaponer sus preferencias respecto a cómo se ve la realidad, en nombre de la ciencia empírica (p. 20).
3. Cuando operamos desde la postura “experta”, defendida por muchas terapias tradicionales, los terapeutas pueden presentar dificultades a la hora de percibir el cambio como algo genuino, opuesto a la aquiescencia que presenta el cliente respecto a la autoridad.
4. Las terapias tradicionales “pueden llegar a fijarse particularmente en algunos aspectos teóricos predeterminados” (p.21).

Aunque dichas preocupaciones puedan ser ciertas para muchos enfoques tradicionales a la psicoterapia en general, y a la terapia de juego en concreto, no lo son en terapias de juego centradas en el niño. La base teórica de la terapia de juego en niños se encuentra en el modelo de Rogers de terapia centrada en la persona. Cualquiera persona familiarizada remotamente con el enfoque de la terapia centrada en la persona, es consciente de que los terapeutas de dicha escuela no (a) limitan el alcance del diálogo terapéutico, (b) yuxtaponen su punto de vista acerca de la realidad con el del cliente (c) operan desde una perspectiva de experto, o (d) se fijan en contenido teórico predeterminado. Harlene Anderson (2001), creadora de la “terapia de colaboración”, dejó esto bien claro en su artículo en el que comparaba la terapia centrada en la persona con su enfoque. Anderson, aunque con una nomenclatura distinta, demostró que la teoría centrada en la persona de Carl Rogers comparte con los enfoques constructivistas las características antes mencionadas de práctica clínica delineados por Hoyt (1994). Por ejemplo, Anderson (2001) señaló que:

“El terapeuta “colaborador”, similar a Rogers, considera el cliente como un experto en su vida y cómo el profesor del terapeuta... (El terapeuta) invita, respeta y se toma en serio *lo que* el cliente tiene que decir y *como* elige decirlo... los dos enfoques comparten una visión agradecida y optimista de la persona y su capacidad para ser expertos en sus propias vidas, y de resolver sus problemas de forma única para ellos y sus circunstancias”. (Anderson, 2001, pp. 349 – 354)

A pesar de que estos comentarios hechos por Anderson se dirigen específicamente a señalar las similitudes entre la terapia colaborativa y la terapia

centrada en la persona, creemos que son sobresalientes a la hora de entender las similitudes básicas entre la mayoría de terapias constructivistas y el enfoque centrado en la persona.

La Terapia de Juego Centrada en Niños y Terapias Constructivistas.

Los terapeutas constructivistas sostienen que los niños pueden ser particularmente vulnerables a que sus voces sean ignoradas, a causa del mayor poder que ejercen los adultos (Freeman, Epston, & Lobovits, 1997; Smith, 1997).

“Al encontrarse en un estado de desarrollo más maleable, comparado con los adultos, es de nuestra incumbencia el ejercer una responsabilidad respecto al peso de nuestra influencia en la formación de la vida de los niños y de sus narrativas, a través de las cuales ellos pueden describir sus vidas. Ellos también deben tener la posibilidad de hablar de temas de sus vidas en los que son expertos, en lugar de ser tratados como objetos sobre los que otros actúan” (Freeman et al., 1997, p. 8).

De este modo, los terapeutas deberán dar una importancia especial a la “voz” del niño y al medio o medios de expresión en el que se sienta lo suficientemente cómodo para compartirla (Smith, 1997). Freeman et al. (1997) afirman que “la conversación puede moldear nuevas realidades” y que el lenguaje “puede moldear eventos en narraciones de esperanza”. Los terapeutas constructivistas dan una definición mucho más expansiva de términos como “comunicación” y “diálogo”. Por ejemplo, Anderson señaló que ella que ella utiliza “conversación, diálogo y conversación dialógica para referirse a interno, externo y no-hablado, y a pensamientos internos, externos y comunicación” (p.345).

Existen muchos elementos en común entre los principios que rigen psicoterapia constructivista y la terapia centrada en niños. En la misma línea que Landreth (2002), los niños no son “adultos en miniatura” y los terapeutas no deberían dirigirse a ellos como tales. A causa del insuficiente desarrollo cognitivo y al hecho de que sus habilidades comunicativas no les permitan expresarse con claridad, el juego se convierte en su juego natural y “al medio con el que ellos se sienten más cómodos” (p. 54). El juego es su lengua y los juguetes sus palabras. Tal y como Kottman (2001) afirma de forma simbólica, una acción orientada en el mundo de la terapia de juego, “las acciones de títeres y figuras de animales son piezas importantes de información y... un encogimiento de hombros, una sonrisa o el hecho de dar la espalda puede significar toda una “conversación” (p.20). Encontrándose con los niños en su nivel y permitiéndoles que se expresen de la forma en la que se sientan más cómodos, los terapeutas del juego crean y dan significado a sus experiencias, a la hora que les dan recursos para expresar sus mundos internos. Las terapias centradas en los niños validan a la voz del “niño-cliente” y al medio a través del cual él se siente cómodo para compartir parte de “esta voz”.

La actitud relacional coherente en el empoderamiento de la voz de los niños

y sus medios más cómodos es algo fundamental a la hora de construir una relación terapéutica sana. Los terapeutas de la terapia de juego centrada en niños buscan una aceptación incondicional al niño y establecer un clima terapéutico cálido y cariñoso, donde el niño se sienta invitado a expresar libremente sus sentimientos, pensamientos y experiencias. Cada niño debe ser entendido a través de los ojos (o la voz) del niño.

Por lo tanto, los terapeutas del juego deben evitar de forma vigorosa “juzgar o evaluar, incluso, el más simple comportamiento del niño” (Landreth, 2002, p. 62). Ésto incluye la decisión del niño de no hablar: “Los niños tienen derecho a guardar silencio” (p. 54). Además, el terapeuta del juego trabaja duro a fin de entender el marco de referencia interno del niño

Si el terapeuta quiere hacer contacto con la persona del niño, el mundo fenomenológico del niño debe ser un punto de referencia y debe ser entendido. No podemos esperar que el niño cumpla criterios determinados o que se ajuste a una serie de categorías preconcebidas.

En la misma línea que las ideas anteriormente mencionadas de dar un trato privilegiado a la voz del niño/a y su forma de expresarla, encontramos que uno de los principios de la terapia de juego centrada en niños es la creencia en las capacidades de niño y darle la dirección de la terapia. Los principios de la terapia de juego centrada en niños afirman que éstos son resilientes, capaces de solucionar problemas, capaces de actuar de forma responsable (si se les dan las oportunidades para hacerlo). Ellos cogerán la experiencia terapéutica cuando lo necesiten y el terapeuta no necesita decirle a un niño cuándo y cómo jugar. Como consecuencia, el terapeuta debería seguir la iniciativa del niño-cliente, antes que esperar que el niño siga la agenda marcada por éste (Landreth, 2002).

Breve introducción al lenguaje básico facilitador de la terapia de juego centrada en niños

Habiendo identificado puntos significantes de resonancia entre las terapias constructivistas y la terapia de juego centrada en niños, lo que resta de este artículo tratará juguetes y medios necesarios para la terapia de juego y, posteriormente, ofrecerá una breve introducción a facilitadores básicos del lenguaje de la terapia centrada en niños. Una discusión más profunda de uno u otro tema (juguetes o habilidades) se encuentra más allá del ámbito de este artículo. Los lectores pueden dirigirse a Landreth (2002) y Kottman (2001) para una presentación más amplia.

Juguetes y medios de juego

Según Landreth (2002), los juguetes y los materiales deben ser cuidadosamente seleccionados, ya que son una parte esencial en el proceso de comunicación con los niños. Para ayudar a los niños a expresar de forma libre todos los aspectos de su experiencia, el terapeuta elige cuidadosamente los juguetes para su sala de juegos

o su kit portable, que represente a las distintas categorías. Landreth (2002) enumeró tres categorías y Kottman (2003), desde una orientación Adleriana, cinco. Aunque los dos enfoques utilizan básicamente los mismos juguetes, consideramos que es interesante presentar los dos sets de categorías.

Categorías de juguetes de Landreth

Entre las categorías que propone Landreth (2002) encontramos juguetes de la vida real, juguetes de representación y de expresión de la agresividad y juguetes de expresión creativa y expresión emocional. Entre los ejemplos de los juguetes de la vida real, incluimos una familia de muñecos y muñecas, un equipo médico, una caja registradora, ollas, sartenes, platos, cubiertos, etc. Ejemplos de representación y expresión de la agresividad incluyen: una bolsa hinchable BLOP (llamada “Bobo”), soldados, pistolas y cuchillos de juguete, etc. Ejemplos de juguetes de expresión creativa y emocional son: agua, arena, barro, papeles de periódico, lápices de colores, otros medios artísticos y similares. Para una lista completa, consulte Landreth (2002).

Categorías de juguetes de Kottman

Kottman (2003) postula cinco categorías de juguetes: juguetes familiares/nutrientes, juguetes que dan miedo, juguetes agresivos y juegos fantásticos. Ejemplos de juguetes familiares/nutrientes: muñecos de bebés, ropa para bebés, biberones, cunas, casas de muñecas, familias de animales, muñecos de personas, familias de muñecas flexibles. Ejemplos de juguetes que dan miedo: serpientes, ratas, monstruos de plástico, dragones, tiburones, etc. Los juguetes que pertenecen a la categoría de juguetes agresivos son similares a la categoría de representación de Landreth (2002) descrita en el párrafo anterior. De forma similar, los juguetes que pertenecen a la categoría expresiva son similares a la categoría de expresión creativa y emocional de Landreth (descrita en el párrafo anterior). Finalmente, los ejemplos de juguetes fantásticos incluyen máscaras, kit médico, muñecos con disfraces, bloques y material de construcción, un teatro de títeres con títeres, teléfonos (tener siempre 2), un zoo y animales de granja, etc. Para una lista más exhaustiva, consulte Kottman (2003),

Sin tomar en consideración la categoría de juguetes que el terapeuta prefiera, es importante que el terapeuta del juego incluya familias de muñecos/as de distintos grupos culturales, con el fin de que el niño pueda explorar similitudes y diferencias entre grupos de personas, así como el suyo propio. Además, cuando trabajamos con clientes con diversidades culturales, el proceso facilitador de la terapia del juego puede mejorarse incluyendo juguetes y medios de la cultura específica del niño, como forma de captar los matices culturales o elementos habituales en su entorno (Garza & Bratton, 2005).

No es preciso tener todos estos juguetes para empezar una terapia de juego.

Aún así, es importante tener juguetes representativos de las cinco categorías de juego. Mientras que el juego es la forma más natural de lenguaje del niño, los juguetes y los medios representan sus palabras más naturales a la hora de expresarse. Por lo tanto, cuanto más juegos y medios tengan para expresarse, más probabilidades habrá de que tengan suficientes recursos para expresarse con claridad dentro de la terapia (Kottman, 2003; Landreth, 2002).

Sin tener en cuenta si las sesiones de terapia de juego son guiadas, los juguetes deberían colocarse en un espacio o setting abierto y que esté al alcance de los clientes. Además, los juguetes deberían agruparse de acuerdo con sus categorías específicas. En otras palabras, los juguetes de la vida real deberían estar con otros juguetes de la vida real, y así sucesivamente. Esta forma de ordenar los juguetes, de forma consistente y predecible, ayuda a la sensación de los niños de que la terapia de juego es un lugar en el que sentirse cómodos y seguros (Landreth, 2002).

El setting ideal de la terapia de juego es un sitio espacioso, una sala de juegos especialmente diseñada. Sin embargo, la mayoría de terapeutas que trabajan con niños disponen de recursos limitados y deben compartir su espacio con otros profesionales de la salud mental o viajar a varios lugares. Afortunadamente, los terapeutas del juego pueden hacer terapia en múltiples lugares, trayendo consigo una caja o bolsa (un kit de terapia portable) con juguetes elegidos de las distintas categorías anteriormente descritas. Los terapeutas del juego pueden trabajar en las escuelas, ir a la casa de los niños, ir a hospitales y hacer terapia de juego en la cama del hospital. Lo necesario para iniciar la terapia de juego es una calma relativa, una habitación estructurado con suficiente espacio para que el terapeuta pueda colocar los juguetes, y en el que el cliente y el terapeuta puedan tener suficiente privacidad, de forma que el cliente pueda asegurar la confidencialidad en las sesiones de la terapia de juego (Kottman, 2003; Landreth, 2002). Lo más importante a considerar concerniente al espacio de la terapia de juego es el nivel de confort del terapeuta. El terapeuta debe sentirse cómodo en el lugar donde se desarrolle la terapia, de forma que pueda expresar su creatividad y flexibilidad con los clientes. Aquellos terapeutas que consideren la creación de un espacio únicamente dedicado a la terapia de juego pueden consultar a Landreth (2002) y Kottman (2003) para consideraciones detalladas y prácticas acerca de una sala de juegos “ideal”:

Habilidades básicas facilitadoras

Las habilidades básicas de la terapia centrada en el niño ayuda a los terapeutas del juego a crear una relación cálida, afectuosa y igualitaria con el niño y proporciona un ambiente en el que el niño (a) siente que tiene permiso para expresar sentimientos, pensamientos, actitudes y deseos, (b) siente que tiene permiso para tomar decisiones y probar límites, (c) experiencias y oportunidades para asumir responsabilidades y una sensación de control, y (d) se siente comprendido y aceptado en el mismo nivel del niño y desde su perspectiva (Landreth, 2002). Estas

habilidades incluyen el rastreo de conductas, reflejar sentimientos y contenidos, la creación de la autoestima, devolver responsabilidades al niño y ajustar límites (Carlson, Watts, & Maniacci, 2006; Kottman, 2001; Landreth, 2002).

Acompañar la conducta. Cuando un terapeuta del juego está haciendo un acompañamiento verbal del niño, le pregunta que es lo que está haciendo y como utiliza éste el juguete. El acompañamiento está destinado a comunicar al niño el hecho de que la conducta de éste es importante y que, además, él dispone de la atención plena del terapeuta (Carlson, Watts, & Maniacci, 2006; Kottman, 2001; Landreth, 2002).

Ejemplo: *Un niño coge un avión de juguete y lo mueve en el aire.*

Respuesta: “Lo estás sujetando” o “lo estás moviendo por el aire.”

Al acompañar la conducta del niño, es importante no etiquetar a los juguetes, los medios o las conductas. Si el terapeuta etiqueta algo, el niño suele sentirse obligado a funcionar según la etiqueta del terapeuta. Al no etiquetar, la imaginación del niño no se ve ahogada y el niño puede decidir la identidad de los juguetes o las conductas (Carlson, Watts, & Maniacci, 2006; Kottman 2001; Landreth, 2002).

Reflejar Sentimientos. Utilizado en prácticamente todas las formas de terapia, el reflejo de sentimientos está dirigido a comunicar al cliente que el componente afectivo de su juego es entendido y aceptado. De esta forma, el terapeuta reconoce los sentimientos más obvios expresados por el niño a través del juego o de sus palabras, y puede elegir hacer conjeturas acerca de los sentimientos menos obvios del niño, atendiendo a su comportamiento no verbal o basándose en la información acerca de su vida, sus experiencias o su situación (Carlson, Watts, & Maniacci, 2006; Kottman, 2001; Landreth, 2002).

- Por ejemplo: *Un niño está jugando en la caja de arena con un coche al que él llama “Buggy de dunas”. Él está teniendo dificultades manteniendo la arena fuera del coche, frunce el ceño y hace ruidos indicativos de su molestia.*
- Respuesta: “Parece que te sientes frustrado”

Reflejar contenido. Muy parecido al acompañamiento de conducta, los terapeutas del juego utilizan el reflejo de contenido para comunicar al niño que lo que ha dicho se considera importante. Al reflejar contenido, el terapeuta resalta o parafrasea lo que el niño ha expresado en juegos o palabras (Carlson, Watts & Maniacci, 2006; Kottman, 2001; Landreth, 2002).

- Ejemplo: Un niño tiene dos muñecos (padre e hijo). Utilizando una voz grave, el niño hace que el muñeco padre diga: “Ya sé que te dije que te llevaría, pero ahora mismo no puedo” y lo gira, dando la espalda al muñeco hijo.

- Respuesta: “El padre de este niño ha dicho que le llevaría, pero ahora ha cambiado de opinión.”

Construcción de auto-estima. Las intervenciones que promueven la construcción de estima comunican al niño que el terapeuta es competente y que tiene fuerzas y habilidades. Ejemplos de intervenciones que fomenten la construcción de estima incluyen:

“Has decidido hacer algo distinto.”

“Lo has averiguado por ti mismo.”

“Parece que tienes un plan.”

“Lo has hecho tu solo.”

Devolver la responsabilidad al niño. Es desalentador y una falta de respeto hacia los niños cuando los adultos hacen o deciden cosas por ellos. La forma principal en la que el terapeuta del juego evita hacer esto es devolviendo la responsabilidad al niño. Al devolverle la responsabilidad, el terapeuta le comunica al niño que éste tiene capacidad y responsabilidad para decidir y hacer cosas por si mismo. Las intervenciones que devuelven la responsabilidad al niño, le ayudan a éste a sentirse más libre para tomar decisiones y asumir responsabilidades, y facilita la espontaneidad y la creatividad (Carlson, Watts & Maniacci, 2006; Kottman; Landreth, 2002).

- Ejemplo: *El niño pregunta: “¿Cómo se escribe camión?”*
Repuesta: *“Aquí lo puedes escribir de la forma que quieras.”*
- Ejemplo: *El niño pregunta: “¿Debería pintar un dibujo o jugar en la arena?”*
Respuesta: *“Esto es algo que puedes decidir.”*
- Ejemplo: *El niño pregunta “¿Me pondrás el sombrero?”*
Respuesta: *“Creo que esto es algo que puedes hacer tu mismo.”*
- Ejemplo: *El niño pregunta “¿Puedo hacer ver que esto es un avión?”*
Respuesta: *“Puede ser lo que tu quieras.”*

Establecimiento de límites. Establecer límites dentro de terapia es algo terapéutico y tiene numerosos beneficios. Estos beneficios incluyen: proteger la seguridad física y emocional del niño; proteger al terapeuta y promover su aceptación en el niño; facilitar el proceso de toma de decisiones, el autocontrol y la autorresponsabilidad; dotar de consistencia el ambiente de la terapia; anclar la naturaleza metafórica y fantástica de la terapia de juego, que se halla en el “aquí y ahora”; preservar una relación profesional, ética y socialmente aceptada; y proteger los materiales y el espacio dedicados a la terapia. Los límites no negociables dentro de la terapia incluyen agredir al terapeuta, a las otras personas o a si mismo dentro de la sala de juego; ocasionar desperfectos en los juguetes u otras partes de la sala

de juegos; e irse de la sala antes de que la sesión haya terminado. Otros límites se pueden negociar en función al nivel de confort del terapeuta (p.e. si se permite agua dentro de la caja de arena y, de ser así, en qué cantidad) pero deberían ser razonables y realistas (Carlson, Watts, & Maniacci, 2006; Kottman, 2001). Landreth (2002, pp. 260–262) desarrolló una forma fácil y útil de recordar el modelo para el establecimiento de límites, el “A-C-T”:

A (Acknowledge / Reconocer) = Reconocer los sentimientos, deseos y necesidades del niño. Ejemplo: “*Estás tan enfadado que quieres pegarme.*”

C (Communicate / Comunicar el límite) = Ejemplo: “Pero yo no estoy para que me pegues.”

T (Target acceptable / Objetivo aceptable, alternativas adecuadas.) Ejemplo: “Bobo está aquí para que lo puedas pegar.”

Ejemplo: “Jeff, estás tan enfadado que quieres pegarme, pero yo no estoy para que me peguen. Bobo está aquí para que lo puedas pegar.”

Ejemplo: “Lori, tu crees que sería divertido golpear un espejo con un martillo, pero el espejo no se puede pegar. Puedes golpear los bloques de madera.”

Si un niño persiste en romper límites, el terapeuta podría utilizar un “ultimátum”. Esto implica, de entrada, poner el objeto fuera de los límites para lo que queda de sesión. Esto se comunica al niño diciendo, por ejemplo: “Jimmy, si tu eliges dispararme con la pistola, estás eligiendo dejar de jugar con ella.” Si el niño continúa rompiendo el límite, se procede al segundo, y último, paso, hacerlo salir de la sala de juego. Esto se le dice al niño, por ejemplo, de la siguiente manera: “Leigh, si tu eliges continuar pegando la casa de muñecas con el martillo, estás eligiendo dejar la sala de juegos”.

El papel de los padres y profesores: Un breve comentario

Si bien abordar el papel que tienen los padres y los profesores en la terapia del juego se encuentra más allá de los límites de este artículo, pensamos que sería importante hacer una breve exposición. En concordancia al desarrollo del proceso de terapia, los terapeutas deberían consultar de forma regular con los padres y, si es procedente, con profesores. Padres y profesores pueden darnos información muy valiosa referente a la historia del desarrollo del niño, estilos de aprendizaje y patrones relacionales. Además, el hecho de secundar los esfuerzos del niño para cambiar supone también una ayuda muy valiosa. La implicación parental es particularmente importante durante el proceso de terapia. Los niños podrían hacer algunos cambios productivos dentro del espacio terapéutico sin un apoyo parental, pero un progreso sustancial y a de largo alcance casi siempre ocurre cuando los padres de implican de forma activa (Carlson, Watts, & Maniacci, 2006; Garza & Bratton, 2005; Kottman, 2003). Tal y como Landreth (2002) indicó,

“si los padres necesitan terapia o entrenamiento en habilidades parentales es

algo que el terapeuta del juego debe determinar. En la mayoría de casos, es aconsejable dirigirse a proveer de un entrenamiento en habilidades o una terapia filial, en caso de que se considere necesario trabajar con los padres” (Landreth, p. 154).

La implicación de los profesores de particularmente importante cuando las situaciones en las que el niño presenta problemas están situadas en la escuela o cuando el problema está afectando al desarrollo académico del niño. Al igual que con los cambios del sistema familiar, a veces se necesitan cambios en el patrón interaccional escolar para facilitar o mantener los cambios que ocurren dentro de la terapia (Carlson, Watts, & Maniacci, 2006; Kottman, 2003).

Con padres y profesores, las consultas pueden darnos, por lo menos, tres experiencias valiosas. En primer lugar, padres y profesores experimentan una escucha empática de apoyo, más que un ambiente evaluativo o valorativo. En segundo lugar, los padres y los profesores empiezan a entender como vivir las conductas del niño, y la estructura narrativa desde la que las conductas emanan, a través de los ojos el niño. En último lugar, los padres y profesores se vuelven conscientes de cambios sutiles en la conducta del niño que son indicadores del progreso o de la realización de nuevos significados en la narrativa del niño.

Soluciones centradas en el niño vs. Soluciones centradas en el problema dentro de la terapia de juego.

Freeman et al. (1997) expresaron que su enfoque “juguetón” de una terapia narrativa con niños era distinta de los enfoques más abiertos y no estructurados de terapia de juego (p.e., la terapia de juego centrada en el niño). Ellos establecen que la distinción se encuentra en que : “Colaboramos íntimamente con el niño en un juego que esta centrado activamente en el problema. El sentido de efectividad del niño como agente de cambio aumenta claramente cuando puede experimentar en relación a un problema externalizado. En terapia con familias, el juego es principalmente con palabras, usando el humor cuando sea posible. Pero una conversación externalizada conecta fácilmente con otras formas de expresión preferidas por los niños, tales como el juego y la terapia de artes expresivas (Freeman et al., 1997, p.11).

Con estos comentarios Freeman et al. cuestionan la idea de que los clientes niños estarán dispuestos a hablar acerca del “problema”, que disponen de los recursos verbales y que tienen suficiente desarrollo cognitivo para hablar adecuadamente de la situación utilizando los símbolos abstractos que conocemos como “palabras”. Pero muchos niños pequeños no pueden identificar específica o verbalmente el “problema”, así que la definición del “problema” a través de los otros puede subyugar subrepticamente la voz del niño. Dado el marcado énfasis de la relación terapéutica en las terapias constructivistas, este mecanismo terapéutico centrado en el problema nos aparece como contrario a los valores y principios

básicos del constructivismo; especialmente al tratar con niños pequeños (Kottman, 2001; Landreth, 2002) y clientes culturalmente diversos (Garza & Bratton, 2005).

Además, es posible que los niños no tengan suficiente desarrollo cognitivo para responder adecuadamente a cuestiones abstractas o reflexivas preguntadas frecuentemente por los enfoques constructivistas en terapias con niños. De este modo, el uso de estas cuestiones podría contribuir a un ambiente opresivo para los clientes niños. Las habilidades y los procedimientos utilizados por terapeutas del juego centrado en niños, tienen muy buena consonancia con la teoría constructivista y permiten a los niños expresarse a través de un medio que es el más confortable para ellos: el juego. Habiendo dicho esto, si el niño identifica el problema con el contexto de su juego (metafórica o verbalmente), y la relación entre el niño y el terapeuta está suficientemente desarrollada, un terapeuta podría elegir utilizar técnicas tales como “La varita mágica” (o “la pregunta mágica”), “externalizar preguntas” y otras preguntas de tipo constructivista, formuladas de forma adecuada al nivel de desarrollo del niño. Típicamente, si un niño no está preparado para hablar acerca de este tipo de preguntas, no responderá a ellas. Además, a no ser que el niño tenga identificado de forma directa y específicamente que él es uno de los personajes dentro de “la historia”, estas cuestiones y procedimientos deberían ofrecerse indirectamente en el contexto metafórico del juego del niño. Por ejemplo, supongamos que Sarah de cinco años está utilizando a una familia de muñecos para representar un conflicto con su familia. Para el terapeuta está claro que uno de los muñecos que sostiene Sarah representa a la niña, pero aun no ha identificado a la muñeca que representa a ella misma. En este caso, es preferible que el terapeuta pregunte acerca de la muñeca-niña antes que hablarle abiertamente a Sarah; por ejemplo, “me pregunto que esta niña podría...”; “¿Hay esos momentos en los que ella y su madre...?”; “¿Que pasaría si...?”

Conclusiones

En este capítulo hemos intentado demostrar que las habilidades básicas facilitadoras de la terapia centrada en el niño son muy útiles para terapeutas constructivistas que trabajan con niños. Hemos apuntado que existe un razonamiento claro para el uso del juego en terapias con niños. Además, hemos ofrecido apoyo a la idea de que existen puntos de resonancia significativa entre la perspectiva centrada en el juego del niño –con sus raíces en la Terapia Centrada en la Persona de Rogers– y las terapias constructivistas. Finalmente, hemos discutido juguetes y medios de juego, y posteriormente habilidades básicas facilitadoras de la terapia centrada en el niño que pueden ser útiles en una terapia constructivista para niños.

Dada la idea de que el juego es el lenguaje del niño y que los juguetes son sus palabras (Landreth, 2002), y utilizando un lenguaje de las terapias constructivistas, la realización de significado ocurre en la terapia del juego. Típicamente, los niños no han alcanzado suficiente desarrollo cognitivo o no disponen de habilidades

verbales para contar su historia. Aun así, cuando el terapeuta utiliza las habilidades básicas facilitadoras en la terapia de juego con niños, el niño contará sus historias a través del juego. La terapia del juego crea un espacio para que el niño resuelva sus problemas. Centrada en la imaginación y el juego fantástico, la terapia del juego le da al niño oportunidades para compartir su voz, contando su historia y utilizando sus fuerzas y habilidades para crear y considerar (normalmente, por su cuenta), externalizaciones, excepciones o desenlaces únicos, soluciones y historias alternativas.

A lo largo de la historia, los niños de todas las épocas han utilizado el juego como forma de enfrentarse a dificultades y situaciones carentes de significado en su vida. Como los niños pequeños no tienen suficiente desarrollo cognitivo o habilidades expresivas para poder expresarse verbalmente sobre sus emociones, pensamientos y reacciones, normalmente les resulta mucho más fácil comunicarse utilizando el juego o juguetes. Dada la idea de que el juego es el lenguaje del niño y que los juguetes son sus palabras (Landreth, 2002), la realización de significado ocurre en la terapia del juego; cuando el terapeuta utiliza las habilidades básicas facilitadoras en la terapia de juego con niños, el niño contará sus historias a través del juego, y así la terapia del juego crea un espacio para que el niño resuelva sus problemas.

Este artículo presenta una introducción a la terapia de juego dentro de un marco epistemológico constructivista, integrando los enfoques de la terapia centrada en la persona (en el niño) y el enfoque adleriano. El objetivo es demostrar la utilidad de las habilidades básicas relacionales en la terapia de juego. Se presentarán los principios básicos, los requerimientos del setting terapéuticos y algunas técnicas.

Palabras clave: terapia de juego; terapia centrada en el niño; psicoterapia constructivista; psicoterapia adleriana

Referencias bibliográficas

- Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person-centered therapies: What would Carl Rogers say? *Journal of Family Therapy*, 23, 339-360.
- Baggerly, J. N., & Bratton, S. C. (2010). Building a firm foundation in play therapy research: Response to Philips (2010). *International Journal of Play Therapy*, 19, 26-38.
- Bratton, S., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9, 47-88.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analysis review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376-390.
- Caplan, F., & Caplan, T. (1974). *The power of play*. New York: Anchor Books.
- Carlson, J., Watts, R.E., & Maniaci, M. (2006). *Adlerian therapy: Theory and practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families*. New York, NY: Norton.
- Garza, Y., & Bratton, S.C. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural consideration. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 51-79.

- Hoyt, M.F. (1994). Introduction: Competency-based, future-oriented therapy. In M.F. Hoyt (Ed.), *Constructive therapies* (pp. 1-10). New York, NY: Guilford.
- Kottman, T. (2001). *Play therapy: Basics and beyond*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kottman, T. (2003). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Mahoney, M. J. (2002). Constructivism and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 745-750). New York: Oxford.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: A practical guide*. New York, NY: Guilford.
- Mahoney, M. J., & Granvold, D. K. (2005). Constructivism and psychotherapy. *World Psychiatry*, 4(2), 74-77.
- Neimeyer, R. A. (1995). Constructivist psychotherapies: Features, foundations, and future directions. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 11-38). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Schaeffer, C. (Ed.) (1993). *The therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Aronson.
- Smith, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. In C. Smith & D. Nylund (Eds.), *Narrative therapies with children and adolescents* (pp. 1-52). New York, NY: Guilford.
- Sweeney, D.S. (1997). *Counseling children through the world of play*. Wheaton, IL: Tyndale.
- Watts, R. E. (2003). Adlerian therapy as a relational constructivist approach. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 11, 139-147.
- Watts, R.E., & Phillips, K.A. (2004). Adlerian psychology and psychotherapy: A relational constructivist approach. In J. D. Raskin & S. Bridges (Eds.), *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology* (Vol. 2, pp. 267-289). New York: Pace University Press.
- Watts, R. E., & Shulman, B. H. (2003). Integrating Adlerian and constructive therapies: An Adlerian perspective. In R.E. Watts (Ed.), *Adlerian, cognitive, and constructivist psychotherapies: An integrative dialogue* (pp. 9-37). New York: Springer.

Revista de Psicoterapia en Internet

Apreciado suscriptor,

Recientemente, la Revista de Psicoterapia ha lanzado su versión digital a la que puede acceder desde hoy mismo en www.revistadepsicoterapia.com y desde la que esperamos poder ofrecer un mejor servicio e intentar ayudar a la difusión de nuestros contenidos.

Como suscriptor de la revista en papel, usted tiene libre acceso al fondo editorial de la misma en formato digital (pdf) al que podrá acceder, por artículos separados o por números completos, en la sección “Fondo Editorial” o realizando directamente una búsqueda por palabra clave en el buscador que hemos habilitado en el sitio web.

Sin embargo, para poder descargar los artículos en su ordenador antes deberá activar su cuenta para poder iniciar sesión en el sitio web como usuario registrado. Para hacerlo sólo tiene que entrar en la página de “Suscripciones” y rellenar la casilla inferior de la columna de la izquierda (YA SOY SUSCRIPTOR) con su nombre completo y dirección e-mail para que podamos activar su cuenta y mandarle por correo electrónico su nombre de usuario y contraseña. Con estos dos datos podrá iniciar sesión en el web y descargar tantos archivos como desee dentro del periodo de vigencia de su suscripción.

Por favor, utilice un nombre con el que podamos identificarle como suscriptor de la revista.

Todo el proceso se realizará de manera manual y personalizada por lo que rogamos disculpe la demora mientras no reciba nuestra respuesta en forma de nombre de usuario y contraseña.

No dude en ponerse en contacto con nosotros para resolver cualquier duda.

Atentamente,

Revista de Psicoterapia

PSICOTERAPIA EN LA PRIMERA INFANCIA: PROCESOS PSÍQUICOS Y REPRESENTACIONES MENTALES

Margarita Ibáñez Fanés

Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona

mibanez@hsjdbcn.org

This article discusses a practice in child psychotherapy that allows to work with the internal world of children and to produce changes on it. These changes can take place both in the psychological processes of the child and in his or her mental representation, depending on the severity of the psychopathological disorder we deal with. This practice integrates results from research on early interactions in childhood, attachment, self development, intersubjectivity and reflexive function. Relevant aspects of these psychological functions are discussed in detail, and the Reflective Function Scale is described. By means of a clinical case and illustrating the technique of video-intervention, it is shown how psychotherapy focused in these psychological systems can produce changes.

Keywords: psychoanalysis, attachment, mental representations, reflexive function, infancy

Introducción

En la década de los 90 varios autores psicoanalistas, entre ellos Peter Fonagy en el Centro Anna Freud, se preocuparon de revisar, desde la perspectiva de la evidencia, la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos en la clínica psiquiátrica infanto-juvenil. Empezaba a vislumbrarse en aquellos momentos un cambio cultural en la práctica clínica psiquiátrica, sobre todo relacionado con su amplia expansión a través de los servicios públicos de salud mental. Este cambio apuntaba a exigir “pruebas” (*evidence*) de la eficacia de los tratamientos. Formas terapéuticas de más fácil aplicación, dirigidas a modificar la conducta y las representaciones cognitivas de la experiencia, junto con el abordaje farmacológico, ganaron terreno en este panorama. Eran técnicas aplicables por un gran número de clínicos, apuntaban principalmente, en aquellos momentos, a la reducción sintomática. En

algunos territorios se llegó a focalizar el trabajo terapéutico a convencer al enfermo de que su trastorno era incurable, orientándose el tratamiento a un enfoque paliativo más que curativo.

En este panorama la tradición psicoanalítica que había sido hegemónica en muchos países ha de replantearse y buscar pruebas de su eficacia. Además el trabajo psicoanalítico propone producir cambios en la forma de vivir las experiencias del paciente, analizando la relación de aspectos conscientes (cognitivos secundarios) con aspectos preconscientes e inconscientes para el paciente que incluyen formas de conocer, sentir y emocionarse más primarias, propias de los estadios primeros del desarrollo.

El psicoanálisis se propone trabajar en un campo más amplio del trastorno psíquico. Es en este contexto que Target y Fonagy (1994) evalúan la eficacia del tratamiento psicoanalítico (mayor intensidad terapéutica: tres o cuatro sesiones semanales) y de la psicoterapia psicoanalítica (menor intensidad terapéutica: una o dos sesiones semanales) para niños y adolescentes, en este estudio concluyen que hasta los 6 años los niños mejoran mucho su desarrollo psicológico con la intervención psicoanalítica tanto la de mayor intensidad como la de menor intensidad, de los 6 a los 12 años la frecuencia semanal de sesiones tampoco marca una diferencia sobre los resultados, sin embargo de los 13 a los 18 años, si (Fonagy y Target, 2003).

Estos autores plantean la interesante distinción entre tener como objetivo terapéutico el **producir cambios en los procesos psíquicos** del niño y tener como objetivo **producir cambios en las representaciones mentales**. El primer objetivo se requiere en trastornos psicopatológicos graves como psicosis, espectro autista, trastornos límites de la infancia. El segundo objetivo se requiere en los trastornos psicopatológicos de la serie neurótica, reactivos o en las variaciones de la normalidad.

Esta revisión de la eficiencia del trabajo psicoterapéutico psicoanalítico y los enfoques terapéuticos posteriores, dirigidos a producir cambios en *las representaciones mentales* y en *los procesos psíquicos*, se apoyaron en los grandes progresos de las investigaciones sobre el desarrollo psicosocial del bebé de los años 80, cuyos ejes principales son, *el estilo de apego, la función reflexiva del cuidador, las interacciones, el desarrollo del si mismo y la intersubjetividad*.

El estilo de apego: El sistema de apego aparece desde el nacimiento, regula la relación y proximidad del cuidador principal para proteger la sobrevivencia. A lo largo del desarrollo se transforma desde un sistema comportamental hacia un sistema de representaciones mentales que de forma estable guían las relaciones con las personas significativas. Estas representaciones se refieren a uno mismo como merecedor de cuidados y de ayuda, del otro como capaz de cuidar y ayudar y de la relación posible entre los dos. Estas representaciones son los llamado Modelos Operativos Internos (MOI, Bowlby, 1969), y se han hallado 4 tipos de MOI:

- El MOI *seguro*: el individuo frente a un conflicto que le activa el sistema de apego capta la situación de conflicto, siente la necesidad de pedir ayuda al otro significativo, se representa a sí mismo como alguien que merece ser ayudado y se representa la relación entre los dos en la confianza de que el otro lo ayudará si lo necesita, en una relación que será eficaz, que ayudará a mejorar el problema y le confortará.
- El MOI *inseguro preocupado*: el individuo siente la necesidad de ayuda, capta la situación de peligro y pide ayuda al otro significativo, pero se representa a sí mismo como alguien que no merece ser ayudado, que el otro no le ayudará si lo necesita y esto pasará en una relación de emociones negativas de ira y recriminaciones hacia el otro porque no tiene interés por ayudarlo. La ayuda del otro no será eficaz, el problema no se resolverá y él no se sentirá confortado. Este individuo preocupado en relación al apego desarrollará una estrategia secundaria de reclamar mucha ayuda pero no podrá construir el sentimiento de seguridad. Vemos que en este MOI las emociones se expresan libremente y entran en la relación, sobre todo las negativas.
- El MOI *inseguro evitativo*: el individuo no siente la necesidad de ayuda por parte del otro significativo, capta de alguna manera la situación de conflicto pero no pide ayuda al otro significativo, se representa a sí mismo como no merecedor de ayuda, en una relación en la que él minimiza su propia necesidad y exculpa al otro que no le ayuda. Se idealiza al otro y el sujeto se siente más capaz de lo que en realidad es de protegerse por sí mismo. Integra como algo normal el rechazo del otro significativo, lo valora positivamente y no puede conectar con la representación de “niño necesitado de ayuda”, por lo que el problema no se resolverá. El sujeto lo negará como problema, no se sentirá confortado pero pensará que le es indiferente, ya que a él no le hace falta, al no tener necesidad de nadie. Vemos que en este MOI la expresión de las emociones está restringida, tanto las positivas como las negativas. Este individuo evitativo respecto al apego ha desarrollado una estrategia secundaria para mantener al cuidador principal cerca de él, no reclamando ayuda y construyendo una representación de sí mismo con orgullo de ser capaz de protegerse sólo, sin poder conectar con sus sentimientos de malestar ni con su “parte infantil”.
- MOI *desorganizado*: Descrito en los niños y relacionado con estados mentales de duelos y traumas (maltrato, abuso) no resueltos en los cuidadores principales. El niño ve el conflicto, pero todo el encuadre experiencial se vuelve caótico. El otro significativo es representado como incapaz de ayudar en el problema, el adulto se infantiliza, el niño se representa en actitudes de adulto, protegiendo a los cuidadores principales. La relación se representa como caótica, bizarra y destructiva, los

encuentros relacionales conllevan violencia, destrucción de ambos partenaires, y el encuadre externo no animado (mobiliario, decoración, etc.) se destruye con la violencia de la relación y cobra cierto animismo bizarro. Este MOI está muy asociado a la psicopatología.

Los estudios han mostrado que los Modelos Operativos Internos de apego de los padres están relacionados con la capacidad de leer los signos del bebé, de expresar y comprender las emociones, de regulación emocional, de introspección, y de vivir conflictos en las relaciones sin romperlas.

La transmisión de los MOI está en parte relacionada con el estilo de apego de los padres. Hay una alta correlación entre los estilos de los padres y de los hijos, sobre todo en seguridad y en duelos y traumas no resueltos en los padres y desorganización del apego en los hijos (Fonagy, Steele Steele, 1991). Sin embargo los desajustes psicopatológicos francos únicamente se han hallado en las representaciones de apego de los cuidadores principales, que presentan duelos y traumas no resueltos en relación a las propias figuras de apego. Este estado mental respecto al apego está relacionado con el apego desorganizado en el niño pequeño (Main y Hesse, 1990; Lyons-Ruth, 2007).

La Función Reflexiva (FR): Fonagy, Target, Steele y Steele, (1998) al igual que Steele y Steele (2008) han presentado una descripción operativa de una función mental, la FR, que organiza la comprensión de la experiencia intrasubjetiva e intersubjetiva. En líneas generales, la definen como la capacidad de tener conciencia sobre los estados mentales de uno mismo y de los otros, de considerar la influencia mutua entre los estados mentales y los comportamientos, de considerar también la perspectiva del desarrollo para entender los cambios en los estados mentales y la necesidad de tener en cuenta el curso del contexto coloquial en el que tiene lugar la relación. Estos autores (Fonagy, Target, Steele y Steele, M. (1998) crearon un instrumento, al que llamaron Escala de Función Reflexiva que servía para evaluar este aspecto en los narrativos de apego obtenidos en la Adult Attachment Interview (George, Kaplan y Main, 1985).

La escala de FR es una escala cualitativa que ofrece una guía para analizar los signos de función reflexiva que aparecen en un narrativo sobre las relaciones biográficas de apego, recolectado generalmente por la AAI. Se puede evaluar todo el narrativo de la AAI desde la perspectiva de la FR, sin embargo, hay algunas preguntas que requieren al individuo mostrar su capacidad de FR.

Estas preguntas son:

- *¿Por qué cree Ud. que sus padres se relacionaron y se comportaron con Ud. del modo que lo hicieron durante la infancia de Ud.?*
- *¿Cómo cree Ud. que sus experiencias infantiles han influenciado su personalidad adulta?, ¿Algo de lo que ha vivido durante su infancia según me ha contado Ud. cree que ha sido un freno para su desarrollo?*
- *¿Se sintió alguna vez rechazado por sus padres durante su infancia?*

- *En relación a la pérdida de este ser querido/de este abuso/de este trauma, ¿cómo se sintió en el momento que ocurrió? y ¿cómo han cambiado sus sentimientos respecto a esta experiencia a lo largo de los años?*
- *¿Ha habido cambios en la relación con sus padres desde que Ud. era pequeño hasta ahora?*

Las respuestas nos mostrarán si la persona puede evocar su estado mental en la infancia y en la actualidad y si puede evocar el estado de la mente de sus padres en su infancia y en la actualidad. También nos mostrarán si el individuo entiende que el paso del tiempo y el desarrollo de las diferentes etapas de la vida permiten cambios de punto de vista. En suma, podremos analizar su narrativo desde la perspectiva de la FR (Ibáñez, 2013).

Esta escala está distribuida en varias categorías de capacidad reflexiva, que va de los niveles más bajos de capacidad reflexiva en los que se hallan las dificultades extremas para poder reflexionar sobre la experiencia interpersonal, la llamada *FR Negativa*, a los más altos, la categoría llamada *FR Marcada y Excepcional*. La Categoría *FR Negativa* es frecuente en los trastornos graves de la parentalidad. Reciben esta puntuación las personas que se resisten sistemáticamente a reflexionar sobre su relato respecto a la relación con las figuras significativas, de una forma hostil hacia el tema y hacia el examinador, el sujeto muestra muchas dificultades para entrar en este tipo de actividad mental.

En los niveles más altos encontrados se hallan capacidades de moderadas a altas y sofisticadas, llamadas *FR Marcada y Excepcional*, donde la persona presenta una capacidad sofisticada de captar los estados mentales en sí mismo y los otros, así como de integrar las diversas dimensiones de la FR, tales como:

- A. *El conocimiento de los estados mentales propios y ajenos*
- B. *Esfuerzo explícito para entender los estados mentales que marcan las conductas*
- C. *Tener en cuenta aspectos del desarrollo en los estados mentales: considerar la perspectiva intergeneracional y establecer conexiones a través de las generaciones*
- D. *Considerar la perspectiva del desarrollo: algunos sujetos son conscientes de los cambios, debidos al desarrollo, en ciertos estados mentales, pueden revisar pensamientos y sentimientos sobre la infancia*
- E. *Tener en cuenta los estados mentales en relación con el entrevistador*

En medio de la gama se hallan los valores ausentes, bajos u ordinarios de reflexividad. La llamada *FR Ausente* se codifica cuando el sujeto no menciona en su discurso los estados mentales a pesar de tener claras ocasiones para hacerlo.

En la *FR Cuestionable o baja* el sujeto puede usar un lenguaje que se refiere a los estados mentales, pero falta material explicativo que confirme el hecho de que el sujeto comprende realmente las implicaciones de lo que dice en la comprensión de la experiencia que narra. En esta categoría también entrarían las reflexiones

pseudo psicológicas que aparecen en los narrativos de los individuos con un M.O.I. inseguro preocupado.

En la *FR Definida u Ordinaria* el sujeto tiene que hacer comentarios que marquen una reflexión explícita sobre los estados mentales propios o de los otros, de forma creativa no estereotipada.

La función reflexiva permite a los cuidadores una interacción, una capacidad de intersubjetividad y de narrativo de la experiencia muy estimulante para el desarrollo del si mismo verbal y del si mismo autobiográfico.

Las Interacciones: Stern (1985) recoge en su trabajo sobre “El mundo interpersonal del infante” los descubrimientos sobre las *competencias interactivas* del bebé, estos muestran que están activas desde las primeras horas de vida, y que los adultos presentan unos patrones estables que se ajustan a las capacidades de interacción de los bebés y que se adaptan al momento del desarrollo del niño. Los estudios sobre el sistema interactivo describen la existencia de un protodiálogo en el que el bebé y las figuras de apego responden de manera automática a las señales, gestos y ritmos de su compañero. En este protodiálogo hay una regulación ajustada de la excitación que puede tolerar el bebé (Sroufe, 1996), y aparecen mecanismos de reparación en ambos partenaires de los desajustes inevitables en la interacción (Beebe & Lachmann, 2002). Estos estudios han mostrado que los bebés no tienen un rol pasivo en las interacciones, ya que vienen equipados con la capacidad de responder rítmicamente a los gestos, la intensidad y la forma en que se da este protodiálogo, una capacidad que se desarrolla rápidamente en los primeros meses de edad.

Stern también describe en esta época el desarrollo del sentido del *si mismo* que se ve estimulado por los intercambios interactivos en los cuatro primeros años de vida.

Describe el sentido de un *si mismo emergente*, que se forma desde el nacimiento hasta la edad de dos meses que promueve el sentido de la cohesión física más temprano.

El sentido de un *si mismo nuclear*, que se forma entre las edades de dos y seis meses, en este periodo el bebé gana suficiente experiencia para crear un punto de vista subjetivo, en este periodo describe el núcleo de experiencia “si mismo” con el otro que es esencialmente un otro que regula al niño, y le propone experiencias que le permitirán más adelante la autorregulación.

El sentido de un *si mismo subjetivo*, que se construye entre los siete y quince meses, en esta etapa se consolida el intercambio intersubjetivo, el otro interlocutor en la relación (la madre/ cuidador principal) en sus interacciones con el bebé, para estimular la intersubjetividad, debe ir más allá de las imitaciones verdaderas, que han sido una parte importante de su repertorio social durante los primeros seis meses y desarrollar un formato de “tema-y-variaciones” con desajustes lúdicos que estimularan la lectura intersubjetiva del bebé de las intenciones del otro. La calidad

de los intercambios interactivos en este periodo del desarrollo del *si mismo*, puede verse perturbada en las situaciones clínicas, por lo que es uno de los objetivos importantes de las intervenciones psicoterapéuticas precoces.

Un sentido de un *si mismo verbal* que aparece a los 24 meses, en este periodo emerge el lenguaje sobre las experiencias de vida propias. Se crea así un nuevo campo de experiencia relacional más abstracto, diferido de la experiencia compartida en el momento. El desarrollo del *si mismo verbal* permite al niño entre los 3-4 años organizar una narrativa propia que vehiculiza su interpretación de las actividades humanas, las de los otros y las propias, a manera de “trozos de historias”, en esta etapa se construye el *narrativo autobiográfico* que organiza el sentido de la identidad propia y es muy importante para los desarrollo psicológicos posteriores. Sin embargo si el pasado vivido y el pasado narrado son muy discrepantes, o lo actual vivido y lo actual narrado es muy discrepante, el niño puede, mientras construye historias en este periodo, establecer distorsiones de la realidad y crear una distorsión importante en su identidad, el “falso *si mismo*” que contribuye de forma importante a la perturbación mental en estas edades y posteriores, y foco también de las intervenciones psicoterapéuticas de esta edades.

La Intersubjetividad: A raíz de sus investigaciones, Trevarthen y Aitken (1994) proponen que la *intersubjetividad* emerge en dos fases. Una *fase primaria*, en la cual la relación de intersubjetividad está arraigada en intercambios emocionales y propioceptivos del bebé con sus cuidadores. Una *fase secundaria* que emerge alrededor de los nueve meses de edad. En esta etapa del desarrollo hay un desarrollo considerable de las habilidades cognitivas, sociales y emocionales. A partir de esta edad los bebés empiezan a captar de manera rudimentaria que sus cuidadores tienen intenciones propias, diferentes de las de él mismo. El espacio intersubjetivo empieza a ampliarse de forma importante. Durante el segundo año de edad: (1) los bebés apuntan y señalan hacia objetos de interés; (2) les enseñan activamente a sus cuidadores objetos de interés; (3) empiezan a pedir que sus cuidadores los acompañen para compartir objetos o situaciones que los deleitan; (4) empiezan a gozar de juegos que requieren de una cooperación más intensa con sus cuidadores. (Marrone, Cortina y Diamond, 2006).

Es fácil imaginar que el desarrollo del *si mismo* y de la *intersubjetividad* necesitan un interlocutor en la relación, sensible y empático a este aspecto del funcionamiento del bebé, niño pequeño. En la psicopatología de la primera infancia, ésta es una de las funciones que más se ven afectadas, así que es también uno de los objetivos diana de nuestras intervenciones terapéuticas. Un bebé y niño pequeño que no ha podido ejercitar sus capacidades de intersubjetividad puede ver puestos en riesgo sus procesos de discriminación individual y de construcción del *si mismo*.

En las décadas del 2000 y del 2010, a raíz de estos descubrimientos sobre el desarrollo psicosocial precoz, se implementan técnicas psicoterapéuticas sobre las relaciones de apego e intersubjetivas que incluyen el trabajo sobre las interacciones

entre el niño y sus cuidadores principales, o entre la pareja parental. Tomar las interacciones como objetivo terapéutico permite abordar sus diferentes dimensiones: la corporal, la emocional y la de los estados mentales. A la vez que trabajar con la intersubjetividad permite también trabajar con la intrasubjetividad y la función reflexiva.

El método psicoanalítico ha sido un instrumento privilegiado para explorar la intrasubjetividad, y ha aportado esquemas comprensivos para dar cuenta del funcionamiento psíquico del individuo en su forma de vivir la experiencia y de pensarla. Ha incluido, como hipótesis principal, el concepto del Inconsciente como impulsador de muchas conductas que escapan a la comprensión y al control del sujeto. Sin embargo ha sido la reformulación moderna sobre la intrasubjetividad y la intersubjetividad, avaladas por las pruebas aportadas por la investigación sobre la psicología del desarrollo psicosocial y emocional, la que ha permitido re-incluir el mundo interno y los estados mentales en el panorama de la práctica clínica basada en la evidencia. Esto ha sido de especial interés para la práctica de la psicoterapia en la primera infancia, permitiendo dar un lugar primordial al desarrollo de los *procesos psíquicos* y de las *representaciones mentales* psico sociales del bebé, lactante y niño pequeño y a la influencia que las relaciones de crianza y la parentalidad tienen sobre dicho desarrollo.

En la Unidad de psicopatología de 0-5 años del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de San Juan de Dios de Barcelona utilizamos estos enfoques para abordar la psicopatología de la primera infancia. Remedando las reflexiones de Fonagy sobre *la intensidad y profundidad* de los tratamientos psicoanalíticos, podemos considerar que, a partir de los conocimientos sobre el desarrollo psicosocial, que incluyen , como hemos dicho, *el sistema de apego, la capacidad de función reflexiva, las interacciones relacionales, el si mismo y la capacidad de intersubjetividad*, la elección de objetivo del trabajo psicoterapéutico, se mueve entre tres campos: a) centrarse en el niño y su funcionamiento mental individual exclusivamente, b) centrarse en los padres y su funcionamiento mental como tales exclusivamente y c) centrarse en la relación entre ambos.

En los *trastornos neuróticos*, reactivos o variaciones de la normalidad podemos trabajar a nivel individual con el niño pequeño a partir de los 3 años de edad dado que el *si mismo verbal* ya está desarrollado y ya dispone de un bagaje representativo propio sobre el que se puede trabajar a través del juego. El objetivo de la intervención terapéutica es ayudarlo a reorganizar sus representaciones mentales sobre si mismo, los otros y su propia experiencia, a la vez que hacer progresar sus fantasías propias de la edad. En este caso trabajamos sobre las representaciones de apego y sobre las fantasías inconscientes censuradas por la incipiente consciencia moral del niño pequeño.

En los *trastornos límites de la infancia*, actualmente incluidos en el espectro autista de baja afectación, en los que el desarrollo del *si mismo* se ve afectado, siendo

difícil la aparición del *si mismo subjetivo, verbal y autobiográfico*, por fallos en la construcción del *si mismo nuclear*, acostumbramos a trabajar tanto con el niño individualmente, como con los padres en tanto padres del paciente y la relación entre ambos a través del sistema de apego, de la función reflexiva y de las interacciones de crianza, dado que influyen en el desarrollo de estas funciones psicológicas. En estas edades tempranas, en las que el cerebro está en pleno desarrollo y cambio, es difícil establecer cuando un trastorno psicopatológico afecta directamente una función psicológica o la disfunción de ésta es el resultado de las limitaciones de uso que conlleva el mismo trastorno psicopatológico. Por ello es importante ofrecer en estas edades tratamientos psicoterapéuticos que estimulen el desarrollo psico-social, rebajen al máximo el estrés en las relaciones de crianza y ofrezcan a los padres medios para ajustarse lo más posible a las capacidades interactivas de su hijo.

Al mismo tiempo existe una graduación de la intensidad del trabajo terapéutico posible que puede realizarse a un nivel conductual, a nivel de los estados mentales subyacentes a las representaciones de apego, de la función reflexiva/mentalización, de las fantasías inconscientes censuradas desveladas a través de la transferencia, y de la reelaboración biográfica de las experiencias pasadas. Este abanico de registros de intervención lo usamos en función de las características del funcionamiento psíquico del paciente que puede variar en los diferentes momentos de la evolución de su trastorno, del tratamiento y de la etapa del desarrollo por la que atraviesa.

Caso de video-intervención

Marina es una niña de 6 años que acude a nuestro Servicio de Psiquiatría desde los 4 años de edad por presentar problemas de regulación emocional, angustia de separación, mucha dependencia de la madre o cualquier cuidador principal. Presenta también un tono emocional apagado que se valora como un componente depresivo del trastorno.

A nivel de competencias del desarrollo no presenta retrasos significativos.

Como acontecimiento de vida estresante, la madre nos explica que cuando Marina tenía 2 años y medio y ella estaba esperando su segundo hijo, éste nació a raíz de un accidente de coche en el que iban Marina y ella misma, el accidente precipitó el parto, no tuvieron lesiones importantes, pero la vivencia traumática del accidente y el parto se unieron de manera que impactó tanto a la madre como a la niña. En el momento de las primeras entrevistas valoramos que este acontecimiento traumático y lo imprevisto del nacimiento habían generado en la madre un sentimiento de preocupación y culpa porque Marina vivió el nacimiento de su hermanito de aquella manera, imaginando que fue una experiencia traumática y difícil de superar para la niña. Apreciamos que había algo de las representaciones de la parentalidad en la madre que se rompieron en aquel momento y que aún no había hecho el duelo de la situación real vivida en relación a la situación esperada.

El padre presentaba un estado mental respecto a su relación como padre con la niña mas normalizada, libre de la vivencia traumática. Sin embargo, también aportaba que Marina presentaba una actitud inhibida y pasiva que le dificultaba la relación con él, aún hoy en día a los 6 años de edad sigue igual la relación.

Diagnosticamos el trastorno como un retraso evolutivo del desarrollo psicológico y emocional de la niña y valoramos que había una interacción de crianza sobreprotectora y ansiosa por parte de la madre que añadía dificultad al desarrollo de los recursos de autonomía psicológica de la niña. Había una funcionalidad del sí mismo subjetivo y verbal disminuida, si bien parecía que la función estaba establecida.

En el inicio del tratamiento trabajamos en consultas terapéuticas que orientaban la crianza, y trabajamos los efectos post-traumáticos de la experiencia del nacimiento de su hermanito, tanto en Marina como en su madre.

Las relaciones madre-padre-hija mejoraron en dos años de trabajo pero la actitud de pasividad y dependencia de Marina perduraba y apreciamos que llegando ya a los 5 años de edad no aparecían las actitudes de competencia y rivalidad con el adulto y los iguales, propias de estas edades. Se mantenía muy sumisa y adaptada al otro cuando entraba en relación afectiva.

Dado que ya tenía más edad y más recursos psicológicos propusimos un trabajo de psicoterapia a través del juego para trabajar sus *representaciones mentales* de sí misma, de sus deseos, de los otros y de la relación entre ella y los otros. Abordamos el juego libre desde las representaciones de vínculo, del deseo y de los límites sociales y de la función reflexiva. La frecuencia de las sesiones era quincenal. Después de un curso escolar valoramos que había un cierto progreso, en la riqueza de sus representaciones mentales y en la iniciativa de juego, pero los problemas de pasividad, de falta de espontaneidad y de sumisión al otro en sus relaciones, la falta de curiosidad en los aprendizajes y el mal rendimiento escolar que aún se mantenían, cuando ya tenía 6 años, nos hicieron replantear de nuevo el encuadre de trabajo psicoterapéutico. Dado que por edad ya la considerábamos más madura, propusimos añadir a la terapia de juego un trabajo sobre la relación de ella con sus padres a través del microanálisis de las interacciones con la técnica de la-video intervención. Pasamos también de un ritmo quincenal a uno semanal, propusimos tres sesiones individuales de juego y una con la madre, y/o el padre, ella, su terapeuta individual y una terapeuta especialista en video-intervención.

Transcribimos una sesión de video-intervención que nos parece que ilustra el trabajo realizado.

Sesión de vídeo: La madre graba un momento de relación cotidiana, cuando Marina y su hermano de 4 años ponen la mesa para cenar, guiados por su madre.

Escena: La madre le dice siempre a Marina lo que tiene que hacer y ella lo hace sin llevarle la contraria al inicio de la actividad y no muestra ninguna iniciativa personal. Desde el análisis de las interacciones hay *conexión*, la madre le dice lo que

tiene que hacer y ella lo hace. Hay *colaboración*, pero está desequilibrada a favor de la madre, ésta lleva toda la iniciativa y Marina la sigue sumisamente. Hay *discurso apreciativo*, la madre le valora a Marina lo que hace. En la *organización del tiempo* hay un buen ritmo, la madre espera que la niña haya hecho una cosa antes de pedirle que haga otra. En la *organización del espacio* la posición corporal para comunicar entre la madre y la niña es poco clara. La madre va diciendo las cosas que tiene que hacer Marina sin que se dirija cara a cara a la niña y sus palabras flotan en la atmosfera. Marina va cumpliendo lo que su madre dice, la niña no se para al lado de su madre para recibir la nueva orden. Tampoco se dirige verbalmente a ella, comentando algo o pidiendo aclaraciones. Sin embargo la madre se dirige a los dos hijos separadamente, discriminando claramente las tareas que da a cada uno. En este estilo de relación pasan unos minutos, hasta que Marina salta contenta después de haber puesto la jarra de agua en la mesa y toma la iniciativa de llevar las servilletas sin que la madre se lo diga, en el video se aprecia que ella se ha involucrado en la tarea y se ha olvidado algo de la madre, para tomar su propia iniciativa. Se vuelve activa en la relación sin decir nada a la madre. La madre no se da cuenta de la iniciativa de Marina y sigue diciéndole lo que tiene que hacer. Marina sin quejarse ni enfadarse, deja de coger las servilletas, según era su iniciativa, y hace lo que le dice su madre (que coja los cubiertos de servir). Marina va al cajón donde hay los cubiertos y empieza a buscarlos, pero de una manera desorganizada, haciendo mucho ruido y como si no los encontrara, sigue revolviendo ruidosamente el cajón, su hermanito se suma al follón, jugando. La madre se enfada porque no hacen lo que ella dice y regaña a Marina.

Esta es la secuencia que analizamos con Marina y su madre.

Comentamos lo que estamos viendo y les pedimos que nos digan como recuerdan o como creen que se sienten cuando ven las escenas en el video. Marina hace comentarios diciendo que se siente bien, que todo está bien, le comentamos que ella hace todo el rato lo que dice su madre, que no da sus ideas, comenta que esto le gusta, que su madre le diga lo que tiene que hacer, lo valoramos como un discurso adaptativo, para quedar bien delante del adulto, no auténtico. En este punto de la sesión, Marina aporta un comentario propio, espontáneo, cuando ve en la grabación que salta contenta, con placer, por haber llevado el agua en la mesa (es una tarea de mayor), dice: “Mira aquí salto”. Nosotros comentamos, “si parece que estas contenta porque has llevado el agua a la mesa como los mayores”... “y fíjate, ahora que estas contenta tienes una buena idea tú sola, y quieres poner las servilletas”, Marina asiente,... “pero tu madre no se da cuenta y te dice que cojas los cubiertos de servir” ... “pero tu tampoco le dices que habías pensado coger las servilletas”... “aquí no le dejas ver a tu madre que has tenido una buena idea”.... La madre sigue la secuencia de la relación que analizamos en el video y se sorprende de ver que Marina cuando es activa lo disimula delante de ella. Ella reconoce que como Marina es siempre tan pasiva, ella ha cogido la costumbre de guiarla en todo lo que hace,

casi sin darse cuenta. Comentamos que es Marina la que no le enseña a la madre que ella tiene ideas, que nosotros no sabemos porque no lo enseña, y que seguramente ella tampoco lo sabe ahora, que esto lo iremos descubriendo aquí y ella con su terapeuta.

El segundo punto que señalamos es el “enfado de Marina cuando su madre le pide que haga algo diferente de lo que ella quería hacer”, le mostramos que “remover torpemente y ruidosamente el cajón de los cubiertos como si no encontrara los cubiertos” puede ser una manera de “sacar su enfado y fastidiar a su madre” (Marina es una niña que nunca lleva la contraria, que evita la confrontación con el otro y no reconoce nunca que está enfadada, presenta una inhibición importante de la agresividad normal). Marina nos mira con atención, no reconoce lo que le decimos, lo niega abiertamente mientras que su madre lo reconoce tranquilamente, sin culpabilizarla. Entre todos vemos que es ella la que no se atreve a enseñar a su madre que se enfada o que siente rabia. Podemos apreciar que la madre recibe bien este aspecto emocional de Marina y puede empatizar con ella, una vez se da cuenta de que lo experimenta como cualquier niña normal de su edad, no hay una negación fuerte del tema agresivo, por ello le recomendamos que esté atenta a las tenues manifestaciones de enfado de Marina en su relación del día a día y le reconozca el enfado y la sostenga emocionalmente en estos momentos para que ella se sienta más tranquila en este momento de la relación entre ellas. En suma ayudamos a la madre a aumentar su sensibilidad hacia la señal de las emociones agresivas de Marina, reconociéndolas y comprendiéndolas, para que la contenga en una relación segura de vínculo, en la medida de sus posibilidades. Aprovechamos la sesión para hablar de los enfados entre padres e hijos, de que los padres lo entienden, pero a veces los niños como ella temen que si no son “buenos niños” no los querrán sus padres. Intentamos permeabilizar y compartir con un narrativo posible las representaciones de la relación agresiva entre padres e hijos y la suya propia. De hecho retomamos en la sesión aspectos de la relación madre hija que por razones varias no han podido vivir de forma abierta y consciente. Marina marcha de la sesión, en la que ha estado atenta e interesada, más activa motrizmente, con un aspecto más tónico, salta, ríe, parece que se siente menos asustada en la relación con los terapeutas, a los que transfiere su estilo “obediente” a conflictivo que vive con su madre.

Aportamos este fragmento de trabajo terapéutico sobre las interacciones para mostrar que después de un año de psicoterapia a través del juego, en la que Marina no representaba nunca temas que sugerían relaciones de confrontación, agresivas o conflictivas entre los personajes, y se mostraba muy bloqueada en su imaginación, la sesión de video intervención permite movilizar estos aspectos desde su propia experiencia y la de su madre (la que observamos juntos en el video) y retomarlos en la relación. También nos permite, como terapeutas, ampliar las hipótesis explicativas sobre el bloqueo de Marina en la sesión individual, pensamos que podría deberse a una transferencia masiva sobre la terapeuta del estilo de relación

sumisa y a conflictiva establecida con su madre; podría deberse a que ella funciona con un súper yo arcaico que le dificulta sentirse libre con sus sentimientos agresivos normales, o porque una fuerte angustia de separación le provoca temor a la pérdida del adulto referente si se enfada con él. Todas estas hipótesis son explicaciones posibles a su bloqueo pero no es posible comentarlas con Marina o su madre en este momento del tratamiento, dado el gran bloqueo y la defensa a través de la pseudo-sumisión de la niña. Marina está lejos aún de poder trabajar estas representaciones mentales sobre su forma de relacionarse con los adultos referentes.

Podemos decir que trabajar con sus *representaciones mentales* sobre la agresividad y la agresividad en las relaciones a través del juego no ha sido posible por su bloqueo frente a este aspecto psicológico de ella misma y del otro. En cambio a través de las sesiones de vídeo intervención sobre su relación con su madre y su padre hemos podido descubrir con ella, la madre y su terapeuta individual, en el ejemplo descrito más arriba, un momento en el que ella se siente contenta porque ha tenido una iniciativa y ver como se enfada porque su madre no se lo ha reconocido, no porque su madre no quiera que ella tenga iniciativas, sino porque ella vive esta parte de su experiencia a escondidas de su madre. En una sesión anterior de vídeo intervención en la que hacía deberes con su padre, ya trabajamos con ella que “con su boca decía que quería hacer deberes pero que con su cuerpo decía que no” (con una postura pasiva y des involucrada respecto a la tarea escolar), empezamos a trabajar su “desacuerdo” con sus padres y como lo mostraba muy tímidamente.

Este trabajo sobre las interacciones relacionales con el video permite el acceso a aspectos del funcionamiento psicológico propio que escapan al autoconocimiento del paciente, y a aspectos del sí mismo para los que no tiene representaciones construidas, ni discurso. Consideramos que trabajando estos aspectos, en este caso a través de la-video intervención, estamos trabajando sobre *los procesos psíquicos* del paciente y ayudando a su estimulación y reorganización.

La video-intervención aporta un encuadre que permite la observación de la relación y la detección, por parte del terapeuta entrenado, de los puntos importantes para trabajar junto con el paciente, permite captar aspectos no verbales de la relación que pueden ser comprendidos en la relación terapéutica. En este punto entra en juego el trabajo de la intersubjetividad, el terapeuta explora las interacciones como lo haría un cuidador con un bebé en el estadio no verbal, lo que correspondería a una relación de *intersubjetividad primaria*, nombrando estados de ánimo y emociones. En un segundo tiempo puede formular la experiencia, que comparten paciente y terapeuta viendo la escena del video, a un nivel de *intersubjetividad secundaria* cuando describe una unidad interactiva en todas sus dimensiones intersubjetivas que ligan la conducta observada con un estado emocional y un pensamiento sobre sí mismo y sobre el otro con el que está en relación. Por ejemplo, en la escena comentada más arriba la terapeuta le comenta a Marina “que quizás ella se enfada

porque su madre le dice que haga algo diferente de lo que ella quería hacer” o le dice que “quizás cuando ella remueve de mala manera el cajón, como si no encontrara los cubiertos de servir, está sacando su enfado y a la vez fastidiando a su madre porque está enfadada con ella, mientras su madre cree que ella no sabe hacerlo”. Estos comentarios van dirigidos a ayudar al sujeto a captar su estado mental propio que puede ser diferente del estado mental del otro partenaire en la relación, “yo estoy enfadada, mamá está preocupada, mandándome algo, para que lo haga bien”.

A través de la vídeo-intervención, en el caso de Marina, abordamos sus *procesos psíquicos*, trabajamos su intersubjetividad y una defensa en “falso si mismo” que la niña presenta. Esta defensa puede comprometer el desarrollo de su personalidad y en el momento actual está retrasando el desarrollo de su capacidad de discriminarse del cuidador principal y de poder abordar relaciones triangulares.

Esperamos que a través de este trabajo, hayamos podido aportar buenas razones, avaladas por investigaciones, para animar a los profesionales, que trabajan en el campo de la psicoterapia infantil, a tomar de nuevo en consideración, como objeto de trabajo, el mundo interno de los niños y de sus padres, a través de sus representaciones mentales y sus procesos psíquicos.

Este artículo centra la reflexión sobre una práctica de la psicoterapia en la infancia que permite trabajar con el mundo interno de los niños y producir cambios. Estos cambios pueden producirse tanto en los procesos psíquicos del niño como en las representaciones mentales, dependiendo de la gravedad del trastorno psicopatológico que tratamos. Ésta práctica integra los conocimientos que aportan las investigaciones actuales sobre las interacciones precoces, el apego, el desarrollo del si mismo, la intersubjetividad y la función reflexiva. Se detallan los aspectos relevantes de estas funciones psicológicas, así mismo se describe someramente la escala de Función Reflexiva. Se muestra un caso clínico y la técnica de vídeo-intervención.

Palabras clave: psicoanálisis; apego; representaciones mentales; función reflexiva; infancia

Referencias bibliográficas

- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891 – 905.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., and Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual, version 5.2, for application to Adult Attachment Interviews*, unpublished document, University College London and New School for Social Research.
- Fonagy, P. y Target, M. (2003). Une perspective développementale de la psychoterapie et de la psychanalyse de l'enfant. En C. Geissman & D. Houzel, *Psychotherapies de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 111-138). Paris: Bayard Editions.

- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview (2nd ed.)*, Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Ibáñez, M. (2013). El Estudio del Apego y de la Función Reflexiva: Instrumentos para el Diagnóstico y la Intervención Terapéutica en Salud Mental. *Revista Temas de Psicoanálisis*, nº 5, www.temasdepsicoanalisis.org
- Lyons-Ruth, K. (2007). The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 2, 105-114.
- Main M. y Hesse E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161–184). Chicago: University of Chicago Press.
- Marrone, M., Cortina, M. y Diamond, N. (2006). Apego e intersubjetividad. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, 24, online.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. En F. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical*



CENTRO DE PSICOTERAPIA

Asesoramiento personal y de pareja

Problemas personales

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

Crisis de ansiedad

- Obsesiones
- Fobias específicas
- Agorafobia
- Claustrofobia
- Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

Problemas de pareja

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

Supervisión clínica

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532
626695512

www.centroitaca.com
centroitaca@gmail.com

LA PSICOTERAPIA RELACIONAL INFANTIL

Gemma Pou y Caroline Flaster Taverner

gemmapou@movistar.es

Alba's symptoms interfere with her development and make her suffer. Through the therapy relationship with Alba, we can help her modify her relational patterns and her psychological structures. We work with relational psychotherapy to enhance self-regulation and with mutual regulation with our little patients and their parents.

Relational child therapists work and act in this interpersonal and intersubjective field. The mutual influence between patient and therapist, though not symmetric, is taken into account from this perspective. We can influence in the process of construction and revision of the psychological structures of the child and change the mental images that the parents have of the child and his or her symptoms.

Keywords: relational psychotherapy; psychological structures; therapeutic relationship; child psychotherapy

Caso Clínico: Alba

Alba no puede callar. Este “no poder callar” es el síntoma que lleva a Alba a un tratamiento psicoterapéutico con una de las dos autoras de este artículo.

Los padres de Alba acuden a consulta derivados por la psicóloga de la escuela y preocupados por la “hiperactividad” de la niña. Los padres nos explican y entendemos que, en el caso de Alba, el impulso de hablar es superior a ella y le causa un sufrimiento importante, que le está interfiriendo en varios ámbitos de su desarrollo. Explican que están muy preocupados; quieren valorar y/o descartar la posibilidad de que padezca un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Alba es una niña de 9 años que fue adoptada a sus 7 meses de edad en Rusia y, en la actualidad, vive con sus padres y su hermano de 3 años y medio de edad. Alba es alta, observadora y con un buen contacto interpersonal. Se muestra coqueta y tímida, hasta que empieza la verborrea. Acude a una escuela desde donde refieren buen rendimiento escolar. De hecho, el rendimiento académico siempre ha estado por encima de la media.

Suele mantener buenas relaciones sociales pero, desde hace un año, todo esto se está viendo muy interferido por su inquietud motriz y mental, su

hiperactividad y su verborrea.

En los datos de anamnesis, los padres refieren que al conocer a Alba, ésta parecía desnutrida y tenía poca movilidad en los brazos, lo que les hizo pensar que podía haber estado atada. En la presentación, ella se mostró muy afectuosa y con búsqueda de cariño. Alba buscaba activamente el vínculo.

También los padres cuentan que Alba tuvo dificultades en el control de esfínter, así como presencia de terrores nocturnos de los 3 a los 4 años de edad. El control de los esfínteres y el sueño pueden ser vistos como medidas de auto-regulación. El desarrollo del lenguaje fue muy precoz.

Los padres de Alba son mayores. El padre, abogado, de 50 años, tiene un hijo biológico de su primera pareja que tiene 25 años de edad y al que Alba ve una vez cada 2 o 3 meses. El padre, que solía llevar a Alba a sus sesiones siempre respetó nuestras sesiones, queriendo saber como ayudar a Alba desde casa pero no queriendo conocer su contenido.

La madre de Alba es una mujer de 56 años, dependiente en una tienda de ropa. Ella dice literalmente “con Alba todo me sobrepasa”.

La relación de los padres entre sí parece buena. Son una pareja estable que se conocen 2 años antes de adoptar a Alba, y que después de intentar tener hijos biológicos, deciden adoptar a Alba y, posteriormente, a Carlos en Rusia.

Después de realizar los tests y cuestionarios cognitivos pertinentes, recomendamos a la familia realizar un trabajo clínico ya que se percibe un alto nivel de ansiedad y Alba no cumplió los criterios para ningún diagnóstico de trastorno de aprendizaje ni trastorno de atención.

Los padres se muestran dispuestos a llevar a cabo un tratamiento clínico con un seguimiento semanal. El tratamiento duró aproximadamente un curso escolar. Posteriormente se hizo un seguimiento con Alba quincenalmente y después una vez por mes.

Desde el momento en que la terapeuta conoce la historia de Alba, es decir la historia de una niña que presenta un **síntoma**, escucha y siente lo que necesitan transmitirle los padres y la pequeña con dificultades, Alba.

En cada uno de los contactos que tenemos con nuestros pacientes, en el “aquí y el ahora” con ellos, es donde se revelan los patrones de relación que conforman su mundo. Empezando por la derivación o las llamadas telefónicas, los correos electrónicos, los sms , whatsapps y, especialmente, las sesiones de consulta, como terapeutas prestamos la máxima atención a nuestras propias sensaciones, percepciones, sentimientos y pensamientos ya que, en la psicoterapia relacional, nosotros somos la principal herramienta .

El síntoma de verborrea, de no poder callar, que aparece tanto en la derivación como en el primer contacto con Alba, nos invita a pensar, sentir, experimentar

juntas, en la relación terapéutica, lo que le pasa. Algo que a ella le angustia, le sobreexcita, le sobrecarga de afecto y entramos en sus experiencias con curiosidad y disposición a que nos afecte su estado, para poder tolerarlo juntas y descubrir sus orígenes.

El síntoma de “no poder callar”, de no tener control en su manera de relacionarse, de hablar cuando no quiere, no sólo interfiere en su capacidad para relacionarse con los demás, también figura como un aspecto clave que Alba posee de su sentido de sí misma (su self). Entro con ella en sus experiencias, para poder descubrirla, acompañarla, y construir juntas nuevas maneras de “estar con” (Stern, 1995).

La historia de Alba es lo suficientemente representativa de muchos niños y familias que pasan por nuestra fundación o llegan a nuestras consultas privadas buscando alivio para un síntoma, y/o una ayuda para poder entender cuál es la respuesta adecuada frente a ese síntoma.

El síntoma

En la psicoterapia relacional tenemos una visión del síntoma (aquello que lleva a una persona a buscar ayuda) algo diferente a la visión de los terapeutas de otros marcos teóricos. Para un terapeuta relacional un síntoma siempre se ve como la forma espontánea de solucionar un problema emocional (Velasco, 2009) a la vez que representa la expresión de un sufrimiento interno. El síntoma es a la vez una solución y el lugar de sufrimiento.

No acostumbramos a entender el síntoma como el problema en sí, ya que los síntomas se desarrollan en un contexto relacional y sirven, o han servido, para realizar una función importante en un momento dado. Así que nuestro trabajo como terapeutas consiste, primero, en descubrir, entender y compartir el problema a fondo, y luego buscar juntos otras soluciones a este problema que sean más adaptativas que el síntoma para el paciente.

Cuando una familia consulta a un psicoterapeuta infantil es porque hay un bloqueo en el desarrollo del niño y, en algún aspecto, de su entorno relacional. El modo en que se desbloquea el desarrollo y cómo se puede aliviar el sufrimiento de un síntoma es lo que expondremos aquí, con el ejemplo del tratamiento de Alba, que sigue actualmente en curso.

El desarrollo de Alba estaba bloqueado en el sentido de que su capacidad de auto-regularse, sus experiencias de “estar con” y su sentido de sí estaban comprometidos de manera importante. Su experiencia de sí (su self), en relación con los demás, se convertía en dolorosa para ella y su desarrollo emocional y social se hallaba detenido.

Capacidades y dificultades en la regulación de estado y afecto

Daniel N. Stern (1995) ofrece un modelo en el que conceptualiza el sistema de interacción entre padre/hijo y se visualizan los procesos de regulación.

Ver ilustración 1.1

Este modelo del sistema de interacción, adaptado por nosotras, sirve para plantear nuestra intervención en la psicoterapia relacional ya que expresa gráficamente las relación (es) en que el niño se encuentra. Las flechas de regulación se refieren a las maneras que tenemos de experimentar y modular nuestras experiencias y/o las experiencias de los demás. Los seres humanos, como todos los organismos, buscamos una experiencia que requiera la menor tensión posible y en lo que se refiere a estado de ánimo, de excitación y de afecto, un estado altamente regulado.

En la psicoterapia relacional infantil, normalmente, el sistema se contempla como la familia nuclear y, en algunos casos, incluye los otros adultos que tiene responsabilidad de cuidar al niño de forma habitual (abuelos, canguros, tíos). Un cambio en cualquiera de los elementos del sistema puede llevar a cambios en otras partes y /o en todas las partes del mismo (Stern, 1995). Nuestra forma de ser y de “estar con” proviene de nuestras experiencias tempranas de relación con los adultos que nos cuidaron durante la primera infancia, especialmente en el periodo del primer año de vida.

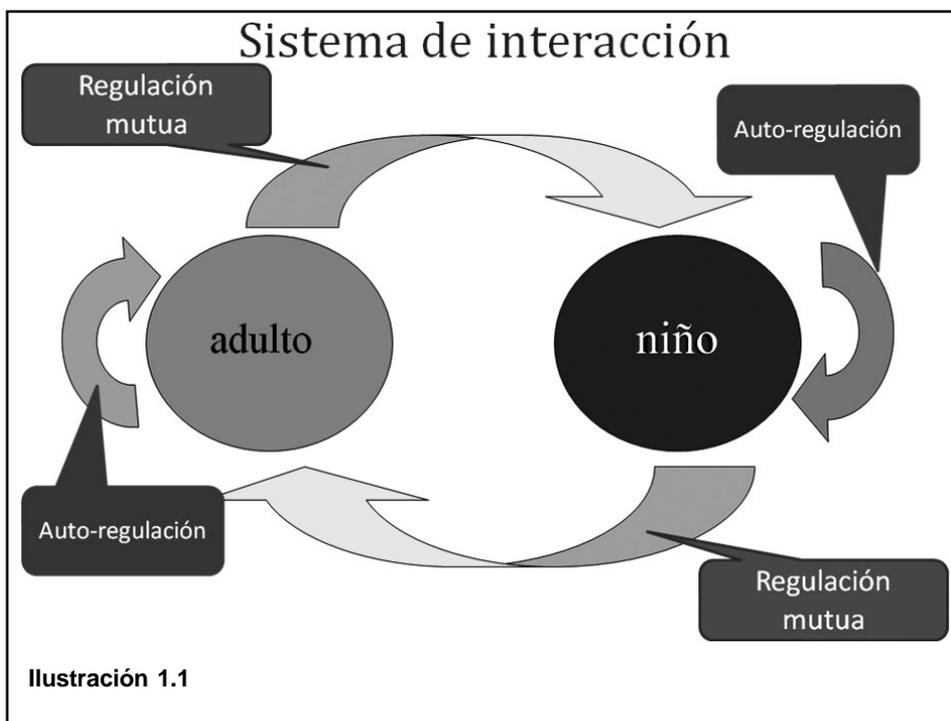
Podemos definir la **autoregulación** como una capacidad de regular nuestras experiencias, de modular lo que experimentamos. Es una capacidad que variará de unas personas a otras y que está relacionada con el temperamento del individuo y, en general, aumenta con la edad. Definimos la **regulación mutua** como la manera en que la regulación de estados (de ánimo, de excitación, de afecto) está modulado e influido por la interacción con otra persona. Estas dos capacidades regulatorias son interdependientes: la regulación interactiva facilita o interfiere en la autorregulación y viceversa.

Nos parece adecuado destacar que la mayor parte de trastornos que se describen en los DSM-IV y el DC: 0-3R tienen como base dificultades en la regulación de estado, afecto y atención. De hecho, en el DC: 0-3R, existe un diagnóstico (700), denominado expresamente “trastorno de relación y comunicación” en el que “están involucradas unas dificultades en relacionarse y comunicar que están combinadas con dificultades en la regulación de procesos fisiológicos, sensoriales, atencionales, motores, cognitivos, somáticos y afectivos” (DC:0-3R, p. 38).

En la ilustración la flecha corta refiere a la auto-regulación y la flecha larga refiere a la regulación interactiva.

Como señala Altman y sus colegas, el modelo nos puede servir para concebir el sistema de interacciones de un niño sintomático y decidir en qué punto enfocar el trabajo para aliviar el sufrimiento de todos involucrados (Altman, Briggs,

Frankel, Gensler y Pantone, 2011).



Como es un sistema dinámico (Sander, 1977), un cambio en una parte del sistema tendrá una influencia sobre todos los elementos del sistema. Por este motivo existen muchas formas de ayudar a nuestros pacientes. Existen varios puertos de entrada. El terapeuta decide, caso por caso, en qué lugar la intervención es más viable y más efectiva para llegar a los objetivos que se ha planteado. Cuando el niño presenta un síntoma, el terapeuta puede decidir trabajar de forma individual con el niño o puede decidir trabajar con los padres juntos y con el padre/la madre por separado, pensando en el niño.

Se intentará influir sobre las interacciones habituales con el niño, trabajando la representación mental del niño que tiene el padre/madre. Así mismo, también se puede decidir focalizar el trabajo en la madre o padre y niño juntos, para luego poder observar (en vivo o con la ayuda de video) las interacciones típicas entre ambos.

El marco Relacional nos permite gran flexibilidad a la hora de establecer el setting terapéutico así como ajustarnos a los recursos y momentos particulares de cada una de las familias, sin descuidar el diagnóstico del que partimos y el objetivo de cada tratamiento, que se refiere principalmente a desbloquear desarrollo y aliviar el síntoma en cada uno de nuestros pacientes.

En el caso de Alba, la indicación terapéutica después de las primeras

visitas con los padres y con Alba fue ver a la niña en sesiones individuales una vez por semana, sin fecha de terminación determinada. Para las sesiones con los padres se estableció una periodicidad mensual.

La identidad parental

Al igual que la mayoría de padres que vemos en estas primeras visitas, los padres de Alba también buscan una ayuda para rescatar sus propias identidades parentales que están bloqueadas.

Cuando un niño presenta un síntoma, sabemos que también hay un sufrimiento importante por parte de los padres ya que su identidad parental está bloqueada y/o detenida. Cuando el desarrollo de un niño se bloquea, paralelamente, el desarrollo de **la identidad parental** también queda bloqueado.

La **identidad parental** es la subjetividad que se configura con la vivencia de ser padres, que incluye la relación real e imaginaria con los hijos, las representaciones mentales, los procesos regulatorios y cognitivos, en un contexto transgeneracional (Catalina Munar, comunicación personal; Stern y Bruschweiler-Stern, 1998).

Historia de la Psicoterapia relacional

El punto de vista “relacional” fue descrito originalmente como contrapartida a la teoría freudiana de las pulsiones. La idea relacional básica es que la mente está organizada por las relaciones que hemos experimentado con las personas importantes a través de toda la vida y no por impulsos endógenos, ni por las defensas contra dichas pulsiones (Greenberg & Mitchell, 1983).

Un enfoque basado en las experiencias de relación con otras personas nos lleva a una **“psicología de dos personas”** o, dicho de otra manera, dos mentes en interacción, una con la otra. Este enfoque se distingue del enfoque de la “psicología de una persona” o el psicoanálisis clásico, en los que el campo de observación es la mente del paciente de forma aislada y una descripción de síntomas que residen dentro de la persona y son vistos estrictamente como patología.

La psicoterapia relacional con niños se basa en el estudio del desarrollo humano, poniendo énfasis en el desarrollo temprano. Los patrones relacionales que aprendemos en el transcurso de la vida pero, en particular, durante la primera infancia, se convierten en la base de nuestra personalidad (Mitchell, 1988, 1993, 1997).

Los pensamientos que Alba anticipa sobre el terapeuta (me rechazará, pensará que soy una pesada...), provocan en el terapeuta la obligación de atravesar esos sentimientos. Mientras tanto la terapeuta está siempre mirando tanto a sus sensaciones, sentimientos y pensamientos. En las sesiones los terapeutas nos regulamos y intentamos ayudar a nuestros pacientes regular sus estados, devolviendo observaciones del proceso, de las experiencias de los dos, en la medida que podemos. Al poder explicitar la experiencia de la interacción, abrimos margen para crear nuevas

experiencias.

El enfoque en los mundos de experiencias de dos personas en interacción hace que este punto de vista se caracterice por ser “intersubjetivo” (Benjamín, 1988, Stolorow & Atwood, 1992).

Una Visión Micro-Analítica

Actualmente disponemos de evidencia empírica, rigurosamente probada y confirmada, de que los patrones de interacción de la primera infancia influirán sobre la forma en que desarrollamos los patrones de relación y el sentido de nosotros mismos (self) que tenemos a lo largo de la vida (véase por ejemplo Beebe et al., 2010, Lyons-Ruth et al., 1998; Sroufe, 2005). Las recientes investigaciones nos ayudan a pensar con más claridad y mayor apoyo empírico sobre el modo en que las relaciones de la primera infancia afectan a la organización de la personalidad y a las estructuras psíquicas.

Gran parte de la organización de la personalidad y las estructuras psíquicas son procesos o circuitos de conexiones neuronales que afectan la regulación de afecto y de excitación así como a la manera que tenemos para interactuar con los demás y con nosotros mismos (Seligman, 2012) contribuyendo a nuestro sentido de sí.

Estas organizaciones y estructuras se construyen a través de los años y devienen automáticas. Son **organizaciones no-reflexivas y no verbales**. Las organizaciones consisten en redes de neuronas que crean expectativas de cómo comprendemos lo que nos sucede y lo que nos va a suceder y nos condicionan en la forma de percibir, sentir y pensar el mundo y la manera de estar en el mundo. Nuestros patrones relacionales son **patrones duraderos que nacen de la experiencia y estructuran futuras experiencias**.

Como hemos comentado, los patrones de interacción cuando son característicos y se dan de forma repetitiva organizan un tipo de expectativas sobre nuestro modo de percibir lo que nos rodea. Estos patrones se reorganizarán y transformarán después del primer año pero las bases de la relacionalidad están configuradas antes de los 12 meses como bien demuestra el paradigma de la “Situación del extraño” (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). El fundamento de la persona no es un “ello” caótico sino una capacidad constante de auto-organización en el contexto del campo interpersonal e intersubjetivo.

Podemos conocer y acceder a estas representaciones y estructuras en los niños por un lado examinando, explorando y mostrando curiosidad sobre el síntoma, así como también con la exploración de nuestra experiencia de “estar con” y de la interacción con el niño en el setting terapéutico. A través de la psicoterapia relacional infantil tenemos oportunidad de modificar patrones que quizás se hallarían mucho más consolidados y difíciles de cambiar más adelante.

Alba: La primera fase del trabajo: descubriendo el patrón que atrapa

En la primera consulta Alba llega, me mira, me saluda y se pone a llorar. Mientras llora, cojo los pañuelos y me siento a su lado, tranquila, escuchando lo que puede ir diciendo entre sollozos.

*No puede callar, mientras llora y dice: **“es que mientras hablo, me siento mal y no puedo decir lo que quiero decir. Me hago tan pesada que nadie me querrá y me quedaré sola y entonces no sabré que hacer y me moriré”**.*

El nivel de sufrimiento es elevado y explícito a través del llanto. Mientras la miro, Alba habla, llora y se suena en el pañuelo que le ofrezco, en una primera sesión en que me angustio con ella la vez que la puedo tranquilizar y decir que la comprendo.

“si me duele algo, hablo y hablo por no decirlo ya que pienso que así me podré olvidar del dolor...mis amigas se cansan de mi y entonces no me invitan a las fiestas y me quedaré sola y ya nadie me querrá nunca más.....”

No es siempre el caso que un niño venga tan preparado a trabajar en una psicoterapia infantil. Pero del mismo modo como buscaba el vínculo con sus padres a pesar de sus experiencias, quizás, traumáticas de bebe, Alba busca activamente el vínculo con la terapeuta. Los sentimientos de pena y tristeza desbordan a Alba de forma que le producen un alto nivel de ansiedad y está en condiciones de compartirlos.

Podemos pensar juntas que el miedo a ser rechazada o no aceptada, la hace sentirse muy angustiada así como culpable, por haberlo provocado. Este nivel de ansiedad hace que hable más y más y pierda la capacidad de poder controlar. Estas ansiedades son muy comprensibles dada su confusión sobre sus sentimientos. Elaboramos juntas estos sentimientos sin preocupación.

Mientras la escucho me pregunto: ¿Qué produce tal nivel de ansiedad en Alba? Me permito imaginar experiencias de una bebita atada en un orfanato. Me permito imaginar una bebita sin un adulto que se siente asustada y/o sola. Pienso en Alba bebe tanto durante la sesión como después, en mi coche, conduciendo, en mi casa, me angustio pensando en ella. ¿Qué ha ocurrido en el mundo de Alba que hace que se desborde su capacidad para controlar su lenguaje? Empiezo a formular hipótesis de cómo nació el síntoma de verborrea que tengo presente en mi trabajo con Alba. En mis pensamientos circulan ideas sobre una bebita que ha tenido la fuerza para desarrollar lenguaje, para relacionarse con adultos que le cuidaran, a pesar de sus miedos de ser abandonada por ellos. A pesar de los miedos a ser rechazada, hizo el gran esfuerzo de relacionarse con palabras. Me imagino una niña con un discurso precoz que habla muy correctamente, pero no sabe regular su estado sola, ya que no ha tenido la práctica.

¿Por qué ahora? Yo me pregunto:” ¿como se siente Alba mientras llora desconsoladamente delante de una desconocida? ¿Qué piensa ella sobre mi impresión de ella ?”

Ella percibe en mí la oportunidad de aprender a regularse. Alba me ha registrado como un adulto que capta y percibe experiencias que antes no han sido registradas.

A través de lo que Alba cuenta, dibuja, o juega en las sesiones de psicoterapia nos cuenta cosas de su día a día y yo puedo imaginar y acercarme a las experiencias emocionales de ella. En la psicoterapia relacional buscamos en la relación paciente-terapeuta, los patrones de interacción para poder trabajar con el paciente desde nuestra subjetividad, desde nuestro punto de vista y, en el caso que nos ocupa, desde mis capacidades de auto-regularme incluso frente a las experiencias terribles de Alba.

El terapeuta funciona como participante y observador (Sullivan 1953) en las sesiones, a diferencia de la función terapéutica según Klein y sus seguidores, que definen al terapeuta como “contenedor” de imágenes de objeto antiguas, o proyecciones que luego se convierten en el material sobre el que el terapeuta puede interpretar. Participamos activamente con el paciente y a la vez reflexionamos y narramos lo que está pasando. La simbolización de las experiencias compartidas permite que el niño pueda construir una historia que dé sentido a su mundo y, de este modo, aumentar la coherencia del sentido de sí mismo.

El conocimiento relacional implícito es la forma no consciente con la que nos relacionamos y, en el contexto de relación terapéutica, permite ampliar nuevas maneras de relacionarnos en el mundo y de sentir quienes somos (Lyons-Ruth et al., 1998).

Alba: Segunda fase del tratamiento: La regulación.

Podríamos considerar y simbolizar de la siguiente manera las características principales de su estructura psíquica que estaban causando y manteniendo el síntoma:

1. “Cuando tenía miedo estaba sola y asustada”
2. “Ahora cuando estoy con alguien hablo mucho”
3. “Cuando hablo mucho, la gente se molesta”
4. “Me quedo sola de nuevo”

Alba llega al despacho, saluda, a menudo no mira a los ojos. Evitar la mirada del otro es una de las primeras estrategias auto-regulatorias de que disponemos de bebés. Puede que sienta vergüenza pero veo que para auto-regularse en la interacción conmigo evita la mirada para poder regular su estado de afecto, de ansiedad, de excitación.

Enseguida se sienta y me pide algo. Así empezaban todas las sesiones de Alba. Si por casualidad yo me había anticipado con algún material ella

siempre se mostraba decepcionada, exigente, diciendo: “me faltan más lápices para hacer lo que yo necesito”, o “estos colores no me gustan”, o, “hoy no voy a hacer nada”...

Frente a este tipo de frases, yo seguía sentada, relajada, con los brazos en el respaldo de la butaca, preguntándole:” ¿como ha ido hoy el día?”. Yo me mostraba interesada y curiosa sobre su estado y disponible a sus sentimientos.

Alba siempre tenía ganas de contarme lo que le había ocurrido, a la vez que seguía exigiendo. A menudo, yo me mostraba indiferente a sus descargas, pidiendo colores o yo que se qué, y seguía focalizada en aquello que ella me quería contar.

En una sesión Alba me cuenta que “hoy no he parado de hablar en clase y me han castigado”. Le comento que quizá eso la hace sentirse culpable, ya que ella no quiere ser regañada y además no le gusta cuando la profesora habla de ella delante de todos los niños. Me dice que además el hecho de que ella hablara con su compañera en la clase hace que también castiguen a la otra niña. Ella me cuenta que cree que ésta amiga puede dejar de querer estar con ella, ya que ella le lleva a hacer cosas que no son las adecuadas en clase.

Alba anticipa un rechazo, un abandono de la profesora, por haberle “fallado” al hablar cuando no debía y de su amiga que se mete en “problemas por su culpa”.

En este sentido escucho y escucho mientras ella cree que lo que dice no es lo realmente “importante”. Ella cree tener en su interior experiencias y sentimientos que debe compartir y que le crean un gran sufrimiento. Sin embargo la verborrea no le permite llegar a ellos (sin la ayuda de alguien a su lado acompañándola). En este sentido, mi presencia, mi paciencia, mi respeto, el estar con ella, sin juzgarla y sin evaluarla le permite llegar a sus sentimientos de rabia, de pena, de preocupación por diversos temas.

Le acompañaba tranquila, le enseñaba a respetar los límites, no entraba a saciar sus exigencias, ya que eran puras descargas de malestar frente a un espacio que le requería cierto esfuerzo: hablar de ella, sin moverse, de forma pausada y tranquila. Al verme impasible y centrada en su discurso, leyendo entre líneas qué le había molestado o qué le había hecho sentir vergüenza o rabia, Alba se tranquilizaba, cogía el primer color que veía e iba dibujando sobre el papel blanco.

Alba se sentía más cómoda si podía ir haciendo algo mientras hablaba. Su actividad física, repetitiva, le calmaba y le permitía acceder a sus pensamientos. De esta forma conseguía regular su excitación. De este modo ella accedía a sus sentimientos más puros, sin sentirse juzgada, pero sí contenida.

De la tercera y hasta la número diez, ella estableció una rutina al inicio de la sesión que la obligaba a sacar punta a todos los lápices del lapicero, no pudiendo empezar a dibujar nada hasta al cabo de media hora aproximadamente. Esto le hacía no poder terminar a menudo aquello que se proponía hacer.

Alba tendía a oler los lápices en casa y en clase. Necesitaba tener todo controlado y para ello hacía muchas preguntas, en ocasiones preguntas con sentido, en otras, preguntas en forma de descarga, para no estar en silencio frente al otro.

En sus sesiones de terapia, Alba sacaba punta a los lápices mientras contaba con calma sus hazañas en la escuela y en casa y se regulaba y calmaba. Mientras sacaba punta a todos los lápices y de este modo conseguía unos lápices con buen aspecto con una actividad repetitiva presenciada por alguien.

Yo le explicaba que su manera de empezar las sesiones con esta actividad de sacar puntas o oler los lápices le calmaba y me parecía muy bien. Que sí, que tenía recursos para tranquilizarse frente a una experiencia que le costaba o que le asustaba. Que ahora en las sesiones de psicoterapia podíamos ver juntas como se angustiaba y como se regulaba, y pensar en sus capacidades regulatorias.

Mi paciencia, mi silencio, le permitieron poco a poco sentirse bien con el otro, sin tener la obligación de hablar, ni escuchar, ni hacer ruiditos.

Podíamos compartir la tarea de la auto-regulación a través de la rutina que había establecido en las sesiones y los límites que yo le proponía. La regulación mutua de su frustración y su miedo y tristeza al separarse de mí y del centro donde nos encontrábamos en cada sesión, pasó a ser una experiencia agradable, regulada, con principio y fin que nos permitía estar juntas y separarnos juntas de forma adecuada, mutuamente reguladas.

Entre las dos, en el momento a momento, en cada una de las sesiones, vemos juntas dónde podemos ir avanzando para que cada sesión sea terapéutica.

Entre lo que me comunica con sus palabras o sus conductas, sus preocupaciones sobre nuestra relación, sobre nuestro setting, sobre sus creaciones conmigo, Alba me transmite sus dificultades para relacionarse.

Durante este período del tratamiento, apareció otra situación de conflicto que nos ofreció la oportunidad de ver, pensar y resolver juntas. Se terminaba el tiempo de la sesión y ella no podía dejar de hacer

Tuvimos que pactar una forma de avisos y así poder anticipar y prepararse para las despedidas. Todo ello se resolvió en la tercera fase del tratamiento como más adelante expondremos.

Para resaltar la importancia crítica de la conexión emocional y la regulación interactiva en la formación de nuestra manera de ser y “estar con”, Tronick se

pregunta que pasa cuando la conexión madre-niño se rompe y la regulación interactiva se interrumpe. Para responder a esa pregunta, creó el paradigma “Still-Face” (rostro inexpresivo) (Tronick, Als, Adamson, Wise y Brazelton, 1978). La investigación pretendía profundizar en el sistema bi-direccional de comunicación afectiva entre los bebés y sus cuidadores principales. La principal conclusión es que el bebé hará lo posible por obtener respuesta, incluso a la edad tan temprana de tres meses. Los bebés muestran su malestar cuando la madre no interactúa con ellos y piden activamente una respuesta o conexión emocional. El experimento del rostro inexpresivo puso de relieve la habilidad y la aptitud de los bebés para la comunicación emocional, una capacidad que deberíamos estimular para su correcto y feliz desarrollo, para su propia capacidad de regulación.

Tronick propone que un dato fundamental o unidad de análisis para la comprensión de la regulación mutua es el proceso de **reparación**. La interacción típica madre-bebé transita desde los estados de coordinación (sincrónicos) a los de descoordinación y el regreso al punto de partida pasando por un amplio registro afectivo. El estado de descoordinación se contempla como un estado de falta de comunicación. Los fallos en la comunicación son sucesos normales, y no son vistos como un fracaso, si no, un hecho normal de cualquier comunicación entre dos. Tienen lugar cuando uno de los integrantes no logra captar correctamente el sentido de lo que el otro le muestra desde el punto de vista emocional ante lo cual reacciona de forma inapropiada. La transición interactiva de un estado descoordinado a un estado coordinado es una reparación interactiva y es el hecho de querer reparar y intentar reparar lo que nos une en la relación entre dos. La práctica de esta ruptura y reparación nos hace crecer emocionalmente (Beebe & Lachmann, 2002; Tronick, 2005; Tronick, 2007)

A través de las experiencias en sesión de interacción con el terapeuta Alba podía cambiar los **patrones de interacción**. Aquí aparece la posibilidad de experimentar y sentir la regulación mutua de afecto que permite, a través de las interacciones repetitivas terapeuta-paciente, crear patrones nuevos de autorregulación en el paciente.

Durante este período, Alba me decía: “¿Y si me llevo el dibujo a mi casa?” sabiendo que los dibujos se guardan en mi consulta. Todavía era el dibujo que ella había empezado el segundo día de sesión, es decir, el primero en que pudo hablar sin llorar. ¿Y si en vez de lápices, no ponemos rotuladores? Finalmente me pidió: “¿y si guardas mi carpeta en otro lugar que no sea el de todas?”

Entonces entendí que ella me pedía un espacio especial en mi mente, nuestra relación nos estaba cambiando a las dos, yo sentía a Alba como una paciente especial, que tenía necesidades especiales que debíamos respetar para poder seguir entendiendo su sufrimiento y sus ansiedades. Ella necesitaba ser especial para mí, por eso no quería dejarme los

trabajos que realizaba en las sesiones: “¿Si un día me dejaron, es que yo no era especial?” me dijo. Según ella, la madre biológica no había podido tener este espacio que ahora habíamos construido y esto la llenaba de tristeza. Lloró y lloró... esta vez Alba sentía mucha pena, no lloraba a modo de descarga de ansiedad ni de rabia.

Pudimos pensar que de bebé seguramente sufrió unas despedidas que la invadieron de tristeza, miedo y rabia y que no se pudieron registrar de forma adecuada.

El abandono de los ritmos conocidos y los cuidados mínimos dificultaron que el mundo, o el contexto relacional de Alba fuese “suficientemente bueno” (Winnicott, 1953). Planteé en mi trabajo con Alba la posibilidad de que en algún momento hubo una niña que echaba mucho de menos a un adulto que la pudiera acompañar en sus experiencias. La falta de un adulto a su lado, le causó penas insoportables. La ausencia de un adulto la llenó de una angustia que alteró su capacidad de auto-regularse.

Alba: Tercera fase del tratamiento: La separación

Vimos juntas con Alba su importante dificultad de auto-regularse en el momento de despedirse de algo o alguien.

Alba, al final de la sesión, debía dejar a medias un dibujo que había empezado y entregármelo a mí, a pesar que ella creía que no estaba terminado. Esto creaba mucha angustia en ella ya que resonaba con despedidas anteriores y experiencias insoportables.

Alba podía experimentar muchos sentimientos contradictorios ya que ella confiaba en mí, pero ¿y el resto de gente del centro donde nos encontrábamos? ¿Que harían ellos con su carpeta, con su dibujo? Poco a poco se despertó una ansiedad de separación en cada una de las sesiones que interfería mucho en nuestras despedidas semanales.

Cuando yo le avisaba que debíamos recoger porque nos quedaban 5 minutos para marcharnos ella empezaba, a decirme, como un robot, semana tras semana: “¿Y si tu lo pierdes? Yo no quiero perder nada. Sabes, en casa siempre me dicen que no debo guardar tantas cosas, pero es que a menudo para mí las cosas son muy especiales y quiero guardarlas para no perderlas nunca más”.

Le aseguré que sus trabajos eran solo suyos y que nadie más iba a tocar ni mirar nada. Pero aún más terapéutico y regulador para Alba fue la conexión emocional que compartimos sobre su respuesta automática a la despedida. Conmigo Alba empezó a experimentar una conexión emocional nueva. Anticipamos juntas estos momentos y poco a poco ella pudo experimentar “yo siento que tú sientes lo que siento” (Riera, 2011). Es decir, pudimos pensar y luego reflexionar sobre ello. Y así lo hicimos una

y otra vez. Alba y yo, en esta interacción repetitiva de terminar las sesiones, pudimos angustiarnos juntas y luego pensarlo juntas, simbolizando la respuesta automática con palabras (véase también la estrategia “name it to tame it” en Siegel y Payne Bryson, 2012), y poco a poco enfrentar las despedidas con más calma.

Entonces Alba empezó a preguntarme a mí cosas que quería resolver sobre su historia de bebé. En el momento en que Alba intentaba entender su historia y hablarme de lo que sabía sobre sus orígenes, o qué pasó al llegar a casa, o como vivió en el orfanato donde residió hasta los 7 meses, no podía responder con respuestas concretas y su ansiedad se disparaba. Entendí que, en este momento, yo debía ser su espejo; con mi mayor capacidad de auto-regularme pudimos explorar sus incógnitas. A través de las preguntas que me hacía a mí sobre sus dibujos, intentábamos responder a su curiosidad por sus orígenes.

Alba no había podido pensar en su madre biológica junto a su madre adoptiva. En este sentido no había podido explorar aspectos de sí misma y registrar experiencias importantes. Alba no se había atrevido a preguntar a nadie, ¿qué había ocurrido con ella? ¿Por qué me habían abandonado?” Me pudo decir que cuando hablaba de ello, Alba percibía que su madre se enfadaba y le decía:” tanto da, ahora ya estás aquí ¿no?”

En ese momento, uno de los días en que el padre de Alba venía a recogerla al finalizar nuestra sesión, me explicó que tenían un amigo que estaba muy enfermo, en fase terminal y que muchos fines de semana iban a visitarle al hospital, donde cada día se despedían de él, como si fuera el último día. Además, la abuela paterna había estado un tiempo ingresada en el hospital. Los sentimientos de duelo y pérdida se magnificaron de tal modo, que ella solo podía pensar qué pasaría con ella si yo perdía su carpeta, su dibujo o si un día nos separábamos definitivamente.... llevábamos 3 meses de tratamiento y entendí que la ansiedad de separación la estaba angustiendo mucho.

Le pude decir que entendía cómo se sentía y que el miedo a la pérdida y a la muerte son normales y forman parte de la vida de todos. Sólo podemos aprender a convivir con ellos cuando somos capaces de expresarlos, compartirlos y mentalizarlos junto a alguien. Yo estaba allí para esto, a la vez que observaba cómo se calmaba.

Decidimos juntas en nuestra interrelación activa y modificable el modo en que íbamos a hacer las próximas sesiones para que estos sentimientos no la invadieran hasta el nivel de no poder ni empezar, por miedo a tener que terminar: ¿Cómo nos podríamos despedir en cada sesión, sabiendo que a la semana siguiente estaríamos otra vez juntas?

El trabajo con padres en la psicoterapia relacional con niños

A través de las entrevistas de padres que tuvimos de forma regular en ese período, los padres de Alba me expresaban que sentían que debían ayudarlo, ya que ella se sentía avergonzada de ellos. A menudo Alba decía que ellos eran demasiado mayores para ser sus padres y que además no se parecían a ella. Necesitaba junto a sus padres, pensar en sus orígenes, hacer el duelo de la infancia con ellos, sin miedo a perderlos.

Dichas entrevistas me permitían ir conociendo el modo en que Alba se relacionaba con cada uno de ellos, así como ellos con Alba. Del mismo modo, al escuchar como los padres la definían y lograban observar en ella pequeños cambios éstos pudieron poco a poco incorporar una forma diferente de relacionarse que implicaba una mayor comprensión a la vez que dejaba claros los límites.

Me comentaron que Alba siempre había sido una niña ansiosa, inquieta, movida, pero que esto se había agravado con la llegada de su hermanito Carlos. Así mismo le había costado el control de esfínter, presentado enuresis primaria hasta los 5 años de edad. También le costó dormir ya que hasta los 3 años de edad, Alba se despertaba alrededor de 10 veces cada noche, a menudo con terrores nocturnos. Fue terapéutico que los padres de Alba pudieran contarme su desesperación con Alba y que yo podía compartir sus frustraciones y experiencias de incompetencia.

Los padres se sentían exhaustos frente a una niña que habían vivido exigente, demandante e incluso “pesada” decían en algún momento. Con ellos pudimos los tres juntos entender porqué se mostraba así, una niña que había sufrido en sus etapas iniciales y que ahora debía reparar y elaborar todo lo que le había ocurrido.

También me podían contar sobre la relación entre Alba y Carlos. Los padres referían a Alba como una niña madura, muy contenida y comprensiva a pesar de las serias dificultades que todos estaban teniendo para convivir con el pequeño Carlos y su trastorno de conducta y retraso en el lenguaje.

Decidí trabajar con las imágenes que los padres tenían de Alba, para poder conocer la manera en que Alba se sentía mirada y observada por ellos. Mensualmente nos reuníamos con los padres, lo que nos permitió ir compartiendo experiencias no registradas de Alba y ellos pudieron leer las conductas de su hija de forma que se podían situar en una posición mucho más adecuada para responder a sus demandas.

Un cambio muy importante en su manera de ver a Alba fue que, a través de las sesiones con los padres, pudimos elaborar una imagen de una niña vulnerable, una Alba frágil y no siempre tan competente, a pesar de su alta capacidad del lenguaje.

Desde un marco teórico tradicional y de una “psicología de una persona”, la intervención en la psicoterapia con niños no siempre incluía un trabajo con padres ya que la patología se centraba en el sujeto que presentaba la problemática, es decir, en el niño. Así, la relación con los padres solo se tenían en cuenta como garantía para asegurar el seguimiento del tratamiento con el niño o quizás para obtener información de la vida del niño fuera de sesión. A veces, para poder apoyarles en su función parental también se podían ofrecer sesiones de “parent guidance”.

Desde un marco teórico relacional, en cambio, **los padres y otros cuidadores forman parte intrínseca del campo terapéutico**. La imagen que tiene el niño sobre quién es él, se forma en gran parte a través de la mirada que recibe de sus padres, es decir, de las imágenes que tienen los padres de él. Con lo cual, una intervención que se focalice en las imágenes que tienen los padres en su mente sobre su hijo ofrece una manera poderosa para cambiar el sistema de interacciones.

Padres y madres transmiten sus propios aspectos psicológicos no resueltos a sus hijos con lo cual su exploración y enfoque desde un punto de vista clínico durante una intervención con niños sintomáticos es de suma importancia y utilidad. (Altman, 1992, Aron, 1996, Beebe y Lachmann, 1992, Demos, 1992, Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon, y Target, 1995a, Main 1995, Seligman, 1999, Silverman y Lieberman, 1999, Stern, 1985, Warshaw, 1992).

En el trabajo con padres en psicoterapia relacional escuchamos las historias de cada uno de los progenitores, sus patrones relacionales establecidos con sus propios padres y hermanos, así como la historia de la pareja. A diferencia del modelo de “sistemas de familia”, el trabajo del terapeuta relacional infantil concede gran importancia a los procesos sistémicos, pero también se focaliza y trabaja para transformar el mundo interno de los individuos involucrados en el sistema, incluido el propio terapeuta. El terapeuta relacional tiene como objetivo tener en cuenta a la familia como un sistema, también el mundo interno de cada uno de los miembros y su experiencia propia y participación en el mismo mientras está interviniendo.

Así pudimos, trabajando con los padres, tolerar juntos la experiencia de considerar la vida de Alba antes de llegar a su familia adoptiva. Pudimos explorar juntas la información, nuestras hipótesis, y nuestras fantasías sobre sus orígenes en su país de nacimiento.

Parte del trabajo con Alba pasó por la relación que se pudo establecer con la madre al permitirle entender los sentimientos de su hija y sus miedos. Fue importante poder abrir espacios a solas de Alba con su madre lo que les daba la oportunidad de compartir y contrastar puntos de vista sobre su hermano, y de más cosas. De este modo Alba ya no me tenía solo a mí, abrimos nuestro cerco y ahora ella podía contar con su madre para resolver cosas muy importantes para ella.

En las sesiones individuales con la madre de Alba pudimos hablar de su sentimiento de madre, que se vio realizado a través de la adopción y que

no pudo compartir con su propia madre ya que había fallecido un año antes de que Alba llegara a casa. Pudimos, a través de estas sesiones comprender, como los duelos no resueltos de la madre, que no había podido acceder a la maternidad de forma “natural” y que no había podido compartir con su propia madre, estaban interfiriendo con su capacidad para entender de forma empática el sufrimiento de Alba.

La relación entre los hermanos y lo que significaba para Alba

Cuando Alba tenía 5 años, fue con sus padres a buscar a su hermano adoptivo a su país de origen. Alba me cuenta que desde la primera vez que lo conoció en el orfanato, Carlos no era como ella imaginaba. Alba se siente muy mal con su hermano de 5 años, que se muestra muy gracioso y divertido cuando está con sus amigas y, sin embargo, en casa no cumple las expectativas de hermano que ella tenía.

Yo me pregunto si el viaje a Rusia a sus 5 años de edad, no habría despertado en ella muchos miedos y recuerdos: experiencias no registradas que toman forma a través de la relación con su hermano.

Después de llorar mucho y seguir hablando sobre lo que le pasaba, Alba pudo en la segunda sesión, mientras dibujaba una casa, expresar el malestar que esto le produce. Sin embargo, a los ojos de sus padres, Alba era muy protectora de su hermano y nunca creyeron que ella pudiera tenerle rabia. Tenía con él una relación dual, con sentimientos ambivalentes. Todos los sentimientos me llegaron a mí, y pude transmitirlos a los padres de forma que fuesen tolerables para ellos.

En esa sesión Alba dijo:

“siento mucho lo del otro día. Pero es que mi hermano me molesta mucho. A veces no estoy segura que mis padres me quieran a mí. En la escuela hablo mucho y pongo a mis compañeras en problemas porque nos castigan a las dos por mi culpa. En casa también me dicen continuamente que no hable tanto...pero no puedo parar.....a mucha gente le molesto”

La experiencia compartida y comprendida, cambiaba su realidad y su capacidad para poder expresar los sentimientos de rabia que estaban contenidos detrás de conductas ansiosas y pequeñas obsesiones. En el espacio terapéutico semanal, Alba me pudo expresar la rabia que sentía hacia su hermano. A la vez también pudo decirme que no tenía más ganas de volver a Rusia, ya que no lo pasó del todo bien cuando fue a buscar a Carlos.

Alba expresa buena relación con sus padres; es obediente. Sin embargo, tiene la sensación que los padres quieren más a Carlos que a ella. Son sentimientos confusos, que en el momento que verbaliza, me mira y me dice: “no, ya sé que no es así, pero es que a veces, me regañan, cuando es

él el que de verdad se porta mal”.

Cuando terminábamos las sesiones con Alba, el padre y el hermano que la acompañaban me permitieron observar como el pequeño Carlos se mostraba muy afectuoso con Alba, y sin embargo Alba, sentía culpa por no sentir lo mismo por él.

Alba: cuarta fase del tratamiento. Pensando en ella.

En esta época, los silencios eran frecuentes, dibujaba tranquila mientras me contaba sus historias y poco a poco pudo ir compartiendo su necesidad de saber: “¿Quién soy?” “¿A quién me parezco?” “¿A quién me pareceré cuando sea mayor?”

Poco a poco pudo ir controlando su verborrea, venía al inicio de la sesión y me decía: hoy no voy a hacer esto, o aquello, y además todo va mejor, ya no hablo tanto, puedo escuchar a mis amigas, a mis padres... estaba contenta con sus logros.

Alba había conseguido descargar sus ansiedades y canalizar sus miedos a través de las sesiones, donde ella había podido tener experiencias de regulación adecuadas en compañía del otro y ello le permitía ir encontrando otras maneras de expresar su ansiedad sin que fuera inadecuada ni interfiriera en su desarrollo.

Un día Alba llegó a consulta y me dijo en tono enfadado: “Ya ves, esto está muy bien, puedo estar con mis amigas sin molestarlas, ya no me riñen en clase por hablar, soy capaz de respetar turnos de palabras e incluso escucho todo lo que me interesa, pero ahora, me muerdo las uñas! ¡Mira, mira qué desastre!”

Ella me culpaba por morderse las uñas. Se sentía decepcionada con el tratamiento ya que ella tenía mucha ilusión en sentirse mejor y no sentir la angustia que había permitido que nos conociéramos.

Enseguida sonreí, me senté frente a ella y mirándola a la cara le dije: “¡Qué bien! Esto es algo que les ocurre a muchas personas que conozco y no todas necesitan tratamiento psicológico. Esto significa que te encuentras mucho mejor, aunque entiendo que todavía sufres y que además te gustaría que yo te siga ayudando un poco más. Pues bien, así lo haremos, ¿Cómo ha ido hoy?”, le pregunté a Alba, “¿Qué me cuentas esta semana?” y me dispuse a escucharla, tranquila, sin preocupaciones, para poder conocer qué podía seguir haciéndola sufrir de aquel modo que ella sentía tan intenso.

Yo me sentía bien acompañándola, hasta que cuando se acercó el fin del tercer mes de nuestro trabajo, ella estaba a punto de terminar el dibujo de la casa y le dije: “Creo que es el momento que te lo lleves y tú decidas donde lo quieres poner”. Alba se sintió liberada y madura para hacerse cargo de

algo que habíamos construido, luchado juntas.

Alba necesitó que yo le marcara el límite de las cosas, tenía pánico a dejarme su dibujo sin terminar, ya que ella creía que no era suficientemente bueno para mí, en ese afán de agrandar, y a la vez no podía irse sin el dibujo, porque tenía miedo a perderlo.

Su dibujo sin terminar había sido representativo de su dificultad para aceptar su historia y la de su familia. Pudimos ver juntas como ella necesitaba que juntas descubriésemos y contásemos su historia, ya que en su historia de abandono, y posterior adopción había vivido muchas experiencias que no habían sido registradas por nadie, al menos de una manera que le resultase satisfactoria. Veíamos juntas como sus sensaciones, percepciones, sentimientos y comprensiones la dejaban sobrecargada y sola.

A través de nuestra relación pudimos poner palabras a los sentimientos reales que estaba teniendo en sus experiencias del día a día, vinculando algunos sentimientos del presente con sentimientos del pasado, creando así un espacio de experiencia compartida que nos permitía modificar sus patrones mentales.

Todo ello permitió que Alba pudiera decidir definitivamente dónde iba a poner el dibujo que representaba tantas ideas y sentimientos compartidos.... ella pudo encontrar el lugar adecuado donde colocarlo.

El dibujo terminado encuentra por fin un lugar. Vive en la habitación en un sitio privilegiado y público. Los sentimientos que han sido experimentados durante la construcción del dibujo se han podido acordar. Ahora ya han logrado ser simbolizados.

Se trataba del dibujo de la Casa que yo le había pedido hacer en nuestra segunda sesión. Había sido un dibujo muy difícil de terminar y que pudo, atravesando las dificultades de regulación y de separación, terminar y darle un sentido.

Después de las vacaciones de Navidad, Alba volvió muy contenta, el dibujo estaba colgado en el lugar más céntrico y visible de su habitación, lo que le hacía sentir con orgullo, su trabajo así como la tranquilidad de controlar su “creación”, en la que había proyectado su familia, sus sentimientos de afecto y su rabia hacia la hermanito que, poco a poco, también podía ir mejorando su conducta.

La relación entre nosotras ya había madurado y nos podíamos permitir hacer explícitas sensaciones muy íntimas de la sesión o de fuera. Me contó que le gustaba un chico, que estaba preocupada por la menstruación. Empezamos entonces otra fase en el tratamiento, como si hubiéramos podido cerrar los temas relacionados con su origen, sus celos, su miedo a perder algo y no volver a verlo nunca más y esto nos permitió llegar a ella

misma. Tenía miedo a hacerse mayor y estaba empezando a observar en su cuerpo pequeños cambios que la asustaban.

Discusión

El síntoma de Alba interfiere en el desarrollo y la hace sufrir. A través de la relación terapéutica con Alba, juntas podemos modificar sus patrones relacionales y sus estructuras psíquicas. Entre las dos, y a través de la relación terapéutica, ella puede acceder y registrar sus experiencias de forma adecuada para que no le atrapen y para que sus capacidades de auto-regulación y regulación mutua sean más facilitadoras. Elaboramos juntas y de forma explícita sus maneras de ser, y de “estar con”.

Los terapeutas relacionales trabajan y actúan en este campo interpersonal e intersubjetivo, que es siempre ambiguo y complejo. La influencia mutua entre paciente y terapeuta, aunque no simétrica, se toma en cuenta desde esta perspectiva. La interacción entre paciente y terapeuta consiste, entre otras cosas, en acción y reflexión sobre la interacción. Así, los patrones de interacción tanto de lo intrapsíquico como de lo interpersonal se flexibilizan y emergen posibilidades nuevas. Podemos influir sobre el proceso de construcción y revisión de las **estructuras psíquicas del niño**.

Las estructuras psíquicas modificadas son más eficaces y cómodas para Alba y la liberan para encontrar sus recursos y resolver los conflictos a los que se va enfrentando. A través del trabajo con padres, entendemos la historia particular de cada uno de ellos e intentamos abrir espacios nuevos para que ellos puedan responder a la niña de manera cada vez más empática. Flexibilizamos las imágenes mentales que tienen del niño y del síntoma.

Conociendo y participando activamente tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas, nos ofrece una perspectiva que nos permite modificar patrones relacionales. A veces la evolución es muy rápida, como en el caso de Alba y en otros casos, el tratamiento requiere un proceso más complejo.

El síntoma de Alba interfiere en el desarrollo y la hace sufrir. A través de la relación terapéutica con Alba, juntas podemos modificar sus patrones relacionales y sus estructuras psíquicas. Trabajamos en la psicoterapia relacional para flexibilizar capacidades de auto-regulación y regulación mutua con nuestros pacientes pequeños y sus padres.

*Los terapeutas relacionales infantiles trabajan y actúan en este campo interpersonal e intersubjetivo. La influencia mutua entre paciente y terapeuta, aunque no simétrica, se toma en cuenta desde esta perspectiva. Podemos influir sobre el proceso de construcción y revisión de las **estructuras psíquicas del niño** y flexibilizamos las imágenes mentales que tienen los padres del niño y del síntoma.*

Palabras clave: psicoterapia relacional; estructuras psíquicas; relación terapéutica; terapia infantil

Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Altman, N. (1992). Relational Perspectives on child psychoanalytic psychotherapy. En N.J. Skolnick y S. C. Warsaw (eds), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (pp. 175-194). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Altman, N., Briggs, R., Frankel, J. Gensler, D. y Pantone, P. (2011). *Relational Child Psychotherapy*. New York: Other Books.
- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe, B. y Lachmann, F.M. (1992). The Contributions of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object-representations. En N.J. Skolnick y S. C. Warsaw (eds), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (pp. 83-118). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe, B. y Lachmann, F.M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Bahrack, L., Andrews, H. y Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant Interaction. *Attachment & Human Development*, 12(1-2), 3-141.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love*. New York: Pantheon.
- Demos, E.V. (1992). The early organization of the psyche. En W. Barron, M. N. Eagle y D. Wolitzky (eds.), *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 200-232). Washington D C: American Psychological Association.
- Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood REVISED EDITION (2005). Washington, DC: Zero to Three Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: the predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Greenberg, J. y Mitchell, S. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., Stern, D.N. y Tronick, E.Z., (1998). Implicit Relational Knowing: It's Role in Development and Psychoanalytic Treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: overview, with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment Theory: Social Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*: Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and Autonomy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Riera, R. (2011). *La Connexió Emocional*. Barcelona: Octaedro.
- Sander, L. W. (1977). The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship. En M. Lewis y L. Rosenblum (eds.), *Interaction, Conversation and the Development of Language. The Origins of Behaviour*, Vol. 5 (pp. 133-156). New York: Wiley.
- Seligman, S. (1999). Integrating Kleinian theory and intersubjective infant research: observing projective identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 129-159.
- Seligman, S. (2012). The Baby Out of the Bathwater: Microseconds, Psychic Structure, and Psychotherapy. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(4), 499-509.
- Siegel, D. J. y Payne Bryson, T. (2012). *The Whole Brain Child: Twelve Revolutionary Strategies to Nurture Your Child's Developing Mind*. New York: Random House.
- Silverman, R. C. y Lieberman, A. F. (1999). Negative maternal attributions, projective identification and the intergenerational transmission of violent relational patterns. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 161-186.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. y Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *The Birth of a Mother: How The Motherhood Experience Changes You Forever*. New York: Basic Books.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood, *Attachment & Human Development*, 7(4), 349 – 367.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1992). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Sullivan, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Tronick, E.Z. (2005). Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness: coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making. En J. Nadel y D. Muir (eds). *Emotional development* (pp 293-315). Oxford: University Press.
- Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: W.W. Norton.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S y Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Velasco, R. (2009) *¿Que es el psicoanálisis relacional?* Madrid: CLINICA E INVESTIGACIÓN RELACIONAL *Revista electrónica de Psicoterapia*.
- Warshaw, S. C. (1992). Mutative factors in child psychoanalysis: a comparison of diverse relational perspectives. En N.J Skolnick and S. C. Warshaw (eds), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (pp. 147-173). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97

RELATOS, APEGOS, Y TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

F. Javier Aznar Alarcón

Psicólogo clínico y terapeuta familiar

Coordinador del Hospital de Día para adolescentes Miralta (Fundació Orienta).

This article proposes the importance of attending the phenomena of intergenerational transmission of attachment disorders in systemic family therapy with children and adolescents. It reviews the importance of therapeutic alliance, of the relationship between narrative and attachment, and the emotional resonance as guidelines for the design of therapeutical intervention.

Keywords: systemic family therapy; attachment; therapeutic alliance

Cuando Pamela y Martín entran en la sala lo primero que nos sorprende es que no les acompañan sus dos hijos preadolescentes a pesar de acudir a una primera entrevista de terapia familiar. Pamela nos explica que el psicólogo que les atendía anteriormente y que les indicó que acudieran a nosotros los había visto sin los chicos, y eso les había inducido a pensar que tenían que venir solos. Pamela se muestra muy intranquila, retorciéndose las manos al hablar y sin darnos apenas la oportunidad de introducir alguna pregunta. Martín asiente en silencio a las palabras de su mujer, cabizbajo y con aire de derrota.

Enseguida nos hacen saber que han llegado a nuestra consulta como la última oportunidad para mejorar las cosas. Hace tiempo que se está produciendo una escalada de conflictos en la casa: Robert, un jovencito de doce años, les falta al respeto, les roba dinero y objetos de la casa y después lo niega por más que resulta evidente. Tiene fuertes enfrentamientos con ellos y se pelea físicamente con su hermana. El último episodio les ha llevado a considerar que quizá no puedan seguir conviviendo juntos. Acudieron ante los gritos de Milagros, la hermana de Robert, y se encontraron con la muchacha acorralada por su hermano contra una ventana e intentando zafarse de sus manos que le atenazaban el cuello. Apenas pudieron separarlos y amenazaron al chico con que, si no podían

redirigir la situación, le tendrían que buscar otro lugar en el que vivir separado de la convivencia con su familia. Este ultimátum se tornó mucho más dramático cuando nos contaron que ambos hermanos son adoptados. Los dos tienen la misma edad pero un pasado muy diferente. Milagros fue adoptada cuando era un bebé y sus primeros años de convivencia con su nueva familia transcurrieron con normalidad. Robert fue adoptado a la edad de ocho años, después de muchos años de institucionalización en un orfanato de corte militar en su país de origen. En su primer encuentro convivieron durante unos días en un apartamento con supervisión de la institución que se cuidaba de Robert, y estuvieron a punto de volverse atrás. Robert apenas se comunicaba con ellos, rechazaba sus acercamientos, e incluso llegaba a mostrarse agresivo. Les detuvo saber que, para el niño, era la última oportunidad de tener una familia. Si no se quedaban con él, pasaría el resto de su infancia en una especie de comunidad de corte militar para niños abandonados y no habría posibilidad de que se volviera a aprobar un proceso de adopción. Pamela se había enternecido con la historia del chico y se sentía incapaz de dejarlo librado al futuro que les estaban apuntando. Convenció a Martín y empezaron un camino juntos que, tal y como se presentaban ante nosotros, parecía apuntar al cumplimiento de la profecía que les hicieron los profesionales a cargo del muchacho cuando les mostraron su alivio al llevárselo, no alivio por brindarle un futuro mejor del que le esperaba allí, si no porque se mostraban convencidos de que no se podía esperar nada de él.

En el momento en que escuchamos el dramático relato de la construcción de esta familia y sus dificultades actuales nos sentimos cautivados por las emociones que nos despiertan. Pero no solo eso. Su discurso, como todo relato, genera un horizonte de acontecimientos (la ruptura de la familia, la confirmación de la identidad negativa de Robert, su fracaso como padres), una emoción vinculada a la vivencia interna que sospechamos que tienen los personajes, y nos interpela porque genera una duda, un enigma (¿acabarán las cosas tan mal como parece?) y porque nos cuentan lo que nos cuentan porque se espera que podamos hacer algo con ello (Ramos, 2001).

LA REPRESENTACIÓN NARRATIVA DEL APEGO Y LA TERAPIA FAMILIAR

Mary Main dio un importante paso en el estudio del apego al demostrar que la coherencia y colaboración con la que los padres narran sus experiencias de apego con sus padres, independientemente de que las circunstancias de su infancia hayan sido favorables o desfavorables, tienden a correlacionar con el tipo de apego que desarrollarán sus hijos (Main, 2000) y que algunas dificultades específicas en el discurso de su historia permiten predecir formas específicas del apego inseguro de

estos (Van Ijzendor, 1995). Hay, por tanto, una “retórica del apego”: la manera en que en el contexto de desarrollo (generalmente la familia) se cuenta su propia historia estructura los sentimientos que experimenta cada uno de sus miembros (Cyrułnik, 2009).

La terapia familiar sistémica tiene como premisa que todas las personas están en constante interacción con su entorno y que, por tanto, el sufrimiento psíquico debe entenderse en el contexto de sus relaciones (Salem, 1990). Sin embargo, su epistemología, guiada por el precepto de contemplar la mayor cantidad de variables posibles, ha tenido que afrontar siempre el reto de integrar la dimensión de la vivencia del individuo y sus propias características.

La teoría del apego, que empezó a influir muy pronto en la terapia familiar, especialmente en los modelos de orientación intergeneracional (Bertrando y Toffanetti, 2004) ha propiciado indispensables aportes para afrontar esta dificultad. El enfoque de la terapia familiar sistémica basada en el apego subraya que el sufrimiento y las características del vínculo en un niño o en un adolescente están en función de, más que la familia y el contexto en el que crece, el papel que se le asigna en la familia. John Byng-Hall probablemente sea el primer terapeuta familiar en centrar su atención en que los relatos familiares, a modo de “guión”, llevan a organizar las creencias familiares y los ritos que dan forma a la expresión de los afectos (Byng-Hall, 1995). Los mecanismos de defensa de los padres que han sufrido dificultades con el apego se manifiestan en la forma de narrar su vida emocional: excluyen información, recuerdos y experiencias que los conectan con el dolor reeditado en la relación con los hijos, y llevan al desarrollo de discursos rígidos en los que falta una perspectiva que ponga en común y legitime la vivencia de cada miembro de la familia. Se solidifica la pauta al orquestarse las dificultades de los padres de afrontar las necesidades afectivas de los hijos y el aprendizaje de éstos de ignorar sus propios sentimientos, distorsionarlos o convertirlos en una actitud parentalizada (Larner, 1999).

De esta manera, y adaptando la conceptualización de Holmes (Holmes, 2009), podemos pensar que hay “patologías” de la forma de narrar: narrativas rígidas y saturadas de problemas que anquilosan la identidad y dejan fuera nuevas competencias y oportunidades de cambio, experiencias huérfanas de tejido narrativo en las que no hay palabras para el dolor, e historias organizadas con exclusividad por los elementos traumáticos en los que el trauma no se elabora sino que se vive permanentemente cautivados por como impregna la cotidianidad. Su falta de resolución (toda narración debe poder cerrarse para abrirse a otras nuevas) es isomórfica con las dificultades para explorar nuevas formas de intimidad y cercanía con los demás.

Estas consideraciones sugieren una vía para la intervención terapéutica con las familias en las que se da un trastorno del apego: si podemos ayudarlos a afrontar su pasado y a construir una historia coherente sobre las experiencias emocionales que

vivieron, podemos abrir una vía terapéutica para reparar el apego.

RELATOS Y FAMILIAS

Parece que los seres humanos venimos al mundo predispuestos a dejarnos cautivar por los relatos. La psicología del desarrollo ha venido a verificar que la estructura narrativa está presente en niños y niñas antes de que muestren la capacidad para su expresión lingüística (Bruner, 1991). A los seis meses son capaces de representarse metas y evaluar su consecución (los bebés dan muestras de sorprenderse si al observar una serie de secuencias que los adultos han evaluado como “causales” insertamos una “no causal”), y muestran su predisposición a dejarse cautivar cuándo las acciones son acometidas por personas. Es decir, prevén cursos de acción completos y entienden la acción dirigida a metas controladas por agentes, requisitos básicos para una narración. Además, tienen una predisposición temprana para fijar la atención en lo insólito, en lo inesperado. También sabemos que, más adelante, entienden mejor las proposiciones lógicas si forman parte del curso de una historia. A los cinco años son capaces de seguir los pensamientos de un personaje imaginario, competencia que acaba derivando en la capacidad para construir narrativas y personajes de cualquier elemento de nuestro entorno.

Los moldes narrativos, los “guiones” con los que nos explicamos nuestras acciones y su sentido, se configuran y alimentan de la cultura (y en las microculturas, sean una familia o un hospicio) en la que se crece (Colm, 2003). Los niños y niñas de dos años de edad escuchan una media de ocho narraciones y media por hora. La mayoría son relatos que explican al infante lo que está haciendo y lo proveen de una interpretación de sus actos, así como brindan una justificación de las reacciones de los padres. En esta inmersión en un bautismo narrativo, aprenden que el sentido de sus acciones se ve influenciado por lo que cuentan sobre lo que hacen y por cómo lo cuentan. Se genera una retórica de la vida emocional que acaba afectando a nuestras relaciones y a la forma en la que usamos el lenguaje para regular nuestra emoción. La teoría del apego sostiene que cuando los niños y niñas pueden ver a sus figuras de apego como alguien que responde a sus solicitudes de apoyo y protección tienen la oportunidad de construir narrativas en las que se representan como personas susceptibles de recibir ese apoyo y tienen una base desde la que explorar la intimidad con otras personas (Marrone, 2009). Pero cuando algún acontecimiento biológico o biográfico interrumpe o dificulta de forma consistente esa función del entorno, los niños se ven impelidos a desarrollar estrategias para abordar la falta de disposición o la disposición inconstante de sus padres.

La terapia familiar brinda la oportunidad de presenciar cómo estos guiones se escenifican delante de nosotros.

En la segunda entrevista, Milagros y Robert acompañan a sus padres. Nos explican que las cosas están algo más tranquilas y en el transcurso de la entrevista Robert nos dice que él sabe que es el responsable de los

problemas, que todo cambiará si él cambia, y que cree que es capaz de controlarse. Su hermana se muestra mucho más reservada durante la entrevista, pero poco a poco va introduciendo el relato de una relación de fraternidad inconstante, en la que el apoyo mutuo es frágil y naufraga, en ocasiones, ante el embate de los celos. También nos explican que han llevado a Robert a varios psicólogos, que en general ha ido mal (a uno llegó a amedrentarle después de un episodio de cólera en el que rompió varios objetos de su despacho), y que casi siempre ha seguido yendo su madre sola para recibir apoyo.

Después de algunos esfuerzos para conseguir crear un clima distendido y ampliar los temas de conversación a las cosas que la familia considera que funcionan, pensamos que estamos en el buen camino, pero en la tercera entrevista nos encontramos con una situación inesperada: les habíamos pedido que pensara cada uno qué es lo que deseaba cambiar y Milagros ha escrito una nota que nos quiere leer. En ella explica que gran parte de los problemas los causan sus padres, que teme a su madre porque suele exaltarse y perder el control, que pasa por períodos de profunda tristeza, que es imprevisible, y que su padre vive sometido a ella. Además, todo esto se lo ha contado de forma confidencial a su madrina, amiga de su madre y trabajadora social, que le ha guardado el secreto.

Pamela entra en cólera, se siente traicionada tanto por su hija como por su amiga, y nos presenta un relato que parece casi el reverso del que nos hizo en la primera entrevista: nos dice que Robert tiene muy buen fondo a pesar de todo y que Milagros está muy celosa de él, que es mentirosa y manipuladora, que se muestra muy fría con ellos y que esta vez es ella la que va a tener que marcharse a casa de una tía porque su madre no puede tolerar sus ataques y su frialdad. Martín continúa asintiendo a las palabras de su mujer.

Robert nos ofrece un dato que, más adelante, resultará crucial: nos dice que sabe que las próximas semanas él estará bien con sus padres porque ahora tienen dificultades con su hermana. Solo cuando se pelean con ella mejora la relación con él. Simultáneamente, la tensión entre madre e hija sigue aumentando. Conforme aumenta el tono de voz y la agresividad de Pamela hacia su hija, esta se muestra más fría y distante, lo que finalmente hace estallar a Pamela: “pues si el problema soy yo, yo me marcharé de casa para que todos estéis mejor”. Se levanta precipitadamente agarrando su bolso y su abrigo y, en el momento en que hace ademán de dirigirse a la puerta, Martín se pone en pie y le dice que no, que se marchará él ya que no ha podido ser un buen marido y no le ha servido de ayuda con las dificultades de los chicos.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y LA REPARACIÓN DEL APEGO

Un rasgo diferencial de la terapia familiar es que en la sesión se presentan diferentes personas, cada una con su propia motivación, con su propia expectativa. Si bien los terapeutas pueden invertir su esfuerzo en generar un contexto de confianza y cuidado mutuo, respetando el ritmo de cada miembro de la familia, no es posible controlar lo que otros miembros deciden desvelar o el momento en que deciden hacerlo (Friedlander, Escudero y Hearthington 2009). Además, cada miembro de la familia explica lo que ocurre en relación a sus propias experiencias de apego, de manera que sus dificultades se manifiestan en la forma en que pueden regular su reacción ante las dificultades de sus hijos. Esto puede suponer un reto para el diagnóstico del problema: cuándo los niños viven situaciones traumáticas o una dificultad alargada en el tiempo en la accesibilidad emocional de sus padres o cuidadores, éstas pueden afectar a su desarrollo y a sus capacidades cognitivas y al control de sus reacciones emocionales y, simultáneamente, pueden hacer considerar sus problemas como una condición interna. Esto puede resultar tranquilizador para adultos agotados y frustrados (familiares y profesionales), pero resultar confuso cuando estos síntomas son manifestación de dificultades en el apego, y puede provocar una restricción en la capacidad de reacción de los terapeutas forzando a los niños a seguir repitiendo las mismas estrategias que se manifiestan como el problema (Vetere y Dallos, 2012).

La investigación empírica sobre el proceso terapéutico ha puesto de relieve la importancia de la alianza terapéutica, entendida como la colaboración entre terapeuta/s y cliente/s para compartir las metas y las tareas de la terapia, para el resultado del tratamiento con independencia del enfoque terapéutico (Horvath y Symonds, 1991), especialmente cuando se evalúa desde el punto de vista del usuario (Horvard y Bedy, 2002). La literatura sobre el proceso de la psicoterapia familiar basada en el apego ha puesto también de relieve la importancia y complejidad del equilibrio en las alianzas que se establecen entre terapeutas, padres e hijos (Diamond, Diamond y Liddle, 2000).

Estos hallazgos permiten presuponer que la relación entre la alianza terapéutica (según las dimensiones de la alianza propuestas en Friedlander, Escudero y Hearthington (2009) y el intento de reparar el vínculo estriba en que son procesos isomórficos: ambos comparten la necesidad de la validación de la experiencia de todos los implicados, un entorno seguro que permita la expresión emocional y un sentido de pertenencia (que se halla representado, en la terapia, por el hecho de compartir un propósito común). El mismo Bowlby llamó la atención sobre la relación entre ambos procesos: *“La alianza terapéutica aparece como una base segura”*, y más adelante: *“el paciente es estimulado a creer que, con apoyo y una guía ocasional, puede descubrir por sí mismo la verdadera naturaleza de los modelos que subyacen en sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones y que, al examinar la naturaleza de sus primeras experiencias con sus padres, o padres*

sustitutos, comprenderá qué lo llevó a construir los modelos actualmente activos en su interior, y así ser libre para reestructurarlos” (Bowlby, 1989, pp. 174-175). Bowlby está hablando desde la perspectiva de una psicoterapia individual en la que se hace una “reescritura” presente del desarrollo del apego bajo el paraguas de la alianza terapéutica. Pero en la terapia familiar este proceso reviste una complejidad única: los vínculos de apego que se han tejido a lo largo de la historia compartida por la familia se hacen presentes en el aquí y ahora de la entrevista conjunta poniendo en juego, en el establecimiento de las alianzas, la complejidad de los motivos que conducen a los clientes y a la red de sistemas profesionales a la terapia (Friedlander, Escudero y Hearethington 2009).

Hay otro elemento más en las entrevistas con la familia cargado de importancia: con cada vez mayor frecuencia los intentos de conexión emocional hacia Pamela son respondidos con comentarios descalificadores hacia los terapeutas: *“esto lo has leído en algún libro”, “esto te lo enseñaron en la Universidad”, “claro, esto es lo que te toca decir”*. Los terapeutas viven de forma clara que, después de las mutuas amenazas proferidas en la familia de abandonos y de ausencias, ellos van a ser los próximos abandonados.

De la misma forma que ocurría con Robert, la posibilidad de un diagnóstico psiquiátrico a Pamela fácil de hacer en términos del DSM-IV (de hecho, ya había tenido un breve ingreso voluntario tras una crisis con su familia extensa) puede ocultar más que desvelar atribuyendo a rasgos indelebiles de su personalidad reacciones que pueden tener su origen en dificultades en el apego.

Como ya hemos comentado en otro trabajo, narrar es más que cosa de dos (Aznar, 2008). Narrar es un acto relacional porque se narra anticipando la respuesta del contexto al relato. En el caso de esta familia, a los terapeutas les resuena con claridad la impresión de que el esfuerzo de conseguir una mayor proximidad resulta algo amenazante y que los avisos de marcharse pueden ser una forma de controlar el miedo a ser rechazados.

Nuestra competencia narrativa se genera y desarrolla en entornos que pueden prohibir, sancionar o legitimar la expresión de la emoción. Cómo estructuramos los relatos, su configuración, representa la perspectiva desde la que afrontamos lo que nos pasa, atribuimos intenciones a quien nos acompaña e incitamos a quien nos escucha a una reacción. Cuando el dolor por las pérdidas no encuentra una respuesta amable y coherente del entorno, se expande y anuda aislando del contacto con los demás y deja un vacío en la autobiografía por la que la persona llega a no saber porqué sufre.

Esta perspectiva ha encontrado reciente sustento en los estudios de Fritz Breithaupt, quien propone que hay una estrecha relación entre empatía y narración y que solo adoptando la perspectiva de una persona involucrada (la indignación de Pamela, la rendición de Martín, el castigo que recibe Milagros o la rebeldía de Robert) podemos registrar y sentir la significación de los acontecimientos (Breithaupt,

2011). Para este autor, la empatía no es un fenómeno de identificación que aparece en una relación dual, sino una forma de tomar partido en una escena de tres. Es decir, la empatía, a favor de uno o de otro, surge en el momento que al menos dos personas se aproximan con intereses enfrentados.

Lo que proponemos aquí es que en estas escenas triangulares los niños introyectan, más que rasgos o aspectos de sus adultos, el esquema de la relación. Cuanto más rico y flexible es el entorno en el que crecen, más posibilidades tienen de ensayar formas de estar con los demás. Cuanto más rígido es su contexto, más dificultades tienen para explorar otras formas de relación. Por ejemplo, los niños testigos de violencia conyugal que se cronifica aprenden un esquema víctima-victimario en el que tienen que elegir que posición tomar. Identificarse con la posición de quien puede resultar más afectuoso (la víctima) implica también tomar la posición de mayor vulnerabilidad. Rehuir de la vulnerabilidad puede suponer identificarse con la posición de quien hace daño. Es más, estos esquemas rígidos de interacción tienen consecuencias en las relaciones externas a la familia: el niño que se vuelve agresivo recibe más castigos, por lo que puede recurrir a mayor agresividad para no sentirse víctima. El niño victimizado puede silenciar su sufrimiento y no responder ante el acoso de compañeros por miedo a ser identificado como el causante o verse privado del afecto de los demás.

Ricardo Ramos ha explicado que cada persona alcanza a través de su recorrido biográfico una visión preferencial de sí mismo con la que espera ser visto en sus palabras y actos por las personas que le son significativas. Los saltos en el curso del ciclo vital, con su exigencia de adaptación a nuevos roles y expectativas, pueden ponerla a prueba (Ramos, 2008). Desde nuestro punto de vista, estas visiones preferenciales se asientan sobre una narrativa cuyo entramado surge de sus experiencias de apego. Verse como alguien que no necesita el apoyo ni la cercanía de los demás, que no la espera, que la rechaza, o que nunca es suficiente, pueden ser visiones construidas sobre la falta de accesibilidad de los propios padres o cuidadores a las necesidades afectivas y de consuelo. La exigencia de atención afectiva por parte de un niño puede despertar la vulnerabilidad del adulto que lo cuida.

Por fin, los terapeutas se encuentran en posición de ofrecer una hipótesis sobre el guión que la familia no solo está compartiendo con ellos, sino que les está invitando a sumarse a su representación. Se les dice que en esta familia de cuatro miembros sólo hay sitio para tres, de tal manera que la mejora de un vínculo se convierte en la amenaza de la pérdida de otro. Nos recuerdan el juego de las sillas, en el que siempre queda alguien fuera. Y nos parece que los siguientes van a ser los terapeutas. Quizá, si nos pueden ayudar a entender qué les ha pasado para creer que no tienen todos un sitio que ocupar para los demás, podamos ayudarles a que todos tengan cabida. Por primera vez en las cuatro sesiones hay una sensación generalizada de calma y seguridad.

AXIOMAS

Proponer una hipótesis como esta es proponer la mejor historia posible que hemos podido encontrar para lo que tiene que afrontar la familia y para que nosotros podamos ayudarles a hacerlo. La idea que conduce la intervención puede resumirse en dos axiomas:

- 1) Entender la conducta del niño y del adolescente, su estilo emocional y la forma en que se describe a sí mismo y a los demás como la respuesta a un problema del desarrollo. Es, por tanto, la solución a un problema que puede pertenecer a otro momento de su vida y no ser necesariamente evidente el contexto en el que tiene sentido.

Cuando abordamos la historia de Robert previa a la adopción nos enternece cuando nos explica el ritual de los fines de semana. Durante años, cada sábado, se arreglaban para las visitas de los pocos adultos que mantenían relación con los niños del hospicio y para las visitas de futuros nuevos padres. Interrumpían el partido de fútbol para arreglarse y estar preparados. Robert nos describe con emoción la angustia de cada sábado, la envidia frente a los niños que se marchaban, la progresiva desesperanza hasta dejar de arreglarse y rebelarse frente al ritual para acabar golpeando a algún otro niño (siempre mayor que él) o a algún cuidador. Simultáneamente, proyecta su necesidad de cuidado y atención atendiendo y protegiendo a los niños más pequeños y vulnerables con los que convivía, según nos cuentan sus padres. Desde la perspectiva que ofrece su relato se puede llegar a entender cómo se combinan el intenso deseo de relación y lo insoportable de mantener una esperanza que continuamente fracasa. Robert aparece entonces no como un niño que rechaza el afecto, sino como un niño que teme estar frente a un espejismo. Sus conductas aparecen como una estrategia encaminada a volver previsible el mundo de sus relaciones y esperan, y nos invita, a que actuemos con él de la misma manera.

- 2) Las infancias y adolescencias de estos padres aparecen como un palimpsesto por debajo de las de sus hijos, y es a través de ellas que los miran. Proponemos entender la conducta de los padres, cuando hay un trastorno del apego, como la respuesta también a un problema de su propia historia al que hay que volver para reparar la relación entre padres e hijos. Cautivados por un pasado traumático, no pueden imaginar un futuro diferente.

Cuando la familia nos permite reconstruir con ellos su pasado, nos descubren a una Pamela que ha crecido en un entorno de hostilidad y criticismo. Su padre pasaba mucho tiempo fuera de casa y nunca se interesó demasiado por su hija. Pamela estableció un buen vínculo con su abuela materna, que convivía con ellos. Pero la abuela confiable y cariñosa de Pamela había sido una madre crispada y maltratadora con su hija y con quien seguía manteniendo un trato duro y descalificador. Cada

vez que Pamela se acercaba a su abuela era víctima de castigos desproporcionados de su madre y de una intensa frialdad en el trato. De manera que Pamela estaba sumida en una triangulación del apego: de las dos personas que tenía más cercanas, la aproximación a cualquiera de ellas le hacía perder el afecto de la otra sin que jamás se explicitase que el conflicto era una pugna entre los adultos. Pamela creció interpretando esas dificultades como una característica de su identidad, como algo negativo y propio de ella, y aprendió a temer el rechazo de los demás. Todo esto la llevó, al crecer, a una larga lista de desencuentros hasta que encontró a Martín.

Martín creció en un entorno familiar duro. Venía a ser el “patito feo de la familia” que nunca hacía las cosas como esperaban sus adultos. Había un trato preferencial para con sus hermanos y Martín nunca recibía ninguna valoración por sus actos ni por sus esfuerzos. La gota que colma el vaso es cuando, al volver de permiso de su servicio militar, le notifican que su madre ha fallecido de manera inesperada y que la culpa la tiene él, por haberse marchado. Martín aprende de esta manera que, no importa lo que haga, siempre saldrá mal, y que lo mejor es que inhiba sus iniciativas, corroborando así socialmente su imagen de incapaz. Hasta que conoció a Pamela.

Estos datos nos permiten entender por qué no habían funcionado los abordajes terapéuticos anteriores, los riesgos que afrontamos como terapeutas y el porqué de la creciente tensión de la familia en las entrevistas: las conductas en búsqueda de una mayor conexión emocional se viven como amenazas porque Pamela, Martín, Milagros y Robert no saben cómo gestionar esa proximidad. Su modelo de interacción, basado en lo que han ido recogiendo en su experiencia de vida, incluye el profundo miedo al rechazo y al abandono. Y este es también el contexto en el que se revela el sentido de la crispación de Pamela con Milagros. El crecimiento de la chica, con éxitos académicos, amigos, etc. y con la creciente comparación de las conductas de sus padres con las de los padres de otras niñas, entra en el esquema triangular del apego de su madre: su querencia por otros resultará en un futuro abandono para el que hay que prepararse inhibiendo el afecto, y rompe la visión preferencial que Pamela está intentando mantener con suma dificultad. Y Martín, que teme el efecto de cualquier acción propia, no puede ayudar a modular la relación entre su hija y su mujer, ni ayudar a su hijo a regular mejor su emoción y su conducta. En este contexto, la hostilidad y la continua amenaza de interrumpir la relación entre ellos revelan una profunda sobreimplicación (Doane y Diamond, 1991).

Luigi Cancrini ha planteado que estas experiencias traumáticas pasadas devienen núcleos temáticos personalizados e inconscientes, dotados de una fuerte dinámica interna, y se transmiten también de manera inconsciente (Cancrini, 1991). Para Bying-Hall (1995) acaban constituyendo guiones replicativos (repiten lo que han aprendido en su crianza) o correctivos (intentan cambiar aquello que vivieron,

independientemente de que sea adecuado o no en el nuevo contexto). Al enlazarse la forma en que unos y otros interpretan mutuamente sus conductas se generan “errores de traducción” y en combinación con la idea preferencial que cada uno pugna por mantener de sí mismo teniendo en cuenta que, como personajes de una trama, se definen unos a otros. La salida a estos errores de traducción se propicia si podemos generar un escenario en el que pueden reconocer y aceptar la complejidad de los esfuerzos que están llevando a cabo, integrar el relato de cada uno en un relato mayor que integre las voces de todos y que asuma la legitimidad de las emociones que les despierta en toda su complejidad.

Una vez conseguida una reformulación relacional de las dificultades de la familia, los terapeutas pueden abordar el arduo camino de reconstrucción de sus vivencias dolorosas. Los terapeutas intercalan sesiones individuales en las que se reconstruyen sus infancias y adolescencias con otras en las que se ponen en común intentando “traducir” lo que cuentan en términos que permitan una progresiva conexión y acercamiento entre ellos. Martín y, sobre todo, Pamela, muestran momentos de desánimo, de miedo a que su esfuerzo no sirva de nada, a que los terapeutas les desprecien. Y con la misma insistencia, los terapeutas interpretan cada embestida como las balizas que señalan que se sigue navegando, que la angustia, el temor de que no salga bien, es la imagen invertida en el espejo de la esperanza de que puedan vivir mejor. En las sesiones individuales Pamela, que prefiere escribir a hablar, reconstruye tenaz y dolorosamente su infancia y su adolescencia hasta llegar a su matrimonio que es descrito como la última oportunidad de estar con alguien. Martín relata todas las situaciones de humillación que le llevaron a verse como alguien que, irremediablemente, lastimaría a las personas a las que quiere. Milagros ha ido oscilando entre apoyar a una madre a la que ve sufrir y el deseo de una vida menos pesadosa. Robert permite, en dosis muy pequeñas, atisbar algo de los horrores que ha vivido, y nos muestra que ha ido transformando lo que le salvó, cuidar de niños más pequeños que él, en la fantasía de una vocación reparadora: ser pediatra. En las sesiones conjuntas, y con su permiso, se pone en común sus aportes y se trenzan en una historia que permita entender qué les hace ser la familia que son.

Diferentes relatos son enmarcados por diferentes perspectivas, las de la familia y las de los terapeutas. Desde la de las intervenciones terapéuticas hay dos puntos de inflexión: el primero es la propuesta del guión que sigue la familia, “no hay lugar para cuatro”. El segundo se da en el transcurso de una sesión en la que Pamela vuelve a interpelar agriamente a su hija y uno de los terapeutas la afronta proponiéndole, con firmeza, que ha dejado de ver a su hija y que le está hablando al fantasma de su madre. Desde la perspectiva de los esfuerzos de la familia el punto de inflexión está en un cambio en la relación de la pareja. Martín se queda sin trabajo

y la familia resiste de los esfuerzos laborales de su mujer. Pamela se siente desbordada y agotada, pero teme que Martín no sea capaz de tomar las riendas, a la vez que dejar la posición de centralidad despierta, de nuevo, el temor al abandono por perder aquello que le permite sentir que puede controlar la incertidumbre de la relación, la impresión de que dependen de ella. Martín, que teme volver a decepcionar, no se ha atrevido a hacer nada hasta el momento que no sea ordenado por Pamela, perpetuando la visión de Pamela de que ella no puede descansar de sus responsabilidades, la suya propia como persona incompetente, y la de los chicos en la que su madre somete a su padre.

COROLARIOS

- 1) Es imprescindible en estos casos intentar abordar las dificultades intergeneracionales de los padres y, cuando no es posible, trabajar para que niños y adolescentes las conozcan en la medida de lo posible, y puedan tener la opción de entender estas dificultades como algo de su contexto de desarrollo y no como rasgos de su personalidad.
- 2) Los temas que han quedado por resolver en estas familias no son necesariamente evidentes ni tienen por qué estar en lo que nos cuentan. Pero se desvelan como pautas de interacción que aparecen en diferentes escenarios de la vida de nuestros usuarios, y con frecuencia están relacionados con aspectos del apego. El trabajo multidisciplinar ayuda a “hacer visible” estos “guiones” al permitir registrar la repetición de pautas de interacción en diferentes contextos.
- 3) También los equipos profesionales tienden a seguir un guión que les es propio (sobrepotección, expulsivo, aglutinado, etc.). Conocerlo permite prever qué tipo de dificultades tendremos a desarrollar con mayor probabilidad con nuestros usuarios y a prevenirlas.
- 4) Cuanto mayor es la diferencia entre la visión preferencial que los usuarios tienen de sí mismos y la que mantienen sus familias, mayor es la tensión entre el sistema, que puede proyectarse fácilmente a los equipos propiciando una escisión en las alianzas del equipo hacia algunos miembros de la familia, o a diversos aspectos de un mismo paciente soslayando otros igual de importantes.
- 5) Lo que desvela la forma de narrar es el mapa básico de las relaciones, las posiciones que se pueden ocupar. Y lo que buscamos construir es una alternativa a la rigidez de esas posiciones, salir del guión.

Además, hay que prestar atención a las resonancias de los profesionales porque, el hacerlas conscientes, el construir una narración de lo que nos ocurre puede ayudarnos a corregir el curso de la intervención: los menores con estrategias evitativas viven los acercamientos y las necesidades afectivas como amenaza y el terapeuta puede a su vez volverse insistente sin atender al ritmo que necesita el niño, o sofocar su propia frustración explicando la situación en términos de rasgos estructurales. Los menores con estrategias maximizadoras de la búsqueda de apego

pueden generar en el terapeuta la impresión de que están haciendo algo importante, para después sentir que nada es suficiente (Cancrini, 2007). Cuando no les ha resultado posible desarrollar ninguna estrategia (apego inseguro caótico) hay que pensar a largo plazo y construir una estrategia desde el juego, desde lo más básico. Hay que pensar que son niños aterrorizados que han aprendido que quien les tiene que cuidar les daña y les provoca pavor. Y, para ello, el primer paso es crear acontecimientos “narrativizables (el caos y el terror no lo son) y un ambiente en el que sea posible hacerlo.

Ya hemos hablado en los primeros párrafos de que la competencia narrativa aparece muy pronto en los niños. Probablemente sus cimientos se apuntalen en las experiencias propioceptivas y motoras de los bebés en su interacción con el mundo de manera que la la cognición y el uso del lenguaje se sostienen sobre el conocimiento corporeizado (Iacoboni, 2009) lo que otorga una mayor importancia, si cabe, a la atención al entorno narrativo con el que los padres y cuidadores rodean a los niños pequeños. La forma en que hablan de ellos y les suponen intenciones nos habla de su disponibilidad e intuición hacia sus necesidades afectivas. Los terapeutas trabajar con todo el abanico de herramientas que tenemos a nuestro alcance para ayudar a los niños más pequeños a empezar a construir un relato sobre quiénes son y qué les pasa (dibujos, juego, etc.) pero sin olvidar que deben atender, a poco que sea posible, a los niños heridos que fueron los padres para que puedan retomar su papel de base segura para sus hijos.

En una de las últimas entrevistas, y aprovechando que las aguas están más calmadas (se han comprometido con la terapia, Robert tiene un trato respetuoso con su hermana aunque se queja de ella, Milagros se ha ido acercando progresivamente a su madre, Pamela, renunciando al control que hasta el momento ha pugnado por mantener, ha pedido ayuda a Martín, y Martín se está atreviendo a ensayar nuevas actitudes tanto en lo profesional como en el ámbito familiar), nos cuentan, sin darle mayor importancia, una anécdota de los últimos días: el sábado por la mañana, los chicos se acercan a la cama de sus padres; después de un rato de charla, Milagros le dice a su madre que siente a faltar no haber nacido de ella. Pronto, y con la ayuda de Martín, que hace de asistente al parto, juntan las sábanas y escenifican el parto de Milagros. Robert, con timidez, dice que también quiere nacer de su madre y repiten el ritual y después lo celebran. Nosotros asistimos emocionados al relato y les decimos, sorprendidos, que es la primera vez que nos han narrado un acontecimiento en el que hay sitio para los cuatro.

Valentín Escudero insiste en que, como terapeutas, debemos alimentar y mantener la esperanza en nuestros usuarios, para poder sostener la de ellos. Debemos, para ello, convertirnos en una base segura que les permita reescribir sus historias de forma coherente, empática y segura, y que permita explorar formas

diferentes de actuar con los demás y consigo mismos.

Este artículo propone la importancia de atender a los fenómenos de transmisión intergeneracional de los trastornos del apego en la terapia familiar sistémica con niños y adolescentes. Se revisa la importancia de la alianza terapéutica, de la relación entre narrativa y apego, y de la resonancia emocional como guías para el diseño de la intervención terapéutica.

Palabras clave: *terapia familiar sistémica; apego; alianza terapéutica*

Referencias bibliográficas

- Aznar, F. J. (2008). El dol silenciati. Pèrdua i expressió emocional. *Revista del COPC*, 212, 34-38.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting Family Scripts. Improvisation and System Change*. New York: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado*. Madrid: Alianza.
- Breithaupt, F. (2011). *Culturas de la empatía*. Madrid: Katz Editores.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis. Manual para la enseñanza de la psioterapia*. Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L. (2007). *Océano borderline*. Barcelona, Paidós.
- Cyrułnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapájaros. Testimonios de resiliencia: el retorno a la vida*. Gedisa: Barcelona.
- Colm, P. (2003) *The Mind and Its Stories. Narrative Universals and Human Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S. y Liddle, H. S. (2000). *The Therapist-Parent Alliance in Family-Based Therapy for Adolescents*. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 56, 1037-1050.
- Doane, J. A. y Diamond, D. (1991). A developmental View of Therapeutic Bonding in the Family: Treatment of the Disconnected Family. *Family Process*, 30, 155-175.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath, A. O. y Bedi, R. P. (2002). The Alliance. En J. C. Norcross (comps.), *Psychotherapy relationships that works: Therapist contribution and responsiveness to patients (pp.41)*. New York: Oxford University Press.
- Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo*. Madrid: Katz.
- Larner, G. (1999). The unfashionable John Byng-Hall: Narrative, Myths and Attachment. *The Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 20(1), 34-39.
- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1127.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas. Un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Barcelona, Gedisa.
- Salem, G. (1990). *El abordaje terapéutico de la familia*. Barcelona, Masson.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Vetere, A. y Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.

PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN LA ETAPA PREESCOLAR. EXTREMOS NORMATIVOS O INDICIOS DE TRASTORNO MENTAL.

Dora Vera, Aurèlia Rafael, Roser Castellà y Noemí Mauri
FAMILIANOVA SCHOLA.

Master Formación en Paidopsiquiatría. Facultad Medicina. UAB.
doravera@familianova-schola.com

Contemporary developmental psychology offers evidence that preschoolers are much more cognitively and emotionally competent than it was believed in former decades. Developmental psychopathology shows multiple ways of early abnormal development and establishes that, to the degree that early manifestations of mental disorders can be identified, we can achieve a major understanding of the disorder and develop ways of psychotherapeutic intervention for children in pre-school age. Considering that the first years in life consist of maximum neuroplasticity and of multiple critical periods in cognitive and socio-emotive development, we emphasize that this intervention will be especially efficient. Once we have identified the risk factors, child psychotherapy, validated on the evidence, is a means of prevention, which has to be ... and developed in a systematic way, in order to delay the beginning of the disorder, diminish the intensity of the symptoms or even prevent its onset before the symptoms get worse.

Keywords: developmental psychopathology; preschool age; primary and secondary prevention

La psicoterapia en la etapa preescolar

La psicoterapia de niños en edad pre escolar hace referencia diversos procedimientos, validados empíricamente, derivados de diferentes marcos conceptuales, que se utilizan para ayudar a niños entre los 3 y los 6 años, que experimentan dificultades con sus emociones y comportamiento, promoviendo cambios positivos en sus pensamientos, sentimientos y conductas que faciliten su adaptación en general.

Al igual que cualquier tipo de intervención psicológica, en la psicoterapia infantil todo tratamiento, cualquiera sea su orientación o modelo teórico de base,

debe demostrar una utilidad razonable según criterios científicos que justifiquen su aplicación, logrando un equilibrio óptimo en la integración de hallazgos de estudios de eficacia (en condiciones experimentales) y estudios de efectividad y eficiencia (en condiciones naturales).

Si bien la psicología del desarrollo ha focalizado la etapa preescolar (3 a 6 años) como escenario de gran parte de su conceptualización teórica y esfuerzo investigativo, enfatizando las tendencias centrales y uniformidades en procesos normativos de crecimiento y desarrollo, históricamente esta etapa ha sido una población prácticamente olvidada por la psicología clínica y la psiquiatría infanto-juvenil, pues a estas edades el reconocimiento y tratamiento de la patología fue hasta hace muy poco prácticamente inexistente.

Al respecto Bufferd, Dougherty, Carlson y Klein (2012) identifican tres razones que han obstaculizado la investigación y validación empírica de los trastornos mentales en la infancia: 1. la preocupación de que las etiquetas diagnósticas puedan estigmatizar a los niños pequeños; 2. el vacío de medidas de psicopatología sensibles al desarrollo que permitieran distinguir la amplia gama de diferencias individuales en el funcionamiento de niños típicos y las características propias en el funcionamiento de preescolares con algún trastorno; 3. la creencia general de que los problemas emocionales y del comportamiento a edades tempranas, representan extremos normativos que los niños pequeños superan con el desarrollo.

No obstante, en la práctica clínica infanto-juvenil, se observa con mucha frecuencia niños que en edad preescolar, presentan síntomas que le generan sufrimiento e interfieren en su adaptación. Así mismo, acuden a consulta adolescentes con graves problemáticas conductuales y/o socio afectivas que, a pesar de tener años de evolución, nunca habían sido tratadas ni se había hecho intervención alguna en los diferentes contextos de influencia.

Sobre la base de lo anterior, aunado a la falta de datos y las inquietudes existentes relacionadas con los peligros potenciales y los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos en niños preescolares, se han producido cambios importantes a lo largo de la última década, apreciándose en la actualidad diferentes líneas de investigación centradas en estas edades que subrayan, entre otras cosas, el diagnóstico precoz, la intervención temprana y la importancia de identificar estrategias psicoterapéuticas de efectividad comprobada.

Desarrollo cerebral e intervención temprana

En el marco de la perspectiva desarrollista destacan dos principios que permiten establecer la hipótesis de que toda intervención será más efectiva mientras más temprano se haga en el desarrollo, estos son: 1. La neuroplasticidad está estrechamente ligada a la experiencia, es decir que el cerebro tiene la capacidad de cambiar en respuesta a experiencias vividas y los primeros años de vida constituyen un período de máxima plasticidad. Así, el impacto de agentes externos ya sea

positivos como las intervenciones psicosociales o psicoterapéuticas, o negativos como ambientes carenciados, negligentes o conflictivos pueden impactar de manera significativa el desarrollo estructural y/o funcional del cerebro. Al respecto, Cole et al. (2008) comentan que la exposición temprana a circunstancias adversas, pueden tener efectos negativos a largo plazo, tanto en el funcionamiento fisiológico como a nivel de la conducta, dados los efectos debilitantes sobre los procesos neuronales, cardiovasculares y endocrinos que acompaña el funcionamiento emocional. 2. Los períodos críticos, los cuales constituyen fases del desarrollo durante las cuales se aprenden con mayor facilidad, determinadas habilidades, entre las que se encuentran aquellas implicadas en el desarrollo emocional. “Mientras más temprano en el desarrollo se detecten los cambios cerebrales propios de los diferentes trastornos, mayor serán las oportunidades de intervenir precozmente durante períodos de mayor neuroplasticidad” (Gaffrey, Luby, Belden, Hirshberg, Volsch y Barch, 2010, p.367)

Aportes de la psicopatología del desarrollo relacionados con niños en edad preescolar.

Ante el vacío de respuestas en cuanto al cuándo, por qué y cómo los problemas de la infancia, constituyen un comportamiento disfuncional o pródromo de un trastorno futuro, o refleja períodos transitorios de dificultad que se resuelven sin intervención profesional, la psicopatología de desarrollo intenta dilucidar la relación entre las alteraciones en el desarrollo emocional y la vulnerabilidad a la psicopatología, integrando la teoría del desarrollo con el estudio de las diferencias individuales que incluyen riesgo y/o deterioro.

Así, sobre la base del conocimiento de que los trastornos psiquiátricos no emergen intempestivamente, sino que en el desarrollo anterior al síntoma, ya se presentan fallas adaptativas que predicen, con mucha probabilidad, patología posterior, la identificación de tales pródromos es objetivo central de las investigaciones y contribuye significativamente con la implementación de procesos de intervención primaria y secundaria efectivos, a fin de potenciar factores protectores que bloqueen o disminuyan la intensidad en la presentación de síntomas posteriores.

La psicopatología evolutiva, pretende identificar cómo los síntomas de los diferentes trastornos emergen durante el desarrollo, en el contexto de diferentes factores de riesgo y protección, en los diferentes ámbitos: biológico, cognitivo, emocional, familiar y social, y es sobre la base de tales conocimientos que la psicología clínica y la psiquiatría infanto-juvenil se plantean el diseño de programas de intervención asertivos y de mayor efectividad.

A lo largo de la última década, los niños en edad preescolar han sido población de estudio por diferentes líneas de investigación, acumulándose evidencia considerable para establecer la validez, en la etapa preescolar de trastornos afectivos, de ansiedad y de conducta perturbadora.

Sara Bufferd de la Universidad de California investiga, desde el marco de la psicopatología del desarrollo, los factores que contribuyen al establecimiento y evolución de problemas emocionales y conductuales en niños de edad preescolar, incluyendo: temperamento, funcionamiento psicosocial, estresores y conducta parental.

Bufferd et al. (2012) llevo a cabo una investigación con una muestra relativamente grande de preescolares de 3 años de edad de la comunidad, quienes fueron evaluados con una entrevista diagnóstica rigurosa y comprehensiva, diseñada específicamente para valorar desórdenes discretos en preescolares a quienes siguió longitudinalmente hasta los 6 años de edad. Los resultados del estudio revelaron que los síntomas clínicos a los 3 años fueron un potente marcador de riesgo para los trastornos a los 6 años. Tales resultados constituyen evidencia tanto de continuidad homotípica como de continuidad heterotípica. Los resultados indican que los niños quienes cumplían criterios para un trastorno a los 3 años, presentaban un riesgo casi cinco veces mayor de tener un trastorno a los 6. De igual manera, observaron que más del 50% de los niños que cumplieron con los criterios de un trastorno a los 6 años, ya tenía síntomas clínicamente significativos a los 3. Estos resultados aportan evidencia de estabilidad relativa, más que de transitoriedad, de las formas tempranas de psicopatología y de ahí la importancia de la identificación e intervención temprana.

En el mismo orden de ideas, las funciones ejecutivas, alteradas con demasiada frecuencia en perfiles auto regulatorios, tienen un ritmo de desarrollo elevado durante el período preescolar y resulta crucial la detección de la disfunción ejecutiva tan pronto como sea posible a fin de aprovechar los beneficios y las oportunidades de intervención (Anderson y Reidy, 2012) .

Una de las líneas de investigación más prolíficas es la del Dr. Luby y colaboradores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington, St. Louis, quienes han hecho múltiples investigaciones en torno a la depresión, a la ansiedad y al trastorno bipolar pediátrico.

Actualmente se cuenta con evidencia empírica de la validez del diagnóstico de depresión en el preescolar, llegándose incluso a examinar la función cerebral de preescolares deprimidos, encontrándose desde los tres años de edad una relación significativa y positiva entre la reactividad de la amígdala y la severidad de la depresión, mientras el niño mira expresiones faciales de afectividad negativa. Esta relación ya había sido encontrada en niños mayores y en adultos deprimidos (Gaffrey et al. 2010). De igual manera, estudios sobre la vergüenza y la culpa en niños preescolares deprimidos, revelan elevados niveles de autoconciencia emocional a los 3 años de edad y aquellos deprimidos experimentan mayores niveles de vergüenza y altos niveles de culpa junto a bajos niveles de conducta reparatoria. Concluyendo "... la culpa y la vergüenza maladaptativa son características de la depresión ya en el período preescolar y debe ser objeto de atención clínica" (Luby,

Belden, Sullivan, Hayen, McCadney y Spitznagel, 2009, p. 1157). Se enfatiza así la continuidad entre la depresión preescolar y la escolar, así como la necesidad de identificar los indicadores depresivos tempranos y llevar a cabo una intervención lo más precoz posible. El interés por diseñar y probar programas de intervención psicoterapéuticos con niños en edad preescolar es cada vez mayor, ejemplo de ello es el Parent–Child Interaction Therapy Emotion Development (PCIT.ED) que consiste en una forma de tratamiento para la depresión preescolar, orientada a favorecer el desarrollo emocional temprano. (Luby, Lenze y Tillman, 2012)

Es también protagonista de la psicología clínica y psiquiatría infanto juvenil, el intenso debate en torno a los criterios diagnósticos del trastorno bipolar de inicio precoz, existiendo acuerdo general en lo tórpido de la presentación y las reservas que genera la utilización de psicofármacos, cuyos efectos secundarios no han sido suficientemente probados en esta población, siendo crucial la identificación de intervenciones psicosociales efectivas.

Por su parte, las investigaciones señalan que hasta un 9% de los niños en edad preescolar sufren de un trastorno de ansiedad (Egger y Angold, citado por Comer et. al 2012). Estos autores, después de hacer una revisión sistemática de los programas de intervención existentes para preescolares ansiosos, señalan un vacío importante y proponen una adaptación del PCIT, sumándose a un creciente cuerpo de literatura que apoya el uso de métodos cognitivos y conductuales, que suponen la participación de los padres en el tratamiento de trastornos de ansiedad en la infancia temprana.

Así mismo los trastornos de conducta perturbadora en los años preescolares han sido muy estudiados y se ha generado gran cantidad de programas de intervención validados de acuerdo a la evidencia, la mayoría de ellos orientados a través de la psicoeducación de los padres, a generar cambios en el contexto primario en el que se desarrolla el niño. El PCIT incorpora componentes de la terapia de juego en la formación de los padres, haciendo énfasis en el refuerzo y atención positiva, la coherencia, la resolución de problemas y la comunicación efectiva en las interacciones entre padres e hijos, apreciándose mejoras significativas y mantenimiento de los logros a través del tiempo (Comer et al. 2012).

Niveles de prevención primaria y secundaria.

Los esfuerzos de prevención primaria o también llamados “promoción de salud”, van orientados a reducir la incidencia de discapacidades y trastornos, mediante la prevención de factores de riesgo identificados, es decir se refiere a todas aquellas medidas dirigidas a disminuir el riesgo de aparición, en este caso, del malestar psicológico. Estas medidas están dirigidas a la población en general y no a un grupo o sujeto en particular. Así por ejemplo los hallazgos del estudio de Luby et al. 2012, demuestran el papel crucial de la calidad del soporte materno en la primera infancia para el desarrollo social y emocional saludable, mediante la

demonstración de que las primeras experiencias de soporte materno tienen un impacto positivo en el desarrollo estructural del hipocampo, una región del cerebro relacionada con la memoria, la regulación de las emociones, y la modulación del estrés, todas estas áreas clave para la adaptación social saludable. Estos investigadores afirman:

“creemos que estos resultados tienen implicaciones potencialmente profundas para la salud pública, siendo necesario promover el soporte y apoyo parental (cuidadores) competente a edades tempranas, lo que podría ser una inversión social muy fructífera, considerando que es un factor psicosocial modificable y que está directamente relacionado con el desarrollo saludable de una región clave del cerebro conocida por afectar el funcionamiento cognitivo y la regulación emocional” (p.2856).

Por otra parte, la prevención secundaria se dirige concretamente a un factor de riesgo identificado. Cuando la prevención secundaria es exitosa, el trastorno no se presentará o lo hará con menos intensidad y con menor compromiso de áreas de funcionamiento. Los esfuerzos en la categoría de prevención secundaria se dirige a un grupo identificado de personas que o bien muestran síntomas de una condición clínica o son identificadas como de alto riesgo. Es decir, son todas aquellas medidas destinadas a disminuir el predominio de una patología por medio del diagnóstico y la intervención precoz. La detección precoz de psicopatología infantil y la consecuente intervención temprana permite mejorar el pronóstico final y la calidad de vida de los niños y de sus familias.

Para esto el clínico debe ser capaz de detectar los factores de riesgo y reconocer los signos de alarma en momentos tempranos del desarrollo, para entonces, después de identificar factores protectores personales, familiares y sociales, así como de precisar la existencia o no de factores desencadenantes del malestar, promover una intervención específica, es decir un método psicoterapéutico de efectividad basada en evidencia.

Una psicoterapia, de efectividad probada con una problemática particular, llevada a cabo en la etapa preescolar que es una etapa del desarrollo tan maleable y plástica puede tener efectos más potentes y sostenibles en el tiempo. Relacionado a esto, Cicchetti y Cohen (citado por Cole et al. 2008) afirman que el diagnóstico precoz es importante para la prevención, ya que la intervención en momentos de gran plasticidad neural, puede evitar la cristalización de síntomas en trastornos más graves.

El clínico frente al perfil del preescolar - ¿extremo de la normalidad o síntoma de patología?

Un primer desafío del psicólogo clínico es, en un momento de rápidos y diversos cambios, valorar la conducta del niño y distinguir entre lo que es normal y lo que es anormal en cada etapa evolutiva del desarrollo; es decir, si los signos

y síntomas detectados son variaciones de la normalidad para la edad del niño, su momento evolutivo y el contexto familiar, cultural y social en que vive, o bien son, por el contrario, indicadores de riesgo y/o patología.

Conductas diferentes a las usualmente presentadas pueden ser indicadoras de patología, pero también pueden ser reacciones sanas y organizadoras del psiquismo durante un período de adaptación y reajuste normal. Pudieran también tratarse de una respuesta defensiva ante un contexto familiar, escolar o social disfuncional o ser pródromos de patologías que pueden derivar a trastornos más graves en caso de no ser tratadas.

En los años preescolares, características tales como la falta de humildad, una muy elevada autoestima, las indiscreciones, la falta del sentido de oportunidad y la imaginación ilimitada, por medio de la cual se representan en el juego personajes con super poderes no solo son aceptadas, sino esperadas y reforzadas y por tanto no deben nunca considerarse, de manera aislada, sintomatología asociada a psicopatología. De igual manera resulta difícil establecer la línea divisoria entre la normalidad y la patología con respecto a la irritabilidad o a la rigidez de pensamiento, tan esperadas en estos primeros años, o entre las rabietas típicas de la niñez temprana e intermedia y las rabietas de los chicos con alguna disfunción.

Tal como afirma Horst (2009), “es necesario considerar el contexto en el que se presentan las conductas. Los niños con desarrollo normal pueden presentar conductas parecidas a las clínicamente significativas pero en grado e intensidad variable. En general, una conducta ha de ser generalizada y perjudicial para ser considerada patológica”. En el mismo orden de ideas Luby, Belden y Tandon (2011), a pesar de representar una de las líneas más fuertes a favor del diagnóstico precoz de la psicopatología mental, reconocen “puede ser muy difícil distinguir entre experiencias emocionales intensas pero normativas tan típicas en la edad preescolar, tales como elevados niveles de alegría y elevado autoconcepto, con alteraciones de humor y del auto concepto clínicamente significativas como elación y grandiosidad”(p.111). Es así de gran importancia la definición operacional de tales conductas en el marco de cada momento evolutivo, a fin de afinar los diagnósticos y hacer intervenciones asertivas.

Si bien todo niño puede presentar algún signo de alerta de manera transitoria, parámetros como persistencia en el tiempo de estos signos de alarma, su intensidad, su variabilidad, la interferencia que provocan en la vida diaria y el grado de malestar o sufrimiento que genera en el propio niño y en su familia, son los que marcarán la diferencia y permitirán sospechar de indicadores de patología.

Así, por ejemplo, son señales de alarma cualquier retraso en el desarrollo, niveles de intensidad o frecuencia atípicos en la presentación de una conducta (irritabilidad, llanto, tristeza, culpa, vergüenza), niveles de auto regulación mínimos que conlleven a una gran desorganización conductual que afecte la adaptación del niño en diferentes contextos (incapacidad para recuperarse de la frustración),

cambios en patrones de sueño y/o alimentación, cambios en los niveles de energía y disfrute de actividades lúdicas.

Si bien es cierto que a los 4 años se espera que la impulsividad sea una característica de la conducta del niño y que cuando sus objetivos sean frustrados se enfade y presente comportamiento agresivo, también es verdad que ya a esta edad los niños pueden modular relativamente bien la ira, la frustración y la decepción, respondiendo muy bien al apoyo externo que intenta desviar su atención y reconducir su conducta, que en ningún caso es destructiva, ni perjudicial, sino que por el contrario es seguida de esfuerzos adecuados de reparación y resolución.

La clave para establecer, con propiedad, cuándo se trata de un extremo de la normalidad o un indicador o pródromo de algún trastorno está en la valoración clínica, la comprensión fenomenológica del síntoma que implica necesariamente un conocimiento preciso de los diferentes hitos del desarrollo, así como la experiencia que solo da la observación de los pacientes y de sus familiares y maestros a lo largo del tiempo. Sin perder de vista el hecho de cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo, resulta fundamental para una identificación correcta de las señales de alarma, la comparación de la conducta del niño con la de aquellos de su grupo normativo. Por ello es muy importante de los programas formativos de magisterio incluyan el estudio de señales de alarma en las diferentes áreas del funcionamiento. En el mismo orden de ideas, es deseable que los pediatras sean fuente primaria de identificación y referencia al equipo transdisciplinario de especialistas, pues constituyen el profesional al que todo niño y sus padres tiene acceso continuo y sostenido en el tiempo.

El niño preescolar tal como lo presenta la psicología del desarrollo contemporánea.

Esta etapa del desarrollo es escenario del egocentrismo y la intuición. El niño se caracteriza por su espontaneidad, fantasía ilimitada, alegría, disfrute e interés lúdico; por sus preguntas y afirmaciones divertidas y/o imprudentes, razonamientos y explicaciones desconcertantes, y actitudes, gestos y conductas que, frecuentemente, provocan sonrisas en quienes los ven y/o escuchan.

Esta forma de ser y de conducirse, está determinada en gran parte, por el egocentrismo que caracteriza su pensamiento y por esa capacidad intuitiva que lo impulsa a explorar, descubrir y conocer.

Durante los años preescolares, ocurre un desarrollo integral, rápido, complejo y significativo, en las diferentes áreas del funcionamiento del niño.

En esta etapa se despliega el progreso más notable en la adquisición del lenguaje, pues el niño pasa de decir algunas palabras a ser capaz de formular frases cada vez más largas y complejas y se muestra cada vez más hábil al estructurar frases considerando las reglas sociales implícitas en la situación, es decir construye la pragmática de su lenguaje.

Sus juegos son ricos en fantasía, a la vez que incorporan elementos del mundo

adulto; son activos en la búsqueda de “por qué” y enfrenta los desafíos del mundo social diferente al familiar.

Es en estos años que la educación preescolar, al menos en la cultura occidental, aporta experiencias de aprendizaje significativas que, a través del juego, va introduciendo a los niños en el mundo de los signos: palabras, conceptos, relaciones, dibujos, números, letras y comparaciones, analogías y clasificaciones.

El egocentrismo, entendido como la dificultad para situarse en una perspectiva diferente a la propia y la intuición, como aquel conocimiento que es directo e inmediato, sin intervención de la lógica; son conceptos abordados por los psicólogos evolutivos al estudiar el desarrollo de la inteligencia, caracterizando el pensamiento de los niños, especialmente durante los primeros años.

Con respecto al egocentrismo, Delval (2008) afirma “... es un fenómeno de naturaleza compleja, que tiene múltiples y variadas manifestaciones que penetran todo el pensamiento infantil en aspectos muy diversos” (p.371).

A diferencia de la Teoría del desarrollo de la inteligencia de Jean Piaget, considerado como el genio representativo y figura central en el ámbito de la psicología del desarrollo del siglo XX, el cual considera el egocentrismo y la intuición como limitaciones del pensamiento, la psicología evolutiva contemporánea integra los modelos de Vygotsky, de la teoría del procesamiento de la información y de la teoría de la mente, ofreciendo una visión de la niñez temprana e intermedia más centrada en las posibilidades cognitivas con las que cuenta el niño.

Al respecto, Bravo y Navarro (2009) afirman: “...las investigaciones recientes han puesto de manifiesto que los niños preescolares son más lógicos y menos egocéntricos, cuando las tareas son familiares o se presentan en versiones ajustadas a sus intereses y lenguaje”(p.123).

Así, se sabe con certeza hoy, que el niño preescolar no es tan egocéntrico ni ilógico como se pensaba anteriormente, pues ya desde temprana edad comienza a sintonizarse con la mente y los sentimientos de los otros, de quienes recibe apoyo para elaborar sus pensamientos, y es la experiencia con los otros, lo que le permitirá trascender su propio punto de vista.

Tal como plantean Berger (2007), mientras que para Piaget la naturaleza de niño es egocéntrica, para Vygotsky “... la tendencia es a mirar a los otros para conocer y para obtener ayuda en particular en el ámbito cognitivo.... Los niños se vuelven mucho menos egocéntricos si son guiados por el adulto” (p. 54).

Hoy es por todos aceptado que los preescolares resuelven problemas que antes se consideraba imposible que pudieran resolver, siempre que se les presenten en situaciones de juego, con el lenguaje adecuado y con contenidos familiares. Se cuenta además con evidencia suficiente para afirmar que la experiencia los ayudará a registrar y procesar la información con más rapidez y eficacia, lo que abre un territorio amplio en el que padres y maestros pueden influir en forma positiva y determinante.

Los niños preescolares van desarrollando estrategias para centrar su atención en la estimulación que reciben, para procesar y almacenar esos datos y para recuperarlos de la memoria. Su capacidad de atención, a partir de los 2 años, va ganando control, adaptabilidad y capacidad planificadora, volviéndose cada vez más selectiva, discriminando lo relevante de lo irrelevante y promoviendo la optimización del procesamiento de la información, pues se coordina con la memoria, el razonamiento y la resolución de problemas.

La teoría del procesamiento de información ofrece una visión de los niños en edad preescolar activos y eficientes, quienes procesan información de manera tal que, en tan solo cuatro años y sin un entrenamiento especial, es capaz de captar y comprender relaciones espaciales, temporales, causales y hasta motivacionales. Si bien al niño en edad preescolar le queda un largo camino que recorrer en su desarrollo cognitivo, las capacidades de procesamiento con las que cuenta hacen que su razonamiento diste de ser únicamente egocéntrico, intuitivo y azaroso, "...entre los 3 o 4 años también pueden observar el mundo desde el punto de vista de otras personas, ponerse en el lugar de los demás hasta cierto punto y diferenciar el ser y el parecer" (Mietzel, 2005, p.255). Por otra parte la Teoría de la Mente plantea que un niño demuestra haberla adquirido cuando comprende lo que piensan otras personas. Este es un cambio cognitivo, muy importante y ocurre alrededor de los 4 y 5 años de edad y se logra típicamente en forma súbita como resultado de la introspección, más que de la acumulación de conocimientos. Intervienen tanto la maduración como las experiencias sociales en este desarrollo.

Gopnik (citado por Mitchell, 2008) sugiere que los niños tienen que adquirir una teoría de la mente ingenua que le permita acceder a sus propios estados mentales y al de los otros y es entonces cuando tiene las bases para establecer juicios sobre las creencias de otros.

Una vez que los niños adquieren la noción de representación mental de la realidad, como algo distinto de la realidad misma, pueden entonces distinguir la apariencia de la realidad y comprender que lo que creen puede no ser cierto. Confundir lo que creen con la realidad es llamado por Mitchell y Kukino (citado por Berger, 2008) "sesgo realista", lo que dificulta el recordar que alguna vez ha creído algo diferente a lo que ve en ese momento.

De la misma manera, antes de elaborar la teoría de la mente, a los niños le resulta muy difícil cambiar de opinión, su pensamiento es aún muy estático y le impide reconocer que puede pensar diferente a lo que pensaba antes.

Mitchell (2008) señala:

"En la niñez temprana los niños incursionan en el mundo social de los pares y tienen un repertorio de habilidades que le permiten jugar y cooperar, especialmente en la esfera de la fantasía. Ellos demuestran tener conciencia de los deseos, motivaciones y creencias de los otros, anticipando reacciones y conductas de los demás. Parecieran sintonizarse, espontánea y

fácilmente, con la mente de los otros, sentándose las bases para el crecimiento de una sofisticada psicología intuitiva” (p.238).

Al dibujar la esfera emocional, la investigación en la psicología evolutiva contemporánea, enfatiza la sofisticación emocional que alcanzan los niños a muy temprana edad, dejando de lado la creencia anterior de que los niños preescolares eran aún muy inmaduros emocionalmente como para experimentar, por ejemplo depresión y/o ansiedad patológica.

Sabemos que el período preescolar se caracteriza por la transición hacia un funcionamiento más social e independiente, y una mayor competencia emocional, que junto a estas habilidades emergentes destaca la curiosidad, el interés por explorar y el disfrute lúdico. En este contexto, la falta de alegría, así como la preocupación persistente y por temas negativos en el contenido de los juegos, puede ser un marcador clave de depresión en los niños en edad preescolar.

La psicología del desarrollo, hoy por hoy, sitúa en lugar protagónico a las emociones como motor y catalizador del desarrollo, identificándolas como procesos psicológicos al servicio de metas de supervivencia y bienestar, siendo un importante reto del desarrollo el lograr un adecuado manejo de las emociones frente a eventos estresantes. El adecuado manejo de las emociones se relaciona directamente con la resiliencia individual y la dificultad en el manejo de las emociones forma parte, muy frecuentemente, del perfil de niños con algún tipo de trastorno.

Cole et al (2009) plantean que la gran receptividad y sensibilidad emocional con que los niños inician la etapa preescolares se debe a que los niños preescolares cuentan ya, a esta temprana edad, con una gran complejidad desde el punto de vista emocional: repertorio completo de emociones básicas, estrategias rudimentarias de autorregulación, desarrollo incipiente de la culpa, la vergüenza y el orgullo. Son características que incrementan su vulnerabilidad a emociones fuertes, pues estos niños carecen aún de la experiencia y de recursos tales como: la autoconciencia reflexiva, razonamiento analítico, red social funcional y autonomía personal, por lo que es necesario que cuenten con fuentes externas de regulación emocional, tal como cuidadores sensibles y competentes.

La culpa y la vergüenza son dos emociones autoconscientes que requieren auto-evaluación de las propias acciones y suponen la previa comprensión de que existen normas y expectativas de los otros que deben cumplirse. Se establece así una secuencia de desarrollo en la que inicialmente se experimenta culpa y después de estabilizarse el autoconcepto se desarrolla la vergüenza. Mientras que la culpa es una emoción adaptativa asociada a comportamientos de reparación, la vergüenza es una emoción más dolorosa asociada con el aislamiento social y auto-atribuciones negativas.

Para concientizar tales emociones el niño debe antes contar con suficiente estabilidad en el concepto de sí mismo. Al respecto, las investigaciones demuestran que los niños pequeños van construyendo su auto concepto en función de la

información que recibe al interrelacionarse con figuras significativas, logrando estabilidad en el mismo alrededor de los 4 años de edad.

El elevado nivel de sofisticación alcanzado por los niños entre los 3 y 6 años, exige una mayor integración de los conocimientos aportados por la teoría del desarrollo emocional con la vulnerabilidad a la psicopatología, es decir con el estudio de las diferencias individuales que incluyen riesgo y/o deterioro. No cabe duda de que el estudio de las diferentes emociones, de las características de los procesos emocionales y de la naturaleza y calidad de las estrategias que los niños utilizan para regular sus emociones y estados de ánimo permitirá avanzar en el conocimiento del desarrollo de la psicopatología en el período preescolar, y en consecuencia favorece el diagnóstico precoz asertivo y el diseño y validación de programas de intervención psicoterapéuticos efectivos.

Caso Clínico 1:

Jaume / 5 años / P5

Sin antecedentes personales de alto riesgo biológico.

Antecedentes patológicos familiares:

Trastorno por déficit de atención hiperactividad en la rama paterna (padre y dos de sus cuatro tíos)

Trastornos de ansiedad y depresión en rama materna (madre y abuela medicadas).

Aunque desde su nacimiento presentó patrones de alimentación adecuados, sus patrones de sueño fueron muy irregulares, al respecto su madre afirma "...durmió por primera vez toda la noche a los tres años".

Desarrollo psicomotor precoz, "Gateó a los 7 meses y comenzó a andar a los 9 meses y desde entonces no para, corre permanentemente". Inicio y evolución del lenguaje de acuerdo a las pautas evolutivas esperadas para su edad.

Los padres de Jaume acuden a consulta buscando ayuda pues se encuentran desbordados por la conducta del niño. Según expresan, "todos se quejan de su comportamiento y nadie se quiere quedar con él más de 5 minutos". Refieren... "no sabemos qué hacer, no obedece a nadie, a diario hace pataletas sin importarle donde esté, siempre tiene un NO en la boca y cuando se enfada se vuelve muy agresivo. Sus compañeros ya no lo invitan a los cumpleaños".

Refieren que desde siempre ha sido muy difícil manejar a Jaume, debido a su inquietud y sobretodo intolerancia a la frustración. A los 2 años de edad, cuando entró en la guardería, recibían quejas de las dificultades de Jaume para adaptarse de las rutinas, realizar las actividades y de su tendencia a pegar a los otros niños.

Desde entonces han solicitado ayuda al pediatra quien, invariablemente, les respondía que criar niños no es fácil, que supone sacrificios importantes y que simplemente fueran fuertes en la forma de educarlo.

Los padres pierden con frecuencia los nervios, le gritan, le pegan y lo castigan

casi a diario y le prohíben mirar los dibujos en la televisión.

La tutora de Jaume les recomendó consultar con un psicólogo infantil ya que considera que la conducta del niño es demasiado perturbadora y le impide adaptarse y aprender todo lo que podría de acuerdo a sus recursos.

El estudio psicodiagnóstico realizado reveló un perfil de funcionamiento acorde a las expectativas de su edad en las diferentes áreas del funcionamiento: cognitiva, lenguaje, psicomotora y afectiva. Sin embargo su conducta adaptativa se encuentra significativamente comprometida especialmente en lo referente a la incorporación de normas y a la interacción con niños de su edad y con figuras de autoridad.

En el sistema familiar se identificaron indicadores de elevado nivel de estrés, estilo parental autoritario, patrones inefectivos de resolución de conflictos y antecedentes importantes de psicopatología familiar (padre TDAH y madre ansioso depresiva medicada).

En el ámbito escolar se apreciaron indicadores de dificultades en la interacción con compañeros y en la relación con tutores, lo que ha generado un gran cansancio e intolerancia en los profesores. Sus niveles de aprendizaje se corresponden con el promedio esperado, sin embargo con frecuencia se niega a realizar las actividades.

Sobre la base del análisis del perfil conductual de Jaume se estableció la hipótesis diagnóstica de patrones conductuales de desafío y oposición.

El programa de intervención recomendado aborda los tres ámbitos principales en los que Jaume se desenvuelve:

Psicoeducación a los padres dirigida a entrenarlos en formas efectivas de manejo conductual, destacando la importancia del refuerzo de conductas positivas y la necesidad de ofrecerle el mayor número posible de oportunidades de éxito.

Psicoeducación a los tutores con la pretensión de informarle el por qué de las conductas del niño y formas efectivas de manejarlo. La escuela debe en lo posible ajustarse a las características del niño, elaborar estrategias para el desarrollo del autocontrol y programas conductuales para reducir la frecuencia de comportamientos inadecuados. La escuela es además el ambiente óptimo para ayudarlo desde el punto de vista de las habilidades sociales.

Psicoterapia al niño en el marco de la terapia cognitivo conductual orientada a promover estrategias de autocontrol de la ira, la agresividad y la frustración. Además de fomentar el desarrollo de una autoestima positiva, habilidades comunicativas, sociales y de resolución de conflictos.

Después de tres meses de intervención se observa evolución muy positiva obteniendo reporte satisfactorio de la tutora: permanece en el aula y termina la mayor parte de las actividades. Las conductas agresivas con los compañeros han disminuido significativamente.

En casa, según análisis de los registros hechos por los padres, las sanciones han disminuido y los refuerzos han aumentado alrededor de un 70 %.

Aún cuando queda un largo camino que recorrer con Jaume, la intervención psicoterapéutica temprana ha significado sin lugar a dudas un “reconducir” favorable y muy probablemente marcará una diferencia significativa en cuanto al nivel de ajuste que Jaume presentará más adelante a lo largo de su vida.

Caso Clínico 2

Laia, 3 años / P3

Traída a consulta por sus padres porque “se arranca el pelo desde los 18 meses cuando tuvo un cambio de tutora. Al principio lo hacía solo en la guardería y los fue extendiendo a casa. Cuando le cortamos el pelo comenzó a arrancarse las pestañas”.

Siempre sigue la misma secuencia conductual: se arranca el pelo y se chupa el dedo, especialmente en el sofá.

Antecedentes de alto riesgo biológico: ninguno. Antecedentes patológicos familiares: trastornos de ansiedad en rama materna y paterna.

De bebé la describen como muy demandante, con patrones de sueño irregulares, y al despertarse evidenciaba gran irritabilidad. Su alimentación era adecuada. Refieren vinculación correcta. Desarrollo psicomotor y del lenguaje precoces

Sus padres la describen actualmente como una niña muy lista e intranquila quien “desde que se levanta hasta que se acuesta no para. Quiere saber todo, todo el tiempo, qué haremos, dónde iremos, necesita que le planifiquemos el día”. La madre agrega “... es muy nerviosa, un NO para ella es una frustración que hace que llore mucho y se haga pipi encima. Le cuesta calmarse”. “Es un llanto intenso, desesperada e inconsolable por no tener lo que quiere”.

Presenta bruxismo de día y durante el sueño.

En la guardería se ajusta a las rutinas y normas establecidas, se relaciona correctamente con la educadora y con los otros niños.

El estudio psicodiagnóstico reveló un perfil de desarrollo muy superior a lo esperado para su edad cronológica en las diferentes áreas del desarrollo. Con múltiples indicadores de un estado emocional ansioso: actitud hipervigilante y controladora, demanda de atención permanente de sus padres, gran sensibilidad y muy baja tolerancia a la frustración, de la cual le cuesta recuperarse. Llanto frecuente e intenso que denota desconsuelo y bruxismo.

La secuencia conductual que presenta, motivo de consulta prioritario, es compatible con el cuadro clínico de Tricotilomanía en edad preescolar.

La orientación terapéutica fue:

Apoyo psicoterapéutico, orientado tanto al manejo efectivo de la ansiedad, en el marco de la terapia de juego, y adicionalmente implementar un programa de modificación conductual, que de acuerdo a las investigaciones es el más efectivo para tratar la tricotilomanía en edad preescolar.

Sesiones de psicoeducación a los padres.

Si bien Laia aún no ha iniciado tratamiento resulta obvio que a pesar de su corta

edad ella presenta un riesgo elevado de presentar a futuro algún tipo de trastorno de ansiedad y / o depresión, por lo que una orientación oportuna a los padres con respecto a cómo manejarla y favorecer la disminución y manejo de la ansiedad, así como un proceso psicoterapéutico en el que Laia, en situación de aceptación incondicional, tenga la oportunidad de expresarse y elaborar sus emociones y experiencias, constituirán una manera de evitar que los síntomas de cristalicen en patología posterior o, si lo hacen, con mucha probabilidad lo harán en menor medida.

La psicología del desarrollo contemporánea ofrece evidencia de que los niños preescolares son mucho más competentes cognitivamente y emocionalmente de lo que se afirmaba en décadas anteriores.

La psicopatología del desarrollo, por su parte, señala múltiples trayectorias de desarrollo temprano desviado y establece que en la medida en que se puedan identificar formas de aparición más tempranas de los trastornos mentales, se podrá lograr una mejor comprensión del trastorno y desarrollar métodos de intervención psicoterapéutica concebidos para niños preescolares. Considerando que los primeros años de vida son de máxima neuroplasticidad, y que agrupa múltiples períodos críticos en el desarrollo cognitivo y socio emocional, enfatiza que dicha intervención será especialmente eficaz.

Una vez identificados los factores de riesgo, la psicoterapia infantil, validada en base a la evidencia, es una medida de prevención que debe potenciarse y desarrollarse en forma sistemática, a fin de retrasar el inicio de la enfermedad, disminuir la intensidad de la sintomatología o incluso prevenir la expresión de la misma, ocurriendo antes de que los síntomas se cristalicen en trastornos más graves.

Palabras clave: psicopatología del desarrollo; período preescolar; prevención primaria y secundaria.

Referencias bibliográficas

- Anderson, P. y Reidy, N. (2012). Assessing executive function in preschoolers. *Neuropsychology Review*, 22(4), 345-360. doi: 10.1007/s11065-012-9220-3.
- Bravo, C. y Navarro, J. (2009). *Psicología del desarrollo para el docente*. Madrid: Pirámide.
- Berger, R. (2007). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Bufferd, S., Dougherty, L., Carlson, G., Rose, S. y Klein, D. (2012). Psychiatric Disorders in Preschoolers: Continuity From Ages 3 to 6. *The American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1157-1164. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12020268.
- Cole, P., Luby, J. y Sullivan, M. (2009). Emotions and the Development of Childhood Depression: Bridging the Gap. *Child Development Perspectives*, 2(3), 141-148. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00056.x
- Comer, J. Puliafico, A., Aschenbrand, S., McKnight, K, Robin, J. y Goldfine, M., et al. (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 40-49. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.08.011
- Delval, J. (2008). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo.
- Gaffrey, M., Luby, J., Belden, A., Hirshberg, J., Volsch, J. y Barch, D. (2010). Association between depression severity and amygdala reactivity during sad face viewing in depressed preschoolers: an fMRI study. *Journal of Affective Disorder*, 129 (3), 364-70. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.031.

- Horst, R. (2009). Diagnostic issues in childhood bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(1), 71–80. doi: 10.1016/j.psc.2008.11.005
- Luby, J. (2010). Preschool Depression: The Importance of Identification of Depression Early in Development. *Current Directions in Psychological Science*. 19(2), 91–95. doi: 10.1177/0963721410364493.
- Luby, J. (2012) Dispelling the “They’ll Grow Out of It” Myth: Implications for Intervention. *The American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1127-1129. Doi:10.1176/appi.ajp.2012.12081037
- Luby J., Belden A., Sullivan J., Hayen, R., McCadney, A. y Spitznagel, E. (2009). Shame and guilt in preschool depression: evidence for elevations in self-conscious emotions in depression as early as age 3. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50(9), 1156-1166. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02077.
- Luby, J., Barch, D. Belden, A., Gaffrey, M., Tillman, R. y Nishino, T., et al. (2012). Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school age. *Psychological and Cognitive Sciences*, 109(8), 2854-2859. doi: 10.1073/pnas.1118003109
- Luby, J., Belden, A. y Tandon, M. (2011). Bipolar Disorder in the Preschool Period. Development and Differential Diagnosis. En D.J Miklowitz, D. Cicchetti, (Dirs.), *Understanding Bipolar Disorder. A Developmental Psychopathology Perspective* (pp.108 – 131). New York: The Guilford Press.
- Luby J, Lenze S. y Tillman R (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.,53(3),313-322.
- Mietzel, G. (2005). *Claves de la psicología Evolutiva. Infancia y juventud*. Barcelona: Herder.
- Mitchell, P. (2008). *Acquiring a Theory of Mind. An introduction to developmental psychology*. Blackwell publishing.

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

Aurèlia Rafael, Dora Vera, Leticia Bardinet, Montse Molina
Master Formación en Paidopsiquiatría. Facultad Medicina. UAB.
arafael@paidopsiquiatría.cat

Despite an increasing interest in the use of cognitive behavior therapy for children and adolescents, it is important to recognize that the empirical evidence and the theory basis we have with respect to this group of patients is limited in contrast with the adult population. We need theoretical cognitive models that a developmentally adequate and that explain the emotional and behavioral problems of children and adolescents.

It is equally necessary to adapt the techniques of cognitive-behavioral therapy to the developmental situation of the child or adolescent we deal with. This will bring a substantial improvement of the efficacy of CBT.

Keywords: cognitive behavior therapy; development; cognitions, feelings, behavior

1. La Terapia Cognitivo Conductual en la infancia y la adolescencia.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se utiliza en niños y adolescentes para tratar diversos trastornos psicopatológicos, los cuales incluyen la depresión (Weisz, McCarty y Valeri, 2006), la ansiedad (Kendall, Choudhury, Hudson y Webb, 2002) y los trastornos de conducta (Litschge, Vaughn y McCrea, 2010).

La TCC requiere que los pacientes tengan capacidad para identificar, cuestionar y general sistemáticamente formas alternativas de pensar. Ello conlleva poseer cierto grado de madurez y complejidad cognitiva y por ello debemos plantearnos hasta qué punto los niños pequeños poseen el nivel de madurez cognitiva necesario para beneficiarse de este modelo terapéutico, cuestión que ha sido objeto de debate.

Si bien la controversia continúa, la TCC se aplica a niños pequeños. Una revisión de 101 estudios de tratamientos cognitivo-conductuales mostró que el 79% de los mismos incluía a niños menores de 10 años (Durlak, Wells, Cotto y Johnson, 1995) y un metaanálisis de 150 estudios de psicoterapia con niños y adolescentes mostró que el efecto es más duradero en adolescentes que en niños (Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton, 1995). De forma similar, Durlak et al (1995), informan que los niños de edades comprendidas entre los 11 y 13 años se benefician en mayor medida de la TCC que los niños de 5 a 11 años.

Dado que la TCC para niños y adolescentes proviene de la TCC para adultos, la idea de que este modelo es apropiado en infancia y adolescencia no está del todo clara (es menos cuestionado su uso en la adolescencia). Para los clínicos que trabajamos en este ámbito, se hace necesaria la incorporación de las características propias del desarrollo en el diseño y la planificación del tratamiento, con el objetivo de aumentar la eficacia del mismo.

Para llevar a cabo esta adaptación los clínicos precisan: 1) reconocer la conexión entre las habilidades propias del desarrollo y las técnicas clínicas, 2) comprender la correcta evolución de las habilidades del desarrollo (psicología evolutiva), 3) utilizar herramientas de valoración apropiadas para determinar el nivel de desarrollo del niño, y 4) incorporar todos esos conocimientos en un plan de tratamiento individualizado. (Frankel, Gallerani y Garber, 2012).

Conviene destacar la importancia, cuando se trabaja en infancia y adolescencia, de conocer la evolución y curso normativo en las adquisiciones del desarrollo infanto-juvenil, lo que nos permite en nuestro ejercicio clínico determinar el nivel evolutivo del niño y mejorar la calidad de nuestra intervención, orientando nuestros objetivos y disminuyendo suposiciones erróneas.

2. La adaptación de la TCC según el nivel de desarrollo.

2.1. La TCC en niños preescolares y escolares

Pese a que la TCC puede ser sofisticada y compleja, muchas de las tareas que incluye pueden ser adaptadas, ajustando los conceptos y las técnicas al nivel evolutivo del niño. En la mayoría de ocasiones se precisa razonar eficazmente en cuanto a cuestiones y dificultades concretas, y no en cambio en un pensamiento conceptual y abstracto. De este modo, el nivel de las operaciones concretas, al cual el niño accede entre los 7 y 12 años aproximadamente, será suficiente para poder realizar las tareas que incluye la TCC (Verduyn, 2000).

La principal dificultad en niños pequeños se halla en la traducción y adaptación de los conceptos más abstractos a ejemplos y metáforas sencillas, concretas, comprensibles y que tengan relación con su vida cotidiana. Los materiales han de resultar divertidos, interesantes y atractivos, y los conceptos deben estar adaptados al nivel apropiado a la edad (Young y Brown, 1996).

Tal y como Stallard (2007) plantea:

“Para poder beneficiarse de una TCC, el niño debe ser capaz de realizar tareas tales como: acceder a sus propios pensamientos y comunicarlos; concebir atribuciones alternativas respecto a los acontecimientos; tener conocimiento y ser consciente de las diferentes emociones; relacionar y vincular los pensamientos, los sentimientos y los hechos” (p. 51).

Para que el clínico pueda evaluar si el niño dispone o no de estas capacidades, proponemos una serie de medios apropiados a distintas edades, que nos ayudarán

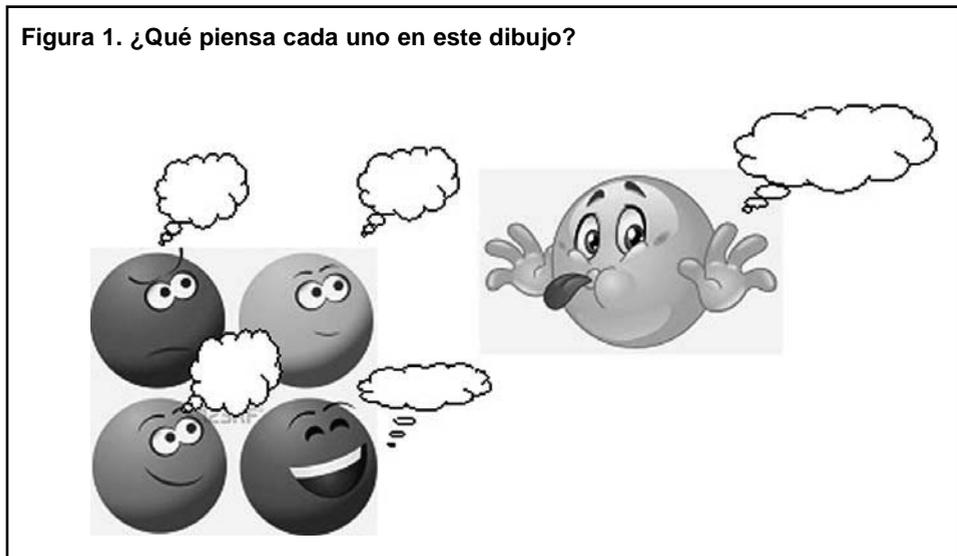
en nuestra tarea.

La entrevista puede resultar una herramienta útil para el **acceso y comunicación de los propios pensamientos**. Nos permite acceder a los pensamientos y soliloquios internos. Niños de 3 años son perfectamente capaces de hablar acerca de sus pensamientos si se les indica que nos “hable de lo que está pensando” (Hugues, 1988).

Otra forma de aproximarnos a este objetivo puede ser un enfoque más indirecto donde se le solicita al pequeño que describa, hable o dibuje alguna situación difícil que le haya pasado. Mientras la realizan, podremos observar si puede o no ofrecer la descripción junto con algunos de los pensamientos o atribuciones en relación al hecho narrado.

En niños más pequeños es útil el uso de muñecos y juegos que recrean y escenifican la situación vivida, durante el transcurso del juego solicitamos al niño que nos diga lo que los muñecos podrían estar pensando.

Los bocadillos tipo cómic son otra herramienta útil. El clínico puede escoger el material gráfico que más le conviene (véase figura 1) y solicitar al niño que explique lo que están pensando los personajes (Kendall y Chansky, 1991).



Para evaluar si el niño posee la capacidad de **concebir atribuciones alternativas** resultan de utilidad las situaciones hipotéticas (Doherr, Corner y Evans, 1999). En ellas presentamos al niño una serie de situaciones y le pedimos que sugiera todas las explicaciones posibles que se le ocurran para explicar qué ha pasado en cada una de ellas.

En niños más pequeños podemos representar o escenificar la situación difícil

mediante un juego de marionetas o con muñecos. Mientras se escenifica, animamos al niño a que sugiera lo que cada uno de los “espectadores” (restantes muñecos o juguetes) piensan respecto lo que ha pasado.

Nuevamente el uso de cómics puede ser útil en esta tarea.

Por lo que respecta al **conocimiento y consciencia de las propias emociones**, este es un componente que a menudo es un objetivo a desarrollar en la TCC más que un prerrequisito (la educación emocional). Para ello, disponemos de materiales que ayudan al niño a identificar y expresar sus emociones mediante la escenificación, el juego y el dibujo.

Los juegos de adivinanzas también son una herramienta útil en este aspecto. Se le muestran al niño imágenes de personas con diferentes estados emocionales y se le anima a identificar el estado emocional (véase figura 2). Otra opción es que sea el propio terapeuta quien escenifique la emoción.



Para valorar y enseñar al niño a **relacionar y vincular los pensamientos, sentimientos y acontecimientos**, nos seguirá siendo útil el juego de acertijo o adivinanzas. Con las mismas tarjetas de expresiones faciales, le podemos pedir que elija la que él siente en diferentes situaciones (jugando con sus amigos, haciendo los deberes en casa, cuando sus papás lo riñen...). El juego con muñecos o marionetas también nos permite trabajar esta habilidad.

2.2. La TCC en la adolescencia

También en el caso de los adolescentes es preciso tener en cuenta una serie de aspectos evolutivos que ejercen un impacto sobre el proceso terapéutico (Belsher y Wilkes, 1994).

Al trabajar con adolescentes se hace necesario **reconocer el egocentrismo** propio de esta etapa del desarrollo. El clínico que reconoce y acepta esta situación parte de ella para indagar y clarificar los puntos de vista y opiniones del adolescente. En caso contrario, es fácil caer en el cuestionamiento o ataque de su egocentrismo

y ello conlleva que el adolescente se sienta incitado a defender sus propias opiniones. Tal y como Belsher y Wilkes (1994) sugieren, el papel del terapeuta consiste en ofrecer opciones, mientras que el adolescente es quien decide la opción a seguir.

Otro aspecto importante en esta etapa es poder **fomentar la colaboración**. Para ello el clínico despliega un esfuerzo consciente por fomentar una relación más igualitaria (siendo preciso no obstante el reconocimiento de poder y estatus entre el joven y el profesional). El terapeuta actúa en este caso como un educador y facilitador, en un espacio donde el joven puede analizar, comprender e identificar otras formas de pensar y actuar, se le ayuda a descubrir posibles soluciones mediante la reflexión.

Debido al egocentrismo del adolescente, es frecuente que se aferre a su perspectiva y coaccione al clínico para que coincida en su punto de vista. Es de gran importancia **mantener la objetividad** y fomentar el empirismo, animando al adolescente a que compruebe su punto de vista y halle evidencias que lo apoyen o lo contradigan.

Una herramienta útil para el clínico en el trabajo con jóvenes, es el cuestionamiento socrático. **Formulando preguntas socráticas** ayudamos al adolescente a analizar, revisar y cuestionar aquello que piensa y cree.

Finalmente, otro aspecto característico de esta etapa del desarrollo son los razonamientos dicotómicos. **Cuestionar el pensamiento dicotómico** es de gran relevancia dado que a menudo se ven reflejados en oscilaciones espectaculares en su estado de ánimo que responden más a este tipo de pensamiento (“estar muy triste” o “estar muy feliz”) que no a que hayan aprendido la amplia gama de posibilidades intermedias que existe entre dos puntos extremos.

3. Los componentes de la TCC adaptados a la infancia y la adolescencia.

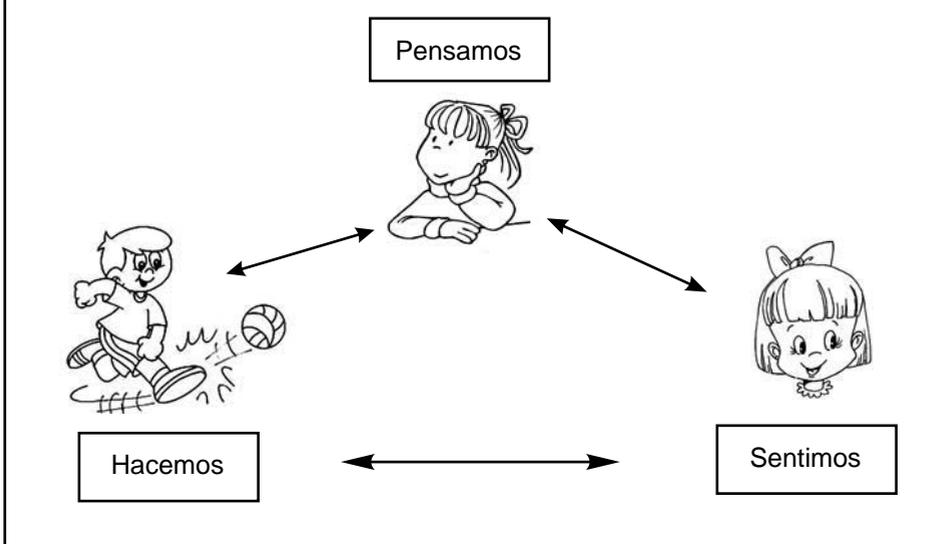
En este apartado nos proponemos ofrecer una visión generalizada de la TCC y su trabajo con niños y adolescentes, y como podemos adaptar los diferentes componentes, conceptos y estrategias de esta técnica terapéutica para facilitar su aplicación a estas etapas evolutivas. Para ello seguiremos las adaptaciones propuestas por Stallard (2007).

3.1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual.

Ofrecemos al niño una psicoeducación respecto a lo que es la TCC, los objetivos que nos planteamos e introducimos los conceptos claves relativos a los pensamientos, los sentimientos y la conducta. Explicamos el vínculo existente entre estos tres aspectos (figura 3), exponemos los tipos de pensamientos (pensamientos automáticos y creencias nucleares) y como estos influyen en las emociones y conducta.

Proponemos al niño ejercicios adaptados a su nivel de desarrollo que le

Fig. 3. Lo que pensamos, hacemos y sentimos



permiten familiarizarse con la observación y registro de sus pensamientos, analizando situaciones tanto positivas como negativas que le permitan observar la conexión entre pensamiento, sentimiento y conducta (véase figura 4 y figura 5).

3.2. Los pensamientos automáticos.

Es importante ofrecer al niño una explicación de lo que son los pensamientos automáticos (PA) así como introducir la triada cognitiva (lo que pienso acerca de

Figura 4. Ejercicio Pensamiento-emoción

Hay cosas que nos pueden hacer sentir tristes o alegres, pero también hay veces que ante una cosa que nos pasa podemos pensar de diferentes formas y dependiendo de lo que pensemos nos podemos sentir más contentos o más tristes. En este ejercicio tienes que unir con flechas lo que piensan algunos niños cuando les pasan ciertas cosas y como se sienten:

Situación:	Si piensa:	Se siente:
Lucía ha perdido en una carrera contra Sandra	Soy un desastre	
	¡La próxima vez ser:	

Figura 5. Lo que pienso, lo que hago o lo que siento.

La lista que viene a continuación, ¿son cosas que piensas, que sientes o que haces?

Situación	Pienso	Siento	Hago
Ir al colegio			
Esto me va a salir mal			
Asustado			
Jugar con mis amigos			
Contento			
Nadie querrá jugar conmigo			
Triste			

mí mismo, acerca de lo que hago y acerca de mi futuro). Se trabaja el análisis de los efectos que tienen los PA positivos y negativos sobre nuestros sentimientos y conducta. Enseñamos también a identificar los PA más comunes y que generan fuertes reacciones emocionales.

Para los niños más pequeños son útiles las viñetas con bocadillos tipo cómic, podemos dibujar o escribir los PA agradables o desagradables y el terapeuta sigue la pista de los temas más importantes que haya detectado. En caso de encontrarnos con dificultades para acceder a los propios pensamientos, resulta útil el *¿qué estarán pensando?*, planteando al niño situaciones con personajes donde el sugiere lo que piensan o nosotros ofrecemos dos o tres sugerencias respecto los pensamientos que pueden estar teniendo (figura 6 y figura 7).

Figura 6. Identificación de pensamientos automáticos para niños más pequeños

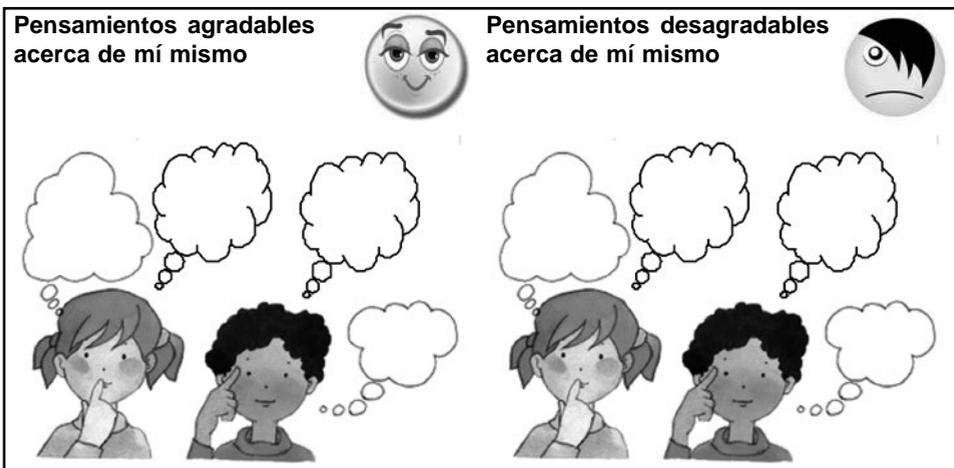


Figura 7. Identificación de pensamientos automáticos para niños más grandes: autoregistro.

Día y hora	Situación ¿Qué, cuando, donde y quién?	Pensamientos ¿Cuáles fueron tus pensamientos?	Sentimientos ¿Qué o cómo te sentiste?

3.3. Los errores de pensamiento: distorsiones cognitivas.

Para trabajar las distorsiones cognitivas en la infancia, enseñamos al niño las modalidades principales de errores de pensamiento adaptadas a su nivel de desarrollo y lo ayudamos a identificar cuáles son las que él suele cometer de forma más frecuente.

Una adaptación muy útil para trabajar en infancia se puede encontrar en el texto de “Pensar bien, sentirse bien” de Stallard (2007). Así, el autor hace adaptaciones tales como:

Los “aguafiestas” hacen que la atención se concentre en las experiencias negativas, al tiempo que pasan por alto cualquier cosa que sea positiva (abstracción selectiva). “Agrandar las cosas” subraya que le concedemos una importancia excesiva a las experiencias negativas (pensamiento dicotómico, generalización excesiva, magnificación) (p.70).

Después de haber presentado al niño las principales distorsiones cognitivas, podemos “iniciar una investigación” en la cual hallaremos las que él comete de forma más frecuente. Para trabajar con adolescentes este apartado resulta de utilidad los autorregistros.

3.4. El pensamiento equilibrado: la reestructuración cognitiva.

Enseñamos al niño, sobre la base de todas las evidencias disponibles que ha aprendido a analizar, a identificar una forma alternativa y más equilibrada de pensar. Ello conlleva la búsqueda de evidencias de todo tipo, comprobar aspectos a favor y en contra de los pensamientos, detectar los posibles errores y reemplazarlos por pensamientos más equilibrados y realistas. Así, el proceso a realizar en este punto es: evaluación cognitiva, comprobación de pensamientos, reestructuración cognitiva, pensamiento equilibrado (figura 8 y 9).

Valorar la intensidad de la creencia antes y después de ponerla a prueba ayuda al niño a entender como los pensamientos automáticos son menos perturbadores si los ponemos en duda y los cuestionamos. Para llevar a cabo esta tarea proponemos al niño el uso del “termómetro mental” (figura 10).

Figura 8. Ejercicio de reestructuración cognitiva para niños edad escolar.

LA PITONISA ISA

Isa está preparando la fiesta de su décimo cumpleaños, está muy atareada comprando con su madre los refrescos y los aperitivos y decidiendo el sabor de la tarta. Pero a este ajetreo Isa tiene añadida una preocupación mayor y es que Isa piensa cosas como: "Seguro que no se lo van a pasar bien", "Todos se van a aburrir", "será un desastre", "no vendrá ni la mitad de gente a la que invité".



1. ¿Hay alguna forma de que Isa sepa lo que va a pasar en su fiesta antes de que suceda?
2. Las cosas que piensa Isa ¿la ayudan en algo? ¿Cómo la hacen sentir?
3. ¿Qué otras cosas podría pensar Isa para no estar tan nerviosa antes de su fiesta?

Figura 9. Reestructuración cognitiva para niños de edad escolar.

Acontecimiento	Emoción	Pensamiento oruga 	¿Puede cambiarse el pensamiento oruga por un pensamiento mariposa?	Pensamiento mariposa 

Figura 10. Termómetro mental.

Termómetro mental



Utiliza la escala para mostrar la intensidad con que crees tus pensamientos



10 Me lo creo muchísimo

9

8

7 Me lo creo bastante

6

5

4 Me lo creo sólo un poco

3

2

1 No me lo creo nada en absoluto

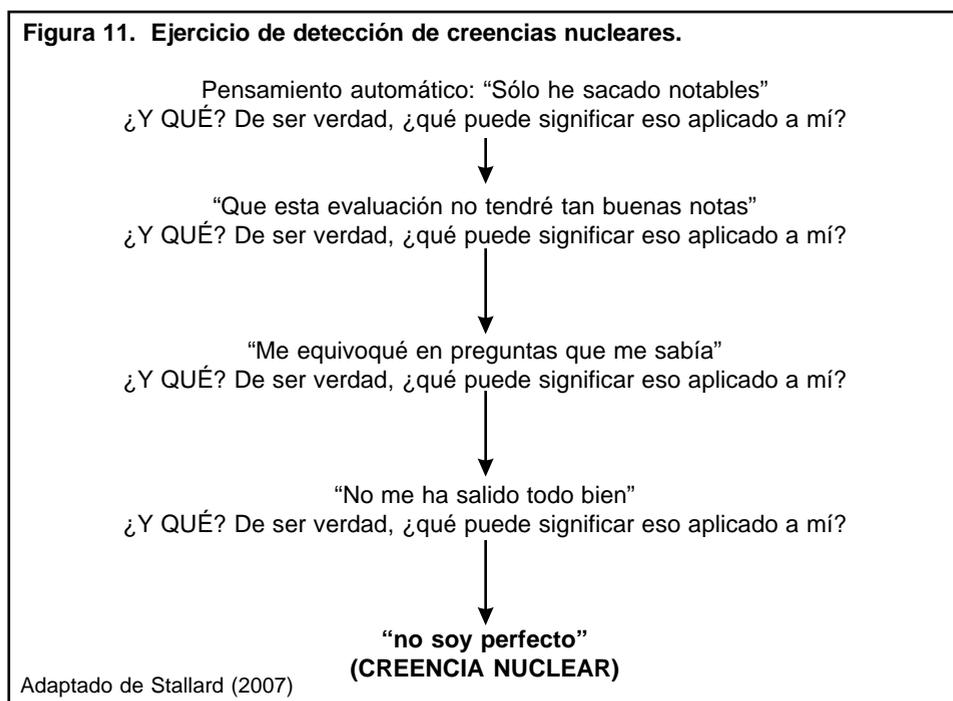


3.5. Las creencias nucleares

El modelo cognitivo plantea que es durante las primeras experiencias y educación temprana cuando se desarrolla una forma bastante fija y rígida de pensar, es decir, lo que se denomina **creencia o esquema nuclear**. A partir de ellas es que evaluamos la información y experiencias novedosas, estableciendo un sistema por el cual seleccionamos y filtramos la información que refuerza nuestras creencias.

Para trabajar este concepto con la población infantil, se utiliza la técnica de la flecha descendente, con el “¿Y entonces qué?” (Burns, 1999). De este modo, descubrimos las creencias nucleares realizando al niño después de cada afirmación la pregunta “¿y qué?” (figura 11). Una vez identificadas, el trabajo está en comprobar la validez de las mismas, para ello podemos utilizar nuevamente el termómetro mental.

Figura 11. Ejercicio de detección de creencias nucleares.



3.6. El control de nuestros pensamientos y sentimientos. La educación emocional.

Una vez el niño ha aprendido a identificar sus principales pensamientos automáticos, sus creencias nucleares y ha comprendido en sí el modelo cognitivo, debemos enseñarle a utilizar estrategias que le ayuden en el control de los pensamientos y sentimientos disfuncionales, favorecer los que son más equilibrados y fomentar las estrategias de afrontamiento (figura 12).

Figura 12. Ejercicio para aprender a controlar pensamientos.

AYÚDALES A SONREIR
Ahora vienen unas situaciones ante las que unos niños piensan ciertas cosas que les hacen sentir mal, ayúdales tú a pensar otras cosas que les hagan sentir mejor:

Marcos ha perdido su boli de la suerte Soy un desastre! 

Pensamientos alternativos:

Mañana es la obra de teatro de fin de curso de Patricia Me saldrá mal, todos se reirán de mí. 

Pensamientos alternativos:



El siguiente paso está en enseñar al niño a identificar y distinguir sus emociones esenciales para poder facilitar una mayor conciencia de su forma de expresarse emocionalmente y las consecuencias que ello conlleva (figura 13 y 14).

3.7. Cambiar la forma de actuar y entrenamiento en solución de problemas.

Al evaluar los pensamientos el niño consigue desarrollar unas cogniciones más equilibradas y funcionales, admitiendo las propias dificultades y limitaciones pero a la vez reconociendo los puntos fuertes y los logros asumidos. En este punto es importante introducir la enseñanza de nuevas habilidades cognitivas tales como aumentar el abanico de respuestas e introduciendo cambios en las formas de actuar, así como el entrenamiento en solución de problemas.

Respecto al abanico de respuestas, se debe aumentar la cantidad de actividades agradables en primer lugar. Posteriormente son útiles estrategias como la división por objetivos, la exposición gradual y la prevención de respuesta.

Por lo que respecta al entrenamiento en solución de problemas, se explican al niño formas de desarrollar habilidades más eficaces, identificando soluciones alternativas y análisis de posibles consecuencias para después subrayar la necesidad

Figura 13. Educación emocional: control de los sentimientos.

Dibújate a tí mismo sentado en este bloque de hielo



Pinta el hielo con un color bonito que sea *frio*.

Escribe cinco frases que puedan enfriarte.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

La próxima vez que estés realmente enfadado y eches humo, imagínate sentado en este bloque de hielo pensando las cinco frases que te enfrían.

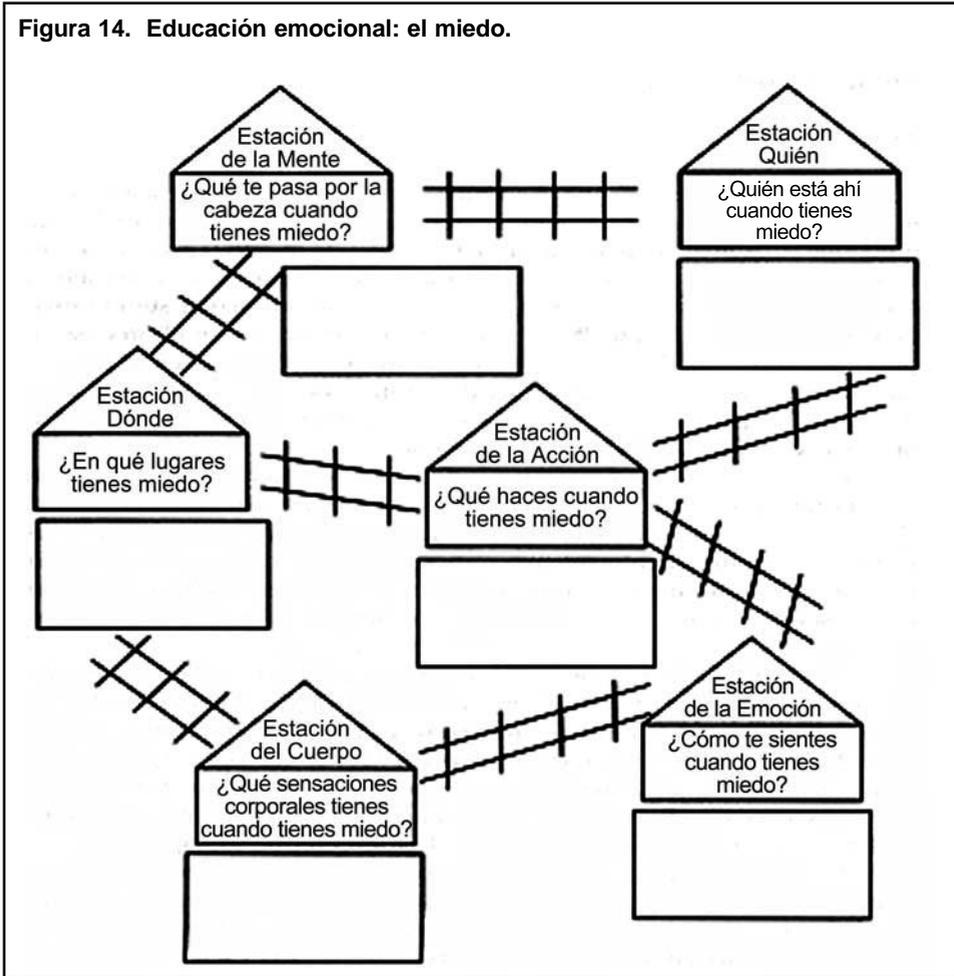
de practicar las nuevas habilidades (figura 15 y 16).

4. Conclusiones.

La aplicación de técnicas de TCC con niños y adolescentes precisa que los clínicos utilicen el marco de la psicología del desarrollo para determinar las estrategias de intervención que resultan más eficaces. Se hace necesario el uso de instrumentos apropiados para evaluar el nivel de desarrollo del niño en sus múltiples ámbitos (cognitivo, emocional y social). Ello nos permitirá obtener información para conocer al niño y poder planificar correctamente su tratamiento.

La TCC en la infancia y la adolescencia debe utilizarse con un vocabulario específico que sea claro y sencillo, teniendo en cuenta las posibles discrepancias entre el lenguaje receptivo y expresivo, que podría afectar la capacidad de los niños para comprender o responder a las demandas terapéuticas.

Figura 14. Educación emocional: el miedo.



Adaptar el tratamiento teniendo en cuenta estos aspectos tiene un impacto sobre las intervenciones de TCC realizadas a niños y adolescentes y por lo tanto reduce el tiempo necesario para aliviar los síntomas y mejorar el funcionamiento global.

En la actualidad, se han desarrollado diferentes adaptaciones de la TCC a la infancia y la adolescencia que cuentan con evidencia de eficacia: es el caso del programa *Coping Cat* (Kendall y Hedtke, 2006) para niños con trastornos de ansiedad; el programa de *TCC focalizada en el niño y la familia* para el Trastorno Bipolar (Pavuluri, Graczyk, Henry, Carbray, Heidenreich y Miklowitz, 2004); o el programa *Coping Power* (Lochman, Wells y Lenhart, 2008) para el tratamiento de los niños con Trastorno oposicionista desafiante y problemas de conducta.

A pesar de todos ellos existe cierto prejuicio acerca de que la TCC en niños no

Figura 15. Técnica del semáforo para el entrenamiento en solución de problemas.

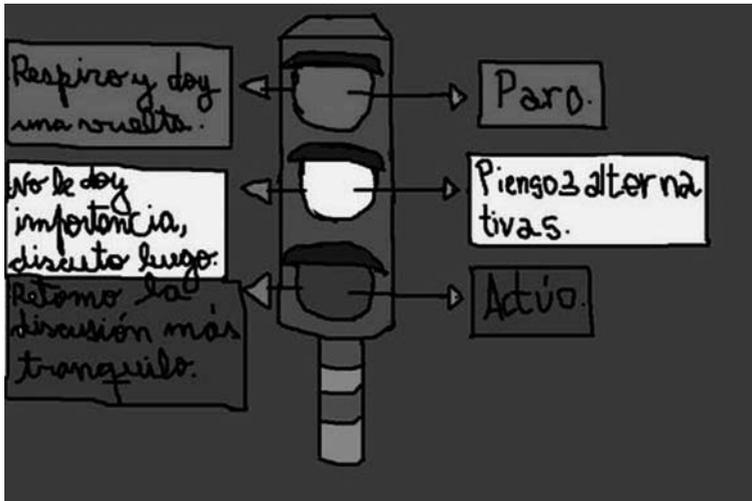
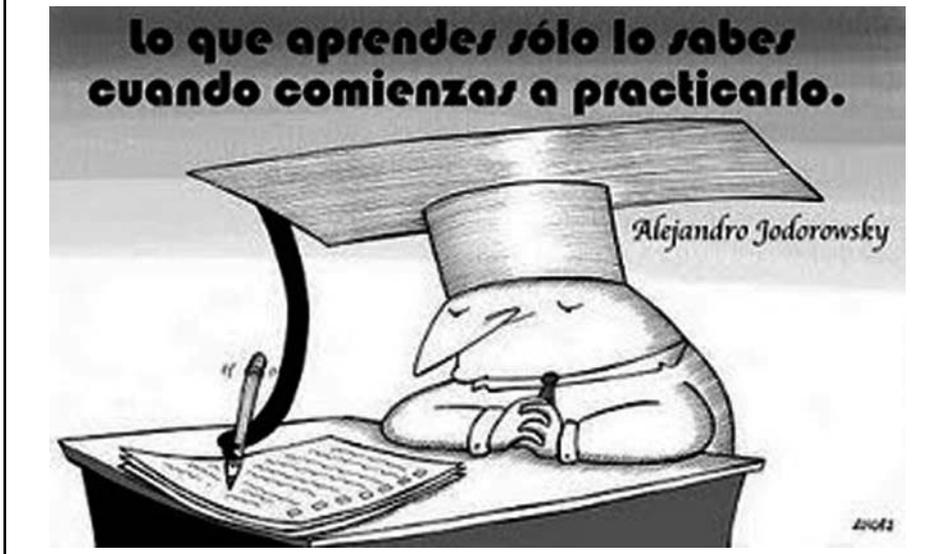


Figura 16. Reforzar la puesta en práctica de las nuevas habilidades.



se podría realizar por cuestiones referidas al nivel de desarrollo cognitivo o a que el “aparato psíquico” del niño no es apto para dicha modalidad terapéutica.

Al respecto, creemos que la evidencia actual pone de manifiesto que la TCC puede realizar una importante contribución en el tratamiento de una amplia gama de trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia. No obstante, se

necesita seguir investigando en poblaciones clínicas con diseños y proyectos adecuadamente adaptados al tipo de población. Se precisa de modelos cognitivos apropiados desde el punto de vista evolutivo, con una buena comprensión de las alteraciones emocionales y conductuales en niños y adolescentes, así como definir de forma más precisa la TCC aplicada a esta población.

Pese a existir un creciente interés en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual a niños y adolescentes, es importante reconocer que la evidencia empírica y la base teórica de las cuales disponemos en relación con este grupo de pacientes es más limitada, en contraste con la población adulta.

Se precisan modelos cognitivos teóricos adecuados a nivel evolutivo que expliquen los problemas emocionales y conductuales de los niños y adolescentes. A su vez, es necesaria la adaptación de las técnicas de la terapia cognitivo-conductual al momento evolutivo que posee el niño o adolescente con el cual vamos a trabajar. Ello conlleva una mejora sustancial en la eficacia de la aplicación de la TCC.

En este artículo llevamos a cabo una revisión de los principales componentes de la TCC y cómo podemos adaptarlos para trabajar en la etapa infanto-juvenil integrando, a su vez, los aspectos del desarrollo evolutivo que sin duda influyen en la eficacia del tratamiento.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual; nivel de desarrollo; pensamientos, sentimientos, conducta.

Referencias bibliográficas

- Belsher, G. y Wilkes, T.C.R. (1994). Ten Key principles of adolescent cognitive therapy. En T.C.R. Wilkes, G. Belsehr, A.J. Rush y E. Frank (eds). *Cognitive therapy for depressed adolescents* (pp. 22-45). Nueva York: Guilford.
- Burns, D.D. (1999). *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós.
- Doherr, E.A., Corner, J.M. y Evans, E. (1999). *Pilot study of young children's abilities to use the concepts central to cognitive behavioural therapy*. Manuscrito inédito. Norwich: University of East Anglia.
- Durlak, J.A., Wells, A.M., Cotto y J.K. y Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 141-148.
- Frankel, S.A., Gallerani, C.M. y Garber, J. (2012). Developmental considerations across childhood. En E.Szigethy, J.R. Weisz, R.L.Findling, *Cognitive-Behavior Therapy for children and adolescents* (pp. 29-65). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hughes, J.N. (1988) *Cognitive behaviour therapy with children in schools*. Nueva York: Pergamon Press.
- Kendall, P.C. y Chansky, T.E. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered youth. *Journal of Anxiety disorders*, 5, 167-185.
- Kendall, P.C., Choudhury M.S., Hudson, J.L. y Webb, A. (2002). *The C.A.T project manual: Manual for the individual cognitive-behavioral treatment of adolescents with anxiety disorders*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. y Hedtke, K. (2006). *Cognitive Behavioural therapy for anxious children: Therapist Manual, 3rd Edition*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Litschge, C.M., Vaughn, M.G. y McCreia C. (2010). The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: an overview of meta-analytic studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 21-35.

- Lochman, J.E., Wells, K. y Lenhart, L. (2008). *Coping Power: Child Group Facilitator's Guide*. New York: Oxford University Press.
- Pavuluri, M.N., Graczyk, P.A., Henry, D.B., Carbray, J.A., Heidenreich, J. y Miklowitz, D. J. (2004). Child and family focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: Development and preliminary results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 528-537.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Verduyn, C. (2000). Cognitive behaviour therapy in childhood depression. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5, 176-180.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A., y Morton, T. (1995). *Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies*. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Weisz, J.R., McCarty, C.A. y Valeri, S.M. (2006). *Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis*. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.
- Young, J. y Brown, P.F. (1996). *Cognitive behaviour therapy for anxiety: practical tips for using it with children*. *Clinical Psychology Forum*, 91, 19-21.

INTERVENCIÓN CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Noemi Balmaña Gelpí

Hospital Universitari Mutua de Terrassa

IDAPP (Institut de Diagnostic i Atenció Psiquiàtrica i Psicològica)

Sergi Corbella

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull

IDAPP

In the recent decades, research on the detection, diagnosis, and intervention of the autism spectrum disorders has increased; the concept of autism has changed and so have its diagnosis and treatment. The present article describes the most recent studies in the field of autism spectrum disorders with the purpose of giving a global view of its conceptualization, assessment and therapy. The information is completed with the description and therapeutic approach of a clinical case.

Keywords: autism spectrum disorders; conceptualization; diagnosis; treatment

Introducción

En los últimos años ha aumentado el interés por el estudio de la detección, diagnóstico e intervención de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Desde la comunidad científica se ha trabajado para que exista el máximo consenso acerca de los instrumentos de detección y diagnóstico, lo que ha permitido una mejor y temprana detección y diagnóstico de estos casos en los últimos años.

Paralelamente, a medida que ha aumentado el interés y estudio de los TEA, también ha ido modificándose la conceptualización de lo que entendemos por Autismo o Espectro Autista, ampliándose el abanico de manifestaciones de síntomas clínicos que se incluyen en las dimensiones de alteraciones presentes en dicho trastorno. De manera que, el término de Trastornos Generalizados del Desarrollo utilizado en el DSM-IV (1994) y la CIE-10 (1993) ha evolucionado en los últimos años hacia una comprensión dimensional bajo el nombre de Trastornos del Espectro

Autista (TEA). Bajo esta nomenclatura se incluye tanto el grupo de TEA con dificultades graves de lenguaje, comunicación, conducta social aislada y presencia de conductas repetitivas, intereses restrictivos y alteraciones sensoriales con comorbilidad con Retraso Mental. Como el grupo de niños/as que, aún presentando un lenguaje y capacidad intelectual preservada, se observan alteraciones y dificultades en lo referente a la comunicación pragmática; dificultades para relacionarse e interactuar con sus iguales de forma efectiva y recíproca; presencia de intereses cualitativamente más sofisticados (como interés en animales, o deportes o planetas, por ejemplo), pero de poco uso social puesto que funcionan como bloques temáticos obsesivos que van cambiando; y por último, a menudo presentan alteraciones sensoriales que les producen malestar en su adaptación funcional en el día a día.

A partir de la nueva publicación del DSM V, la propuesta es hacer desaparecer la actual categoría diagnóstica Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), así como los subtipos de categorías diagnósticas que (Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo infantil, Trastorno Generalizado del Desarrollo No especificado) para introducir una única nomenclatura: Trastorno del Espectro Autista (TEA). Con ello se pretende matizar los TEA según la sintomatología propia de cada paciente en base a criterios de *especificadores clínicos* (severidad, habilidad verbal, etc.) y *características asociadas* (cuadros médicos asociados, dificultades cognitivas, etc). El Síndrome de Rett no estará incluido específicamente en TEA aunque podrá diagnosticarse como un cuadro médico asociado a TEA dentro de la categoría de TEA asociada a cuadros médicos. En el DSM V los TEA tendrán en común la afectación en dos dimensiones de conducta (no en tres como en el DSM IV-TR). La primera dimensión es presentar dificultades en el área de la comunicación social. La segunda dimensión es presentar alteraciones en dos áreas: patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses o resistencia excesiva a los cambios o comportamientos sensoriales inusuales. El diagnóstico clínico deberá especificar la gravedad (en relación al grado de dependencia), la competencia verbal, la capacidad intelectual y el curso evolutivo así como la presencia o no de otros trastornos asociados (trastornos genéticos, discapacidad intelectual y epilepsia).

La evolución tanto en la conceptualización de los TEA como la mejora en los instrumentos de detección y diagnóstico ha contribuido a que a nivel epidemiológico exista un aumento en la prevalencia de los Trastornos dentro del Espectro Autista, pasando de alrededor de 5 por cada 10.000 habitantes en 1996 a 1 por cada 89 según los últimos datos del *Center for Disease Control and Prevention de Estados Unidos* (CDC, 2012).

La etiopatogenia de los TEA continúa siendo desconocida aunque los estudios con gemelos y familiares muestran una fuerte base genética en los TEA. En la actualidad se llevan a cabo cada vez más estudios de genética en población con TEA utilizando procesos sofisticados y caros como son los análisis de la expresión de

ciertos genes en el desarrollo del trastorno (*microarrays*) (Toma et al., 2011; Scherer et al., 2011). A su vez, se continúa investigando posibles mecanismos epigenéticos que intervienen y se relacionan con el autismo, como podrían ser complicaciones obstétricas como la preeclampsia (Mann et al., 2010), nacimientos prematuros o de bajo peso, o edad avanzada del padre y/o la madre (Foldi et al., 2011), o fumar durante el embarazo (en este caso no se ha encontrado relación con el autismo, Lee et al., 2011).

En lo referente al riesgo de recurrencia de tener más de un hijo con autismo cuando ya se ha tenido uno, hasta el momento la probabilidad se estimaba en un 3% - 10%. Sin embargo, el equipo de Ozonoff y col. (2011) en un estudio multicéntrico en diferentes países (*The Baby Siblings Research Consortium*), publica que la recurrencia de tener otro hijo con TEA es mayor que la que sugerían estudios anteriores.

Signos tempranos e instrumentos de detección para la población TEA

El diagnóstico de los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) continúa siendo principalmente clínico, sin existir ninguna prueba médica o neuropediátrica que confirme o descarte el diagnóstico (a pesar de los avances en el conocimiento sobre los aspectos genéticos y del neurodesarrollo implicados en la etiopatogenia). Es por ello que resulta fundamental la sensibilidad e interés por parte de los profesionales en el campo de la pediatría y de la educación en la detección de signos de riesgo de un niño/a de padecer autismo, para proceder a la pertinente derivación a un especialista formado en los instrumentos de detección y evaluación e iniciar la intervención sin demora.

En los últimos años el estudio y detección de los signos precoces de autismo ha sido uno de los campos de estudio de los TEA más desarrollados por equipos como Bryson y cols. (2008) en Canadá, desarrollando la conocida escala *The Autism Observation Scale* para Niños (AOSIS). En ambos casos, se describe que es esperable en diferentes áreas del desarrollo según la edad del niño/a. Algunos de los signos de alarma descritos relacionados con sospecha de padecer TEA en niños/as de los 12 a los 18 meses son: disminución del contacto ocular, disminución de la atención conjunta, falta de señalamiento para pedir como, sobre todo, para compartir (señalar por el mero hecho de mostrar y compartir algo que le ha llamado la atención y quiere compartirlo con su progenitor o adulto de referencia), disminución del balbuceo, falta de lenguaje, disminución de la respuesta social recíproca como alteración en la iniciación del juego simbólico e interacción social con iguales (Zwaigenbaum, 2010, Ozonoff, 2008; Bryson, 2008). En los casos que se presenta gran parte de dichas dificultades, se debe iniciar una intervención por un especialista y reevaluar el niño/a en su evolución a los 30 - 36 meses, que será cuando se podrá realizar un diagnóstico de forma más fiable. Otros estudios relacionados con signos precoces son los que se centran en investigar el seguimiento de la mirada (Klin 2009;

Klin 2008; Jones, 2008).

En cuanto los instrumentos más utilizados por profesionales de unidades especializadas para el diagnóstico de los niños/as con Trastorno del Espectro Autista son el *Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R, Lord, C. et al. 1994) como entrevista semiestructurada a padres y el *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS-G, Lord et al., 1989) como entrevista semiestructurada al paciente.

Intervención en los niños/as dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

A partir de los años 60, el tratamiento de los niños/as con Autismo hizo un giro importante, pasando de un planteamiento de intervención psicológica, en el que se creía que el origen del trastorno era provocado por una relación de privación emocional del niño/a por parte de sus padres a intervenciones educativas, donde se empezaban a aplicar los principios del modelo cognitivo-conductual.

Son muchos los tratamientos para niños/as con Autismo que han ido apareciendo a lo largo de los años y que hacen referencia a mejoras espectaculares e incluso, en algunos casos, la supuesta “curación” que han obtenido los niños/as, aunque en la mayoría de los casos sin ninguna base empírica para poder replicar los resultados. Hasta el momento se sabe que no hay curación para las personas dentro del espectro del autismo. Sin embargo, existe una fuerte evidencia de que: a) una aproximación educativa adecuada de larga duración; b) un adecuado apoyo familiar; c) una adecuada formación a los profesionales acerca del trastorno; y d) el despliegue de servicios de calidad en la comunidad; todo ello ofrece y facilita mejoras significativas para las personas dentro del espectro del autismo y sus familiares (Barthélémy y col., 2008).

Si se quiere profundizar en los tratamientos para el Autismo que han recibido más apoyo en los últimos años, se invita a leer a Howlin (2004, 2005, 2006), quien los explora de manera detallada describiendo el marco teórico en que se basan, en qué consiste la intervención y los resultados de efectividad obtenidos. Ello permite ofrecer a las familias, así como profesionales, datos empíricos que permita la elección, recomendación o descarte de un programa de intervención de forma bien documentada.

En la actualidad la visión compartida acerca del tratamiento que deben seguir los niños/as con autismo, incluye tanto el conocimiento científico como la experiencia profesional. Los estudios recientes acerca de la evidencia de la intervención para las personas con autismo concluyen que son pocos los programas de intervención que cumplan los criterios metodológicos necesarios como los aplicados en el campo de la medicina. Sin embargo, el trabajar para dicho propósito va creciendo, realizando estudios con grupos control. Así mismo, los estudios de mejoras se centran en objetivos a corto plazo, siendo difícil extrapolar los resultados a largo plazo, y hasta qué punto mejoran la calidad de vida de la persona con TEA. Teniendo

en cuenta éstas, así como muchas otras limitaciones metodológicas, la *American Psychiatric Association* (2010) ha propuesto la práctica psicológica basada en la evidencia científica que surge tanto de la investigación como del juicio clínico de profesionales con experiencia, en un marco comprensivo del trastorno del espectro del autismo y que debe ajustarse a las características particulares de cada individuo.

No existe un único tratamiento posible para la intervención dirigida a personas con TEA, aunque en los últimos años se han buscado los factores comunes de las intervenciones con mejores resultados. Wallace y Rogers (2010) describen 4 factores comunes de 32 estudios experimentales controlados con un alto rigor metodológico que intentaban demostrar la eficacia de su intervención en niños/as con TEA; y los factores son: (1) la participación de los padres en el tratamiento valorándose tanto su capacidad de receptividad y sensibilidad con las señales del niño/a afectado, como su disposición para la enseñanza de estrategias dirigidas a la estimulación de las dificultades de su hijo/a; (2) la individualización de un programa ajustado al perfil de desarrollo de cada niño; (3) el marcar objetivos de aprendizaje a corto plazo y que se revisan de forma periódica, y (4) iniciar intervención de forma temprana, intensiva y extensible en el tiempo.

En otros estudios (Roberts, 2004) también se hace referencia a la importancia de aplicar intervenciones donde: a) se ofrezca a la familia del niño/a con TEA estrategias de afrontamiento de sus problemas de conducta, como de estimulación de todas las áreas afectadas; b) Intervenciones que den énfasis a potenciar las habilidades de comunicación y lenguaje, así como de habilidades sociales; c) Intervenciones que creen programas individualizados para cada niño/a que se ajusten a sus competencias intelectuales y de lenguaje, adaptándose al contexto tanto familiar como educativo; d) Intervenciones estructuradas que tengan presente la adaptación del entorno a las necesidades de predictibilidad y estabilidad que facilita a las personas TEA la comprensión de lo que pasa, pasará y que se espera de ellas; e) intervenciones que creen programas estructurados que permita una evaluación fiable de los objetivos conseguidos; f) la creación de intervenciones psicoeducativas que busquen la funcionalidad y la generalización de los aprendizajes en todos los contextos y, por último, g) iniciar la intervención lo más temprana y continuada posible, lo que implica fomentar el trabajo interdisciplinario y en red del sistema tanto sanitario como educativo.

En esta línea, se hace especial hincapié en centrar la intervención en la creación de programas educativos que permitan el desarrollar y mejorar las competencias de comunicación, así como las de tipo social, como todo lo que hace referencia a mejorar los recursos del apoyo comunitario para la mejor adaptación funcional de dichas personas. También en ocasiones dichos programas se deben complementar con medicación y otros programas terapéuticos, como los programas para problemas específicos de conducta. Así mismo, la sintomatología asociada o trastornos comórbidos se deben intervenir a nivel básico con los mismos principios que con

la población general pero adaptando la intervención a las particularidades de cada caso (con TEA) siempre que sea posible.

El modelo cognitivo-conductual aplicado a los niños/as dentro del Espectro del Autismo es el modelo más establecido y el que tiene más estudios publicados que demuestran su eficacia durante las tres últimas décadas (Howlin & Rutter, 1987; Fenske y col. 1985; Rogers & DiLalla, 1991; Hoyson y col. 1984; Harris y col., 1990; Howlin et al, 2009). Dicho modelo basa su intervención en la implementación de procedimientos y técnicas cognitivo – conductuales para mejorar las diferentes áreas de afectación, disminuyendo los problemas de conducta, y mejorando los aspectos sociales, de comunicación y alteraciones cognitivas.

El currículum de los programas actuales (como p.ej.: el Método TEACHH) se basan en potenciar las habilidades de estos niños/as y en poder sustituir los comportamientos más disfuncionales e inapropiados por actos de comunicación donde puedan expresar aquello que necesitan (Mesibov & Shea, 2010). Se ha demostrado que dicha población tiene mayor capacidad de aprendizaje cuando se les proporciona el ambiente especial adecuado. La característica básica de este ambiente adecuado es la adaptación individual y personalizada de las características ambientales y de la tarea que dependerán del nivel de funcionamiento intelectual del niño/a. A su vez, se debe intentar que los objetivos de aprendizaje sean el máximo de funcionales posibles de manera que aquello que se enseña se podrá generalizar a la vida del niño/a para facilitar así la convivencia y adaptación de la persona.

En la planificación de una intervención de un caso dentro del Trastorno del espectro del autismo es fundamental: A) Entender y conocer conceptualmente el Trastorno Autista y su diversidad. B) Valorar los signos de buen pronóstico del niño/a, que en los casos de Autismo son: su capacidad intelectual (capacidad no verbal <70) y la presencia de lenguaje antes de los 5 años. C) Analizar los recursos y déficits de cada área del desarrollo afectada para planificar los objetivos y estrategias de intervención óptimas. D) Analizar la dinámica familiar (número de hijos, recursos intelectuales, emocionales y económicos...). E) Analizar el contexto escolar. F) Planificar una intervención basada en un enfoque integrado y global.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriormente desarrollados, a continuación se describe las dificultades en el desarrollo de un caso, como los objetivos de trabajo y el proceso terapéutico llevado a cabo con un niño de 8 años con un trastorno del espectro del autismo de alto funcionamiento intelectual.

Descripción de dificultades y abordaje terapéutico de un niño con Autismo de alto funcionamiento.

M. es un niño de 8 años que sus padres consultan preocupados por sus dificultades de relación social así como las dificultades en los aprendizajes en el ámbito escolar. Solicitan diagnóstico así como pautas de intervención para poder abordar sus dificultades.

M. es el hijo mayor de una familia formada por sus padres de origen inglés y español y su hermano de 2 años. La familia viene con un informe previo en el que se le ha administrado una prueba de capacidad intelectual (WISC-III) con los siguientes resultados: en las pruebas verbales su rendimiento se sitúa en una puntuación típica (PT) de 84, resultado dentro de la franja baja de la normalidad estadística según los niños/as de su misma edad cronológica. Su rendimiento en las pruebas manipulativas fue de PT: 98, resultado que lo sitúa en la franja de la normalidad estadística según los niños/as de su misma edad cronológica. El CI total fue de 89, resultado dentro de la franja baja de la normalidad estadística según los niños/as de su misma edad cronológica.

A nivel de desarrollo, la familia refiere una adquisición de lenguaje más bien precoz para ambos idiomas (español e inglés), mientras que, aunque gateó temprano, no caminó hasta los 24 meses.

A nivel de sociabilidad, la madre describe que M ya desde pequeño no mostró nunca interés por los otros niños, sino que “era como si les tuviese miedo”, y en otras ocasiones como si no estuviesen. No se aproximaba a ellos en el parque u otros lugares, y cuando se acercaban a él, se giraba y se iba, los evitaba y rechazaba. A medida que fue haciéndose mayor, aumentó su respuesta a las aproximaciones de otros niños, pero entonces lo que observaron los padres es que mostraba dificultades para interactuar de manera apropiada; según la madre, mostraba y muestra una falta de habilidades sociales, siendo en la actualidad el hacer bromas o decir tonterías, el vehículo que utilizaba y utiliza para relacionarse. En la interacción con ellos, suele querer imponer las normas del juego, forzándoles a jugar a lo que él quiere (habitualmente relacionado con el interés del momento, como sería, representar escenas de la película de “Solo en Casa”); si no aceptan a jugar como él indica, amenaza a no volverlos a invitar a casa

En el área de juego e intereses, la madre describe que M. presentó dificultad desde pequeño para entretenerse de manera apropiada, se aburría todo el tiempo, no sabía ni le interesaba jugar con los juguetes y actividades propias de su edad y, en cambio, mostraba fascinación por objetos peculiares, como por ejemplo, las lámparas. La madre explica que mientras ella iba a comprar, M. pedía quedarse siempre en una tienda de lámparas donde le conocían por quedarse fascinado mirando los diferentes tipos; este era uno de los pocos contextos donde se comportaba correctamente. M. no ha realizado nunca juego simbólico y su juego ha sido basado en las construcciones de coches o contextos relacionados, de tipo repetitivo. Poco a poco ha ido adquiriendo curiosidad por el funcionamiento mecánico de los coches, hasta un interés repetitivo alrededor de las cilindradas de los mismos en forma de monólogo dando siempre la misma información. Sin embargo, la madre comenta que este año ha sido la primera vez que tras ver la película “Solo en casa”, empezó su interés (y posterior obsesión) por la misma., M. busca representarla en todo momento, mostrando cierta imaginación, aunque

basada en la reproducción de situaciones que ha visto en la película como, pintarse la cara de negro e intentar poner una trampa en casa para que le caiga una plancha encima, sin anticipar que la plancha hubiera podido hacer daño a la persona que le cayera encima. M. no es capaz de medir las consecuencias de sus actos, y el daño que podría causar, de manera que la madre debe de estar atenta constantemente y explicarle qué cosas puede o no representar, y que debe usar material de juguete. Según la madre, con el tiempo ha ido teniendo temáticas de interés de tipo obsesivo y repetitivo, no compartiendo el interés de manera recíproca y variada con sus iguales. Algunas de estas temáticas han sido el modernismo: realizar casitas de madera con sus piezas; pero no juega, sino que ordena y coloca. No acepta la intromisión de los otros en este juego; no busca compartirlo, pero puede enseñar en alguna ocasión lo que ha hecho. También se ha interesado por los planetas, lámparas y música clásica (instrumentos y siempre con la misma canción). Las temáticas pueden dirigirse a una tendencia al coleccionismo, como la época que se dedicó a coleccionar y guardar campanas. En esa época desarrolló un ritual (de 3 a 4 años) que consistía en ir a la iglesia del pueblo a escuchar como sonaba la campana a las 18 horas o si no cogía una fuerte rabieta. La jardinería también fue uno de sus intereses, pero no de manera tan obsesiva. Otro interés particular es su tendencia a observar el aspecto físico de las personas, fijándose en el pintalabios que lleva, tacones, collares, color de los vestidos... la madre expresa que cada día se fijaba en cómo iba vestida una persona para luego comentárselo, mientras que no le explicaba otras cosas propias de la edad, como podría ser lo que ha hecho en el colegio, con quien ha jugado, etc... la conversación estaba y está centrada en sus temas de interés. En ocasiones dichos intereses pueden generar comentarios inapropiados como el que le hizo a la enfermera después de un año de no verla “¿por qué te has cambiado el pelo, así estás más vieja?”.

A nivel de conducta, M. es un niño escrupuloso y preocupado por la limpieza y, a los 2-3 años se tenía que lavar las manos todo el tiempo. La madre expresa su buena memoria de tipo selectivo dirigido a sus intereses, así como su sensibilidad aunque no empatía y reconocimiento de las normas sociales apropiadas. En ocasiones realiza comentarios inapropiados que pueden herir a los sentimientos de los demás sin él anticiparlo. Sin embargo, como se expresaba con anterioridad, si se da cuenta de la reacción emocional negativa del otro, intenta consolar y muestra arrepentimiento. Es un niño muy inocente, impulsivo y con gran inquietud motora. Por último, M. presenta hipersensibilidades sensoriales de tipo visual y olfativo, como percibir si se ha tomado café, cierto mal aliento... siendo capaz de decir que un compañero ya no es su amigo porque le huele mal el aliento. Otras manías es llevar la cremallera de la chaqueta siempre subida hasta arriba, aunque le moleste o tenga calor, así como no querer que sus padres se abracen, rechazar el contacto físico, e incluso cuando le quieren agradecer un regalo que él ha hecho.

Por último, M. presenta conductas repetitivas de tipo verbal en situaciones que

le generan ansiedad como es separarse de su madre antes de entrar en el colegio, preguntándole 5 veces antes de salir de casa aún sabiendo la respuesta “¿voy a quedarme a comer en el colegio?”. En general, presenta muchos miedos, irritabilidad y malestar excesivo ante situaciones nuevas o cambios, de manera que los cambios se le anticipan a corto plazo. La madre expresa que M. es un niño ansioso y somatiza su malestar a través de vómitos por las mañanas antes de ir al colegio porque no quiere ir a natación o no quiere hacer matemáticas. Otras situaciones que le han generado malestar han sido el que su madre se quedase sola en casa por el miedo que le pudiese pasar algo, miedo a que suceda algo catastrófico que causase daño a los padres, miedo a dormir fuera de casa, miedo a estar solo en casa... expresando su malestar a través de vómitos, lloros, preguntas repetición con necesidad de control del entorno y ansiedad de separación con la madre.

A nivel escolar, la maestra expresa que este año M. ha realizado una evolución positiva en lo referente a su integración en dinámicas grupales dado que ha pasado de rechazar dichas actividades a tolerarlas, aunque continúa siendo poco participativo, retraído y poco comunicativo. En cuanto a los aprendizajes, le va bien aquello que es concreto, mientras que lo abstracto, no lo entiende y requiere de mucha ayuda para el procedimiento. Presenta un retraso en las matemáticas, escritura y comprensión lectora, mostrando perseverancia cuando no le sale una palabra y no puede continuar y seguir adelante. Confunde algunos sonidos para escribir, como son la p-b ([tiempo]) o c-g ([custaria]) o la t-d. Realiza muchas faltas en una copia, saltándose líneas... Su lectura es lenta, sin puntos, ni comas ni modulación.

Devolución

Para la devolución a los padres, se fue realizando una descripción por áreas del cuadro sintomático de M. con la información recogida del ámbito familiar, escolar como de la entrevista con M. El proceso de devolución tiene como finalidad el confirmar que la visión del profesional con respecto a M. es la misma que tienen los padres, lo que les permite entender, aceptar e incorporar mejor un diagnóstico. El cuadro de dificultades de M. es compatible con un Trastorno del Espectro del Autismo y, más concretamente, con un Síndrome de Asperger según DSM-IV, con comorbilidad con un cuadro de ansiedad generalizada, y dificultades en los aprendizajes de la lectoescritura.

Objetivos de trabajo

Se plantea una intervención cognitiva conductual adaptada a las características de M. i que trabaje sus dificultades de desarrollo personal, como de adaptación familiar y escolar, con objetivos de trabajo dirigidos a mejorar: a) su comprensión socio-emocional a través de un trabajo individual con la madre y posteriormente en un contexto grupal con otros niños/as con las mismas características; b) su comunicación social recíproca; c) sus áreas de interés y aplicabilidad en situaciones

sociales y d) proporcionar estrategias de afrontamiento ante la ansiedad de separación.

A nivel académico, los objetivos de trabajo fueron: a) Trabajar los hábitos de estudio; b) realizar una adaptación curricular en las asignaturas matemáticas y lenguas con el objetivo de reducir el estrés en estas áreas y poder fomentar hábitos de trabajo; c) ofrecerle estrategias de afrontamiento para disminuir la ansiedad en el centro escolar; d) recomendar una evaluación psiquiátrica para valoración de prescripción farmacológica si se mantiene la ansiedad y síntomas somáticos tras dos meses del inicio de la intervención; e) reevaluación de sus capacidades cognitivas tras un año de intervención; f) derivación a neurología para descartar patología orgánica pertinente y, por último, g) realizar una coordinación con el centro escolar para compartir los objetivos de trabajo, como los procedimientos para llevarlos a cabo.

Proceso terapéutico

El establecimiento de la alianza de trabajo con M. fue rápida ayudado por el hecho de iniciar la primera sesión hablando de sus intereses del momento (hablar de lo que le gusta cultivar en su huerto familiar, hablar de la película de “Solo en casa”). Desde la primera sesión se le anticipó la frecuencia con la que nos veríamos (semanalmente), como la finalidad de las mismas: hablar de lo que le cuesta para buscar una solución, así como compartir un rato para jugar y hablar de aquello que nos interesa al final de la sesión.

Desde el principio se le anticipó la estructura que habitualmente se llevaría a cabo a lo largo de las sesiones: primero se hablaría de cosas que le hubiesen sucedido durante la semana, después se abordaría algún tema de comprensión social, y siempre se finalizaría la sesión con un juego o visualización de algún vídeo o búsqueda por internet de algún tema que a ambos nos interesase.

El poder anticipar lo que sucedería en las sesiones, como el jugar o hablar de algún tema de su interés fue de gran ayuda para que M. disminuyese su ansiedad, así como que se involucrara en el proceso terapéutico.

La madre ha sido la persona que ha llevado en todo momento a M. a las sesiones y con la que se ha llevado a cabo el seguimiento del proceso terapéutico puesto que trasladaron al padre a trabajar a Inglaterra la mayor parte del tiempo. Con el hermano se han llevado a cabo algunas sesiones de forma conjunta.

Con la madre se estableció que la comunicación con la terapeuta se realizaría sobretudo vía email y de forma semanal, informando de cualquier incidencia, conflicto, dificultades o dudas que le pudiesen surgir. Ello permitía centrar todo el tiempo de las sesiones a poder trabajar con M. así como que la información fluyese fácilmente (siendo muy importante que la terapeuta estuviese informada de los posibles conflictos de M. con anterioridad para poderlos abordar o provocar en caso que M. no los comentase).

Para trabajar la comprensión social, se utilizó material visual de diferente tipo (tarjetas de situaciones con alto contenido emocional, viñetas, historias de conflictos, vídeos seleccionados de series o películas escogiendo gags de 2-4 minutos...).

A partir de la quinta sesión se valoró que se había establecido una buena vinculación/alianza con la terapeuta, de manera que la madre podía empezar a entrar los últimos 15 minutos de la sesión para acordar objetivos de trabajo a llevar a cabo en casa y para valorar los avances logrados de forma conjunta.

Uno de los objetivos de trabajo que se realizó conjuntamente con la madre fue la gestión de la organización de los estudios como del tiempo libre. Para ello se ofreció a la familia la aplicación informática de libre distribución llamada “Ara Word” que tiene diferentes utilidades. Para el caso de M., se utilizó para realizar un horario con imágenes de sus responsabilidades al llegar a casa después del colegio: se cuelga la chaqueta en colgador, se guarda la mochila en la silla, se va a merendar, después se pone hacer deberes, luego puede jugar un rato, ducha, cena y dormir. El hecho de tener un horario vertical con imágenes, fue de gran ayuda como sistema de anticipación de lo que tenía que hacer y evitar problemas de conducta, como una buena herramienta de organización y soporte visual.

Uno de los objetivos de trabajo del área de la pragmática era enseñarle a M. cómo debía de conversar con los demás evitando realizar monólogos. Para ello se grabó una conversación libre con la terapeuta, que se analizó posteriormente con él y le ayudó a tomar conciencia de lo que hacía. Se le tubo que enseñar específicamente como podía continuar una conversación: preguntando lo mismo que se le preguntaba, por ejemplo si se le preguntaba “¿dónde has ido este fin de semana?”, tras responder, él podía preguntar lo mismo, por ejemplo, “he ido en bici, ¿y tú?”; se le enseñó a aportar más información personal en referencia a lo que se le preguntaba, o hacer comentarios sobre lo que la otra persona explicaba. Los comentarios podían hacer referencia a: algo positivo referente al tema: Ej: “que bien que hayas ido en bici, que chulo!, Te lo has pasado bien?”; hacer referencia a si él también lo había hecho (“Yo también lo he hecho, es divertido verdad?”); se le enseñó que podía dar la opinión apropiadamente sobre lo que la otra persona explicaba (“a mí no me gusta ir en bici porque una vez me caí”).

Paralelamente se fue trabajando el lenguaje metafórico, irónico y las dobles intenciones de los mensajes, dado que M. tenía tendencia a interpretar los mensajes de manera literal, algo típico en estos trastornos. Para ello se utilizaba material visual ya sea con viñetas como con vídeos en los que debíamos de adivinar, interpretar – entender situaciones sociales por el contexto (posición de las personas, gestos y situación en su globalidad), en vez de tener la tendencia de fijarse únicamente en un detalle. Una vez detectaba y recogía información no explícita, se trabajaba el construir diálogos para los diferentes personajes implicados. Se trabajaron frases hechas realizando una lista conjuntamente con la madre, de manera que también lo trabajaban y aplicaban en casa (por ejemplo, “estás en la

Luna de Valencia”, “Pareces un pato mareado”, “Al mal tiempo buena cara”, “Hay miradas que matan”...).

Uno de los temas más complejos del proceso terapéutico fue y continua siendo, el ir trabajando con M. los malos entendidos, a menudo consecuencia de sus dificultades para anticipar, interpretar y gestionar los pensamientos, deseos e intenciones de los demás. Dichas dificultades le generan malestar y se traduce en un conflicto al perder información con respecto a la intención, deseo o pensamiento de la otra persona. Para ello, se desglosa la situación o problema de manera que pueda detectar: qué ha pasado?, qué intención tenían los demás?, cómo se sentían los demás con lo que él había hecho?, cómo se sentía él?, se podía hacer las cosas de manera diferente?, qué sucedería entonces?.

Dicho análisis ha sido y es una constante en el proceso terapéutico que se realiza con M. puesto que es la base primaria de su dificultad: reconocer, detectar, gestionar y anticipar lo que le sucede y siente, así como lo que piensan, sienten y desean los demás y evitar con ello hacer comentarios o aproximaciones inadecuadas.

Tras 6 sesiones con M., se realizó una coordinación con el centro escolar para explicar las características de M., así como acoger dudas, y plantear objetivos de trabajo y su abordaje pertinente. Se observó que la estancia en el centro escolar era altamente estresante para M. por diferentes razones: dificultades para comprender lo que se le pide, dificultades por la cantidad de cosas que se le piden de manera que no sabe cómo organizarse ni por dónde empezar, dificultades para mantener la atención cuando realiza las tareas puesto que si es una materia que no le interesa, pierde la atención, dificultades sociales de manera que los comentarios o aproximaciones cotidianas y más simples de los demás compañeros, podían ser vividos con una elevada ansiedad cuando eran interpretados erróneamente como una amenaza. Por todo ello y en acuerdo con la familia, se estableció que hubiese una persona de apoyo en el centro escolar que le ayudase a gestionar los temas anteriores. Dicha persona también le ayudaría a sumar experiencias positivas con sus iguales al fomentar encuentros sociales en los que supiese como iniciar, mantener y acabar un juego; como a ser más flexible, cooperativo y compartir los puntos de vista de los demás.

Por último, en cuanto al tema de la ansiedad, no fue necesario una valoración psiquiátrica puesto que en el momento que se le estructuró el abordaje social y académico en el colegio, así como se iniciaron las sesiones individuales con él ofreciendo a la madre estrategias de gestión del tiempo libre con tareas funcionales cambiantes y estructuradas a lo largo de todo el fin de semana, disminuyeron los problemas de conducta, y con ello el malestar familiar constante. Así mismo, a las pocas semanas se realizó una historia social, relato específicamente diseñado para personas con autismo en las que se describe y personaliza de forma clara, simple y concisa una situación problemática para el niño. En ella también se describen los

pensamientos, sentimientos y deseos de las personas involucradas como se anticipan las consecuencias de lo que sucede en función de cómo se comporta el niño. Se realizó una historia social acerca de los “imprevistos”, situación que le generaba un gran malestar a M.

A continuación se la facilita dicho relato al niño, que le fue de gran ayuda una vez integrado. “Un IMPREVISTO es lo que pasa sin que lo podamos controlar, esperar, como es un accidente en coche, un accidente con una manguera que al encenderla te mojas porque no habías anticipado que el agua saldría a chorros, que se ponga a llover, cuando alguien viene a casa sin avisar, si se estropea el DVD de casa, si una tienda está cerrada, si hacen ruidos, si se estropea una lámpara, si teníamos previsto hacer volar una cometa pero no hay suficiente viento o si se pone a llover y mamá pide que se vaya otro día, si la mamá dijo que iría a casa de un amigo pero la mamá se pone enferma y no me puede acompañar y la mamá del amigo no puede venirme a buscar, si hay una fiesta de cumpleaños y los amigos invitados se ponen enfermos, etc... todo lo que hemos escrito antes son imprevistos, son cambios de planes que no podemos anticipar. Los imprevistos son normales y a veces no nos gustan porque son cambios de cosas que no esperamos y eso es normal. Pero, no podemos enfadarnos. Si la respuesta ante imprevistos es gritar, pegar, enfadarnos... nos comportamos como un animal y esto no está bien. Si respondemos como un animal, los padres u otras personas se pondrán tristes y yo tendré que ir a la habitación a reflexionar lo que he hecho y si está bien. Si hay un imprevisto, un cambio de plan, debo de: 1. Preguntar qué ha pasado?; 2. Preguntar si hay alguna solución; 3. Ser flexible y así será más fácil para todos. Si respondo como una persona grande y madura, mis padres, compañeros y familiares estarán contentos conmigo, tendrán ganas de estar conmigo y a mí esto me hace sentirme feliz y contento.

En estos momentos M. tiene 13 años y continúa en tratamiento. Su evolución sigue siendo positiva y sobretodo se centra en aspectos de comprensión y gestión social. A continuación se transcriben las preguntas y respuestas por parte de la madre sobre la evolución de su hijo. “¿Qué crees que ha ayudado a M. en los últimos años?: sin duda sesiones de intervención individual conjuntamente con las sesiones de habilidades sociales. Ha sido fundamental el obligarlo a estar entre niños, actividades, y mi dedicación constante, enseñándolo. El apoyo escolar constante para que se le fuera guiando y disminuyera su ansiedad ante las demandas escolares y cambios. También mejoró mucho y continúa mejorando con la hipoterapia. “¿Qué consejo como madre darías a otra familia con un niño de estas características?: Yo aconsejaría que se dedicaran cuanto más puedan mejor y controlen sus obsesiones, la hipoterapia y sin duda el psicólogo, el apoyo escolar y las habilidades sociales en grupo; “¿Cuál es tu preocupación actual?: qué será de su futuro?, Podrá trabajar en algo algún día? Podrá valerse por si mismo algún día?.

La adaptación de las estrategias de intervención a las características particu-

lares de cada paciente resulta importante en todo proceso psicoterapéutico y resulta especialmente relevante en la intervención con personas con TEA.

En los últimos años se ha avanzado mucho en el conocimiento de las intervenciones psicológicas más eficaces para las personas con TEA, pero aún son muchos los interrogantes y se plantean nuevos retos para los profesionales implicados y comprometidos con la mejora del bienestar de las personas con TEA así como el de sus familiares.

En los últimos años se han incrementado las investigaciones interesadas en la detección, diagnóstico e intervención de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). La conceptualización del autismo así como su evaluación y los tratamientos dirigidos a trabajar las áreas afectadas han cambiado y han ido evolucionando en las últimas décadas.

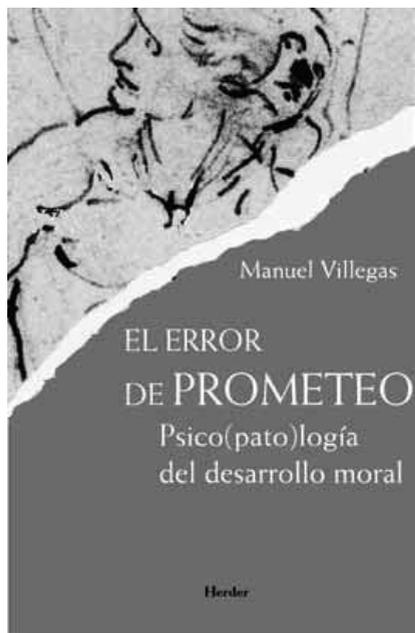
El presente artículo describe los últimos estudios en el campo del espectro autista con el objetivo de plantear una visión global de la conceptualización, evaluación e intervención de los trastornos del espectro autista. Se complementa la información con un caso clínico así como su abordaje terapéutico.

Palabras clave: trastornos del espectro autista; conceptualización; diagnóstico; tratamiento

Referencias bibliográficas.

- American Psychiatric Association (2010). *DSM-V. The future of psychiatric diagnosis*. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barthélémy C., Fuentes J., Howlin P., Van der Gaa, R.J. (2008). *Persons with autism spectrum disorders*. Bruselas: Autism Europe.
- Bryson, S., Zwaigenbaum L., McDermott, C., Rombough V., Brian J. (2008). The Autism Observation Scale for Infants: Scale Development and Reliability Data. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 38, 731–738.
- Center for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs) in multiple areas of the United States in 2008; community report. *Morbidity and Mortal Weekly Report*, 61(3), 1-19.
- Fenske, E.C., Zalenski, S., Krantz, P.J. y McClannahan, L.E. (1985). Age at intervention and treatment outcome for autistic children in a comprehensive intervention program. *Analysis and Intervention Developmental Disabilities*, 5, 49-58.
- Foldi, C., Eyles, D., Flatscher-Bader, T., McGrath, J. y Burne, T. H. B (2011). New Perspectives on Rodent Models of Advanced Paternal Age: Relevance to Autism. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5, 32. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00032
- Harris, S.L., Handleman, J.S., Kristoff, B., Bass, L. & Gordon, R. (1990). Changes in language development among autistic and peer children in segregated and integrated preschool settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 23-31.
- Howlin, P. (2006). Evaluating interventions for children with autism and intellectual disabilities. En M. Hodes (Ed.), *Cambridge Handbook of Effective Treatments in Psychiatry* (pp.) Cambridge: Cambridge University Press.

- Howlin, P. (2005). The effectiveness of interventions for children with autism. *Journal of Neural Transmission, Supplement*, 69, 101-119.
- Howlin, P. (2004). *Autism and Asperger syndrome- Preparing for Adulthood*. London: Routledge.
- Howlin, P., Magiati, I. y Charman, T. (2009). Systematic review of earlyintensive behavioral interventions for children with autism , *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 23-41.
- Howlin, P. & Rutter, M. (1987). *Treatment of Autistic Children*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hoysoun, M., Jamieson, B. y Strain, P.S. (1984). Individualized group instruction of normally developing and autistic-like children: The LEAP curriculum model. *Journal of the Division of Early Childhood*, 8, 157-172.
- Jones W, Carr K, Klin A. (2008). Absence of preferential looking to the eyes of approaching adults predicts level of social disability in 2-year-old toddlers with autism spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 946-954.
- Klin, A., Lin, D.J., Gorrindo, P., Ramsay, G. y Jones. W. (2009). Two year-old with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. *Nature*, 459(7244), 257-261.
- Klin A. (2008). In the eye of the beholder: tracking development psychopathology. *Journal of American Academy and Child Adolescent Psychiatry*, 47(4), 362-363.
- Lee B. K., Gardner, R. M., Dal, H., Svensson, A., Galanti, M. R, Rai, D., Dalman, C. Y Magnusson, C. (2012). Brief Report: Maternal Smoking During Pregnancy and Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 42(9), 2000-2005.
- Lord, C., Rutter, M. y Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659-685.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S. et al. (1989). Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(2), 185-212.
- Mann, J. R., Mcdermott, S., Bao, H., Hardin, J. y Gregg, A. (2010). Pre- eclampsia, birth weight, and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 40, 548-554.
- Mesibov, G. y Shea, V. (2010). The TEACCH Program in the Era of Evidence-Based Practice. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 40, 570-579.
- Ozonoff S., Heung K., Byrd R., Hansen R. y Hertz-Picciotto I. (2008). The onset of autism: patterns of symptom emergence in the first years of life. *Autism Research*, 1, 320-328.
- Ozonoff, S., Young, G.S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Carver, L.J., Constantino, J.N., Dobkins, K., Hutman, T., Iverson, J.M., Landa, R., Rogers, S.J., Sigman, M. y Stone, W.L. (2011). Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorders: A Baby Siblings Research Consortium Study. *Pediatrics*, 128 (3), 488-495.
- Roberts, J.M. (2004). *A review of the research to identify the most effective models of best practice in the management of children with autism spectrum disorders*. Sydney: Centre for Developmental Disability Studies, Sydney University.
- Rogers, S.J., & DiLalla, D., (1991). A comprehensive study of a developmentally based preschool curriculum on young children with autism and young children with other disorders of behavior and development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 11, 29-48.
- Scherer, S.W. & Dawson, G. (2011). Risk factors for autism: translating genomic discoveries into diagnostics. *Human Genetics*, 130(1), 123-48.
- Toma, C., Hervas, A., Balmaña, N. , Vilella, E., Aguilera, F., Cuscó, I., del Campo, M., Caballero, R., de Diego, Y., Ribasés, M., Cormand, B. y Bayés, M., (2011). Association study of six candidate genes asymmetrically expressed in the two cerebral hemispheres suggests the involvement of BAIAP2 in autism. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 280-282.
- Wallace, K.S. y Rogers, S.J. (2010). Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1300-1320.
- World Health Organization. (1993). *International classification of disease* (10th Ed.). Geneva: World Health Organization.
- Zwaigenbaum L. (2010). Advances in the early detection of autism. *Current Opinion in Neurology*, 23(2), 97-102.



Manuel Villegas

El error de Prometeo

Psico(pato)logía del desarrollo moral

486 páginas
14,1 x 21,6 cms
Rústica con solapas



ISBN: 978-84-254-2763-3

Precio s/ IVA: 28,65 €

Precio c/ IVA: 29,80 €

Palabras clave

Ensayo: Psicopatología moral personalidad

Mayo 2011

Síntesis

Prometeo consiguió arrebatar el fuego y la técnica a los dioses para dárselo a los hombres pero se le olvidó dotarlos de un sistema de regulación que les permitiera vivir en paz y armonía consigo mismos y sus semejantes. Tuvo que ser el propio Zeus -nos cuenta Platón en el Protágoras- quien subsanara este error, dotándoles de conciencia moral para el cumplimiento de esta función.

Hoy podemos afirmar que la aparición de la conciencia moral no es el resultado de un don divino sino que sigue un proceso evolutivo de construcción a través de las diferentes etapas del desarrollo psicológico. Este proceso implica un coste en términos psicológicos, dado que combinar los intereses propios con los de los demás no se hace sin generar una cierta tensión estructural en el sistema de regulación moral. El resultado pueden ser trastornos de personalidad o ansioso-depresivos. Este libro presenta las vicisitudes del psiquismo humano desde la perspectiva evolutiva y estructural del desarrollo moral.

Autor

Manuel Villegas Besora es doctor en psicología y profesor en la Universidad de Barcelona desde 1974. Su actividad docente ha estado dedicada a la formación y supervisión de terapeutas en universidades españolas, iberoamericanas e italianas. Director de la *Revista de Psicoterapia* desde 1990 ha convertido esta publicación en un referente en el ámbito nacional e internacional en su género. Desde el punto de vista profesional tiene una larga experiencia como terapeuta individual, de grupos y de pareja. Es miembro de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas de la que fue socio fundador y presidente durante más de una década.

Otros títulos relacionados

Salomón Resnik *Tiempos de glaciaciones*

A.P. Morrison, J.C. Renton, P. French y R.P. Bentall

¿Crees que estás loco?

Antoni Talarn (ed.) *Globalización y salud mental*

Irvin D. Yalom *Psicoterapia existencial*

UN ENFOQUE INTEGRADOR EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH INFANTIL Y JUVENIL

Amalia Gordóvil-Merino

Psicóloga; Grup de Tècniques Estadístiques Avançades Aplicades a la Psicologia, Universitat de Barcelona.

Thorsten Faust

Pediatra, Centro Médico Teknon Barcelona

This article describes the treatment of children and teenagers with ADHD including the family members. Biofeedback and Neurofeedback increase the concentration, selfcontrol and self-efficacy permitting an active collaboration of the patient. Neurofeedback offers an additional option to the wide range of therapeutic options we have for the patient (psychotherapy, learning training, medication), for the school and for the family (psychoeducation for the parents and therapeutic strategies). To design the appropriate intervention for each patient we need a detailed exploration which permits an understanding of the patient in all his complexity to offer him the a multimodal treatment.

Keywords: attention deficit disorder; neurofeedback; biofeedback, psychotherapy; re-education; multimodal treatment; children; adolescents

Introducción

El TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) es una de las psicopatologías infantiles más estudiada durante los últimos años y con un importante crecimiento a nivel divulgativo. Cada vez son más los padres, profesores e incluso niños que han escuchado o tienen algún conocimiento sobre el TDAH y cada vez es más frecuente escuchar conversaciones al respecto en contextos tan diversos como el colegio, la calle, el supermercado o la farmacia. Tal y como ha sucedido anteriormente con la popularización de otros trastornos (como la depresión, la bipolaridad o la dislexia), este fenómeno comporta algunas ventajas pero también algunos riesgos a los que los profesionales debemos hacer frente. El mayor conocimiento sobre el TDAH puede contribuir a un mayor grado de sensibilidad (a

nivel social y de administraciones) y por tanto a una mayor implicación en el tratamiento hacia estos niños, adolescentes y adultos. Este escenario nos abre un camino hacia la dinamización de leyes y obtención de recursos como un protocolo de atención al TDAH en las escuelas. El pasado 5 de octubre de 2012 la Sra Irene Rigau (Consellera d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya) presentó en la "IV Jornada TDAH Catalunya" la "Guía de detección y actuación en el ámbito educativo para el TDAH". Dicha guía vendrá precedida por una orden legislativa según la cual todos los colegios de Catalunya deberán implementar el protocolo establecido. Aunque cada comunidad pueda tener su propio protocolo, son sin duda buenas noticias que ayudarán a prevenir el fracaso escolar de alumnos que necesitan el diseño de estrategias metodológicas individualizadas. Sin embargo, la mayor divulgación del TDAH nos enfrenta a riesgos como la banalización del trastorno, el asentamiento y creencia de falsos mitos y el sobrediagnóstico. Por todo ello, debemos trabajar para ofrecer un conocimiento especializado sobre el TDAH, realizar diagnósticos precisos y ofrecer tratamientos ajustados. El objetivo de este artículo es precisamente cubrir estos tres aspectos: ofrecer información básica y especializada sobre el TDAH, describir el proceso diagnóstico y presentar diversas opciones de intervención en TDAH infantil. Además, incluimos información sobre tres casos clínicos para complementar los contenidos tratados.

El TDAH se caracteriza principalmente por sintomatología de hiperactividad, impulsividad e inatención. En función del predominio de una u otra sintomatología diferenciamos tres subtipos (combinado, inatento, hiperactivo-impulsivo), tal y como establece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR 2000). Según el DSM-IV-TR, la prevalencia del TDAH en edad escolar oscila entre el 3 y el 7%. Tanto los estudios científicos como la práctica clínica nos ponen sobre aviso acerca de la importancia ineludible de la comorbilidad; a la hora de diagnosticar y tratar a un niño con TDAH debemos tener en cuenta que son pocas las ocasiones en las que el trastorno se presenta de forma aislada. El estudio de Jensen et al. (2001) indica que más del 85% de los pacientes con TDAH infantil presentan al menos un trastorno comórbido y que, aproximadamente el 6% presenta por lo menos dos comorbilidades entre las cuales resultan más frecuentes el trastorno negativista-desafiante (TND), trastorno disocial y trastorno de ansiedad. Asimismo, cabe resaltar la similitud de síntomas iniciales en TDAH y trastornos del espectro autista, algo que debemos tener en cuenta en el proceso diagnóstico; valorar una posible comorbilidad o discernir entre la presencia de uno, otro o ambos diagnósticos (Banaschewski, Poustka y Holtmann, 2011; Gargaro, Rinehart, Bradshaw, Tonge y Sheppard, 2011).

Respecto a la etiología del TDAH podemos decir que se trata de un trastorno de origen neurobiológico destacando la disfuncionalidad de las funciones prefrontales y circuitos frontoestriados. Barkley (1997) habla del TDAH como un trastorno de las funciones ejecutivas y resalta cuatro capacidades ejecutivas disfuncionales en

niños con TDAH. La primera, a la que se refiere como “el ojo de la mente”, es la memoria de trabajo, es decir, la utilización de información del pasado para guiarnos en el futuro. La segunda es el lenguaje interno, identificada por Barkley como “la voz de la mente”; se trata del lenguaje que mantenemos con nosotros mismos para organizarnos y planificarnos. Aparecen también dificultades en el área de autorregulación de emociones: “el corazón de la mente” que permite identificar, regular y evocar emociones propias y ajenas. Finalmente, existen problemas a la hora de identificar y valorar la posibilidad de recurrir a diferentes alternativas identificadas en situaciones problemáticas del pasado; es decir, “el terreno de juego de la mente” está también dañado. Teniendo todo esto en cuenta podremos entender mejor que nos encontremos ante niños que actúan precipitadamente sin pensar en castigos pasados por conductas similares, niños que se dispersan a menudo y que cambian de actividad si no son guiados y niños cuya dificultad para regular la motivación hace que pueden permanecer atentos ante actividades que les gustan pero con enormes dificultades para mantenerse atentos en actividades que no les agradan. Las interrupciones de atención permanentes interfieren con la memoria de trabajo impidiendo la participación continuada y dificultando el aprendizaje. El afectado percibe el proceso de aprendizaje como muy agobiante y la perseverancia se convierte en algo molesto; aunque haya muy buena voluntad los errores y vacíos son habituales. El fracaso pese al esfuerzo conduce a una sensación de incapacidad y rabia y todo ello afecta el autoestima del niño siendo esto un factor de predisposición para el desarrollo de numerosas psicopatologías.

En estudios actuales se investiga con técnicas de neuroimagen las estructuras cerebrales para entender las disfunciones cerebrales en el TDAH. Se demostraba que la intensidad de la inatención se relaciona especialmente con un menor espesor cortical en regiones frontales. Las investigaciones en la última década han identificado varios genes candidatos para el TDAH cuya representación en el fenotipo clínico depende de factores ambientales y de riesgo. Por la diversidad de los factores ambientales (padres, CI, colegio etc.) cada TDAH se presenta de forma diferente (Cortese, 2012). Probablemente en el futuro la genética permitiera subtipificar el TDAH sobre todo si hay una asociación con otras patologías como el trastorno del espectro autista.

La intensidad de las dificultades variará en función de factores como la edad, los síntomas asociados, el estilo educativo recibido en casa y escuela y un largo etcétera.

A lo largo de la vida la evolución del TDAH puede mejorar o empeorar: En casos de un tratamiento adecuado y un entorno facilitador muchos afectados pueden mejorar durante la pubertad (los síntomas de hiperactividad suelen reducirse prevaleciendo los de inatención). Por otro lado jóvenes y adultos con TDAH presentan dificultades en la regulación emocional, toma de decisiones impulsivas, humor cambiante, estados de nerviosismo, comorbidades (depresión, trastorno

de ansiedad, trastornos de personalidad), problemas laborales (tasa más elevada de despedido y bajas laborales), divorcios, riesgo de accidentes y lesiones, ser padres más jóvenes y riesgo de enfermedades de transmisión sexual. En el DSM-V la eliminación del criterio inicio de síntomas antes de los 7 años permite diagnosticar también el TDAH en jóvenes y adultos que compensaban sus problemas por su capacidad intelectual (Kahl, Hendrik, Schmid, y Spiegler, 2012)

Por todo ello, el proceso de evaluación y el tratamiento destinado a niños con TDAH requieren de un trabajo multimodal donde, la colaboración entre profesionales y la incidencia sobre diferentes contextos de la vida del paciente van a ser factores clave.

Proceso diagnóstico

Desde el primer momento en que la familia entra por nuestra puerta debemos poner en marcha mecanismos que, por una parte contribuyan a generar un clima de confianza y por otra a recabar la mayor cantidad de información posible. Siguiendo a Beyebach (2006) el tratamiento empieza con la evaluación en el sentido de que “a menudo la mejor forma de evaluar es interviniendo y observando cuál es el *feedback* de los clientes” (p. 34). Bajo nuestra opinión, el proceso de evaluación forma ya parte del tratamiento.

El proceso de evaluación se inicia con la generación de la historia clínica del paciente. En formato de entrevista se pregunta a los progenitores/tutores sobre la historia de los síntomas y sus actuaciones al respecto. Se realiza asimismo una exploración sobre la evolución del niño (embarazo, parto, desarrollo peri-/postnatal y primera infancia), explorando las áreas psicomotora, psicoafectiva, desarrollo del lenguaje, hábitos de alimentación y sueño, control de esfínteres, autonomía y esferas social y escolar además de la historia médica y antecedentes familiares. Se recomienda también explorar las pautas educativas de los padres así como las dinámicas con hermanos y otros miembros significativos de la familia. Cabe prestar especial atención al establecimiento del vínculo del paciente con sus progenitores; tal y como señalan García e Ibáñez (2007) el TDAH comporta muchas veces afectaciones en las relaciones vinculares caracterizadas por representaciones vinculares de tipo inseguro.

El diagnóstico de TDAH es de tipo clínico y se basa principalmente en los criterios del DSM-IV-R (2000). Siguiendo la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010) existen escalas y pruebas complementarias de carácter psicométrico que ayudan a realizar una evaluación a diferentes niveles y trabajando con diversos informadores. En este sentido, podemos establecer dos niveles de evaluación: 1) las pruebas dirigidas a la exploración neuropsicológica del paciente (evaluación del coeficiente intelectual, atención, impulsividad y otras áreas psicopatológicas en función de los síntomas

existentes) y 2) escalas y cuestionarios dirigidos a padres, profesores y al propio paciente sobre la sintomatología de TDAH y sobre psicopatología o estado global del paciente. Resaltamos aquí la importancia de colaborar con padres y profesores así como con otros profesionales cercanos al paciente (por ejemplo un reeducador que ya esté trabajando con él). Todos ellos forman parte de la solución potencial de los problemas presentes y debemos trabajar para que se conviertan en nuestros colaboradores. En el proceso de evaluación trabajamos para realizar una exploración esmerada que permita realizar un diagnóstico preciso, un diagnóstico diferencial y detectar posibles comorbilidades así como identificar las soluciones intentadas y poner de manifiesto los recursos propios del paciente y de sus cuidadores.

Tratamiento

Una vez realizado el diagnóstico de TDAH se define el diseño de actuación de acuerdo a las características de cada niño. Existen diferentes abordajes que deseamos presentar desde una óptica de complementariedad multidisciplinar.

Tratamiento farmacológico

Debido al enfoque psicoterapéutico de este artículo nos limitamos a una breve descripción de la terapia farmacológica estándar en TDAH infantil. La indicación sobre el tipo de dicha terapia tiene que ser acordado con el psiquiatra o médico experimentado en el tratamiento con TDAH. La terapia se basa en el concepto de una disfunción dopaminérgica y noradrenérgica sobretudo en los sistema de atención anterior y posterior (Kahl et al., 2012).

Se distingue entre los medicamentos de primera elección o psicoestimulantes (Metilfenhidato, Amfetamina) y no-estimulantes (Atomoxetina).

a) Psicoestimulantes

Por diferentes mecanismos el Metilfenhidato aumenta la concentración de dopamina disponible para la neurotransmisión en la neurona postsináptica.

El Metilfenhidato de liberación inmediata (RUBIFEN®) actúa después de 20 minutos, con efecto máximo a las 1-3 horas y efecto final después de 4-5 horas. La ventaja en la flexibilidad de toma contrasta con un mayor riesgo de abuso, necesidad de varias dosis para cubrir toda la jornada y el final brusco de acción que puede producir un efecto rebote (Piñeiro y Benito, 2011). El Metilfenhidato de liberación prolongada en cápsulas actúa tras 30 minutos por su componente de 50% no recubierto, con un pico entre la primera y segunda hora y por su componente prolongado actúa entre 6-8 horas (MEDIKINET RETARD®) y 12 horas (CONCERTA®). Las ventajas de dicha medicación son la comodidad de una toma única normalmente una dosis por la mañana (p.e. en casa), falta de efecto rebote y menos riesgo de abuso.

Respecto a los efectos adversos del Metilfenhidato, los más frecuentes son la pérdida de apetito, trastornos gastrointestinales, insomnio, ansiedad, cefaleas, e

incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial (Kahl et al., 2012).

b) Atomoxetina

La Atomoxetina (STRATTERA®) es el primer fármaco de tipo no psicoestimulante aprobado para el tratamiento del TDAH en niños, adolescentes y también en adultos (comercializado en España desde 2007). La Atomoxetina es un simpaticomimético central que inhibe de forma selectiva el transportador presináptico de noradrenalina y aumenta la concentración de dopamina y noradrenalina en el córtex prefrontal. Por no interactuar con el nucleus accumbens se explica la ausencia de riesgo de dependencia. La concentración máxima en el plasma se mide después de 12 horas. Algunos pacientes (7%) con metabolismo lento pueden tener la concentración hasta 5 veces más alta, tener un efecto hasta 24 horas y riesgo elevado de efectos secundarios (Kahl et al., 2012).. El efecto terapéutico no se observa antes de 7 días tras el inicio de tratamiento, la administración es en dosis única y no interfiere con el sueño. A diferencia de lo descrito en el Metilfenidato el apetito no se ve afectado, en general, hay menos efectos secundarios. Como monoterapia no siempre resulta tan efectiva; mas bien muchos pacientes en tratamiento con Metilfenidato se benefician de la comedicación o del cambio a Atomoxetina sobre todo cuando la estabilidad emocional está afectada. Para pacientes que no toleran bien el Metilfenidato o presentan un ánimo subdepresivo, la Atomoxetina puede ser una alternativa.

Cabe añadir que no existen resultados concluyentes sobre los efectos en el crecimiento a largo plazo. Por ello es recomendable controlar el peso y la altura de forma periódica, y en el supuesto de una afectación significativa de la misma, se puede considerar la opción de unas “vacaciones terapéuticas” para permitir recuperar el crecimiento (Alda, de Serrano y Serrano, 2010). Según comentan los autores anteriores, “la duración del tratamiento debe plantearse de forma individualizada en función de la persistencia de los síntomas y de la repercusión de éstos en la vida del niño o del adolescente. Para los pacientes que estén tomando estimulantes, una práctica aceptada es la realización de períodos cortos, de 1 ó 2 semanas anuales, sin tratamiento farmacológico, con el objetivo de poder valorar el funcionamiento del niño o el adolescente tanto en casa como en la escuela. Uno de los mejores momentos para realizar esta evaluación sin tratamiento suele ser en un período del curso escolar en el que el paciente no tenga exámenes, y en el que los profesores ya tengan un conocimiento suficiente del niño, por ejemplo al inicio del segundo trimestre” (Alda, de Serrano y Serrano, 2010).

Finalmente, y de acuerdo a lo expuesto por Monastra (2005) queremos comentar que antes de iniciar el tratamiento (ya sea farmacológico o psicoterapéutico) se recomienda realizar una analítica para descartar deficiencias o patologías que pueden asimilarse al TDAH (p.ej. déficit de zinc, hierro, trastornos hormonales o intolerancia al gluten)

Tratamiento psicológico y psicopedagógico

Resulta fundamental el trabajo a tres niveles: trabajo con el paciente, trabajo con los padres o cuidadores principales y trabajo con la escuela.

1. Trabajo con padres

El trabajo con padres es fundamental por numerosas razones. Son expertos en el conocimiento sobre el niño; tienen la posibilidad de introducir cambios en la vida diaria del paciente y pueden supervisar los efectos que se vayan produciendo. Es importante transmitir este mensaje de colaboración en el que ellos son expertos conocedores de su hijo/a y nosotros los psicólogos, somos expertos conocedores de técnicas o estrategias que conjuntamente podamos diseñar. Se trata pues, de construir un puente entre el trabajo que hacemos con el paciente en consulta y su funcionamiento en la vida diaria; los padres van a ser factores clave para la generalización del cambio.

Un primer paso imprescindible es la psicoeducación sobre el TDAH. Debemos explicarles qué es el TDAH, un breve resumen sobre las bases neurobiológicas del trastorno así como las manifestaciones y síntomas de acuerdo a la edad de su hijo. Con ello trabajamos la aceptación del diagnóstico, la disminución del nivel de ansiedad de los padres, y reconducimos posibles sentimientos de culpa (por ejemplo, por pensar que no son buenos padres al no saber ayudar a su hijo/a). Asimismo es importante trabajar los posibles mitos existentes como: “no ofrecer una buena educación o problemas entre los padres pueden generar TDAH”, “la medicina cura todos los problemas”, “la medicina es la única solución”, “todos los niños/as con TDAH presentan fracaso escolar”, “son vagos/as y se rebelan para no cumplir con las actividades”. Se trata de informar sobre las bases neurobiológicas del TDAH y de las actuaciones de los padres que pueden producir importantes mejorías. Transmitirles, por ejemplo, que su hijo/a no puede generar espontáneamente el lenguaje interno que nos ayuda a todos a planificarnos o que su hijo tiene dificultades para anticipar consecuencias a medio y largo plazo (por el déficit en las funciones ejecutivas), nos ayudará a que los padres asuman y puedan ejercer un papel de supervisión que va a ayudar al niño a salir adelante.

Se trabaja con técnicas procedentes del enfoque cognitivo-conductual en complementariedad con otros enfoques (principalmente el familiar sistémico); adoptar un enfoque integrador es, bajo nuestro punto de vista, una buena estrategia.

En el entrenamiento a padres se trabajan principalmente la revisión y el establecimiento de hábitos y todas aquellas situaciones que generen dinámicas negativas (generalmente, salir de casa por las mañanas y hacer los deberes por las tardes). El entrenamiento cognitivo-conductual prevé estrategias para mejorar la planificación (interferida por las dificultades atencionales) y el comportamiento del niño (control de conducta) así como la regulación de sus emociones.

Existen diversos protocolos de entrenamiento a padres cuya eficacia ha sido

demostrada empíricamente como el Programa de Orientación y Entrenamiento a padres de Barkley (Giusti, 2000), el Programa de Entrenamiento en Habilidades para Niños con problemas de Conducta de Bloonquist (1996) o el enfoque que Greene (2001) describe en el manual "*The Explosive child*" traducido al castellano como "*El niño insoportable*" (más dirigido al trastorno negativista-desafiante).

Las principales estrategias empleadas consisten en definir espacios de atención positiva (los padres dedican tiempo a jugar con los hijos/as y asumen un rol de aprendiz y disfrute de la actividad), estrategias para incidir sobre la sintomatología atencional y estrategias dirigidas al control de conducta.

A la hora de trabajar la sintomatología atencional, se empieza por prescribir el contacto ocular con el niño, lo cual va a permitir captar su atención. Se trabajan también diversas pautas de comunicación, destacando la utilización del lenguaje positivo (no decimos lo que no hay que hacer, sino lo que esperamos que el niño haga) y el formato de las instrucciones (breves, concretas y claras). Es importante que, al principio, los padres realicen un modelado, es decir, planificar en voz alta los pasos que el niño debe realizar para conseguir un objetivo concreto (recordemos la carencia de lenguaje interno). Si los padres exteriorizan ese lenguaje, el niño podrá planificar sus acciones e ir interiorizando progresivamente este tipo de lenguaje del que carece. Se aconseja definir un sistema de normas acompañado de las consecuencias en caso de no respetarlas; esto permite que el niño pueda anticipar las consecuencias de su conducta, algo que según veíamos anteriormente resulta complicado por sus dificultades a nivel de funciones ejecutivas.

De forma simultánea, vamos introduciendo estrategias para controlar la conducta del niño. El refuerzo positivo (por ejemplo, en forma de elogio o estableciendo contacto físico) va a resultar clave en la generalización de conductas deseables siempre y cuando sea contingente a la conducta presentada. Paralelamente al refuerzo de conductas deseables, vamos a trabajar la extinción de conductas no deseables. Las estrategias mayormente utilizadas son la extinción (dejar de prestar atención al comportamiento inapropiado) y el tiempo fuera (explicar al niño que, como consecuencia de una conducta no deseable previamente definida vamos a retirarlo a un lugar de la casa donde no haya estímulos atractivos y que permanecerá allí hasta que los padres se lo indiquen). Resulta también importante prevenir situaciones complicadas que pueden llevar al colapso del niño manifestado en forma de rabieta o explosión (por ejemplo, mediante dos o tres avisos antes de dar una orden que pueda generar conflicto).

El trabajo con padres puede iniciarse mediante un listado de conductas problemáticas que desean trabajar y a partir del cual vamos introduciendo las estrategias comentadas. Pero además de atender la demanda que nos traen, debemos trabajar otros aspectos importantes como el establecimiento de rutinas y horarios, la definición de normas, límites y recordatorios, la relación con los hermanos y la dinámica familiar en general. La adopción de una óptica sistémica nos conduce a

tener en cuenta la presencia y relaciones con hermanos/as y otros miembros significativos (abuelos, tíos,...), lo cual se tendrá en cuenta a la hora de diseñar estrategias de intervención. Asimismo es importante trabajar sobre las jerarquías y roles familiares donde los padres son quienes establecen y supervisan las normas. En este sentido hay que reforzar la necesidad de consensuar normas y consecuencias contingentes a la conducta del niño, aplicar las consecuencias sistemáticamente y de modo tranquilo estrategias como hemos visto presentes en entrenamientos cognitivo-conductuales a padres y también en la terapia familiar estructural (Minuchin y Fishman, 1981). Asimismo, si establecemos normas y definimos consecuencias para el incumplimiento de cada una, recomendamos hacerlo extensible a los otros hermanos; de esta manera, las pautas terapéuticas entran a formar parte del sistema educativo familiar. Además, no debemos olvidar que en muchos casos hay que restablecer una dinámica familiar dañada por el desbordamiento de los padres previo al diagnóstico de TDAH. Podemos prescribir tareas como “la caja de caricias” recogida por Beyebach (2006) y propuesta por Selekmán (citado en Beyebach, 2006) donde sugerimos a los padres colocar una caja de cartón donde cada miembro de la familia introduzca notas sobre algo que un miembro de la familia ha dicho o ha hecho e instauren un momento del día o semana para revisar conjuntamente los papelititos introducidos. Con esto promovemos la armonía familiar y a su vez fomentamos que los padres eliciten y tomen conciencia de las cualidades positivas de su hijo trabajando la idea de que “el niño/ es algo que va más allá de su TDAH”.

En el caso de padres divorciados insistimos en que en ambos hogares exista consenso sobre las normas y consecuencias en caso de incumplimiento. En el caso de parejas que no están divorciados debemos prever un espacio de la terapia para reforzar su relación de pareja por ejemplo, mediante prescripciones de actividades sin los hijos.

El buen desarrollo del tratamiento vendrá determinado por la medida en que podamos ayudar al niño a compensar sus dificultades, es decir, debemos contribuir a que pueda escuchar, ser capaz de planificar, recordar y desarrollar mecanismos de reflexión consiguiendo a la vez que el niño esté motivado para el cambio.

2. Trabajo con el niño con TDAH

Al igual que sucede con otros tipos de intervenciones, el tratamiento con el niño con TDAH va a depender de su edad, de los síntomas que presente y del nivel de afectación sobre las diferentes áreas de su vida. Teniendo en cuenta la heterogeneidad inherente al TDAH, el perfil particular de cada niño va a determinar tratamientos individualizados. De todos modos, las áreas cognitiva, conductual, emocional y social serán siempre objetivos de trabajo y supervisión.

A *nivel cognitivo* es necesario instaurar técnicas de autocontrol de la impulsividad. Una técnica muy extendida es la técnica de la tortuga ideada por

Schneider y Robin (citado por Bonet, 1992), donde explicado en formato de cuento terapéutico y a través de la analogía con la tortuga se enseña al niño a replegarse en su caparazón imaginario cuando no pueda controlar rabietas y enfados. Podemos trabajarla como ancla a la que pueda recurrir en situaciones necesarias y explicarlo a padres y profesores para que puedan elogiarle cuando la utilice con éxito. Podemos encontrar un formato útil y práctico del cuento en la Guía práctica para educadores del alumno con TDAH generada por la fundación ADANA (Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2011). Otra técnica eficaz por la diversidad de situaciones en que puede emplearse es la de autoinstrucciones. Enlazando con lo anteriormente expuesto sobre la necesidad de generar un lenguaje interno en el niño con TDAH, el adulto ejerce un modelado sobre los pasos necesarios que debe realizar para iniciar una actividad, resolver un problema escolar, cumplir una norma fijada por los padres, etc. Se trata de indicar los pasos en que puede dividirse la tarea para que, por ejemplo mediante un recordatorio visual al principio, pueda ir interiorizándolos y realizar dichas tareas con éxito. A *nivel conductual*, necesitamos trabajar el control de conducta, por ejemplo mediante registros conductuales consensuados con el niño, pactos o contratos conductuales donde se establezcan normas y límites así como la adquisición del compromiso por parte del niño. A *nivel emocional* debemos prever espacios para trabajar el reconocimiento de emociones (por ejemplo, expresiones faciales o diferentes tonos de voz) y autorregulación emocional (identificación del propio funcionamiento emocional, identificación de emociones en el cuerpo e identificación de fases prodrómicas para un manejo preventivo). Se trata de mejorar la competencia emocional incidiendo sobre el reconocimiento, regulación y expresión emocional, afectados en personas con TDAH (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié, 2008). Por último y no menos importante, debemos fomentar habilidades para la resolución de problemas y *habilidades sociales* que permitan una mejor integración social del niño con TDAH. Los puntos principales de trabajo son: cómo iniciar y finalizar conversaciones, cómo realizar preguntas, cómo buscar y ofrecer ayuda, colaborar, jugar adecuadamente, hacer y aceptar cumplidos, pedir disculpas y entender el impacto de la propia conducta y la conducta de los otros (Goldstein y Pollock citado por Orjales y Polaino, 2010). A medida que avanza la intervención y, en nuestro afán integrador en el uso de técnicas, podemos beneficiarnos de la prescripción de la tarea de “el gran libro de las mejorías” (White, 1995) donde sugerimos que conjuntamente con los padres se compre un libro con las hojas en blanco donde vayan apuntando las mejorías; esto nos ayudará a focalizar y reforzar los aspectos positivos acontecidos.

Finalmente, niños que presenten dificultades de aprendizaje o bien decremento en su rendimiento académico pueden beneficiarse del tratamiento psicopedagógico de re-educación. Dicha intervención puede realizarse mientras el niño hace los deberes y se trabajan habilidades académicas así como comportamentales.

3. Trabajo con la escuela

Al igual que hacemos con los padres, transmitimos a la escuela la importancia del trabajo conjunto. El niño que tenemos en tratamiento pasa gran cantidad de horas en el contexto escolar y por ello, la colaboración es imprescindible y a su vez decisiva. Iniciamos el contacto con la escuela desde el proceso de evaluación y lo retomamos una vez establecido el diagnóstico, contando siempre con la autorización de los padres.

Realizamos el primer contacto con la psicóloga escolar del centro y contactamos a continuación con el tutor/profesor del paciente. Nuevamente empezamos por la psicoeducación sobre el TDAH la cual podemos realizar mediante entrevistas personales y con el soporte de materiales didácticos como la mencionada guía de ADANA (Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2011) Se trata de tender puentes entre las estrategias implementadas en casa y en el colegio; que el niño perciba coherencia entre el funcionamiento en ambos contextos va a resultar decisivo para la mejoría y generalización de cambios. En este encuentro con el profesor resaltamos la importancia de actuaciones como la supervisión de la agenda y la implementación de pautas que incidan sobre el déficit de atención y el manejo del comportamiento y establecemos sistemas de seguimiento para analizar periódicamente la evolución del caso. Recomendamos mantener una primera entrevista personal y realizar seguimientos vía telefónica o por correo electrónico cada 3 meses (en casos graves acortamos los periodos de seguimiento y los realizamos mensualmente).

Terapias complementarias: biofeedback y neurofeedback

La terapia en Neurofeedback es una técnica de tipo conductual mediante la cual se desaprende la actividad neuronal disfuncional; se modifica la actividad cerebral contribuyendo a la disminución de síntomas y a la optimización específica del comportamiento. Gran importancia tienen los diferentes procesos de aprendizaje realizados por un lado, con ayuda técnica (sistemas de EEG-Feedback) y por otro, mediante métodos conductuales apropiados de transfer a la vida cotidiana, esto es transferir los aprendizajes realizados a la cotidianidad sin utilizar las ayudas técnicas pero sí con apoyo de personas del contexto familiar. El Neurofeedback se basa en los conceptos del *Biofeedback* ; a partir de la tríada estímulo-respuesta inmediata-refuerzo a modo de incentivo, se establecen procesos de condicionamiento operante.

Al igual que en el Biofeedback, donde se visualizan parámetros vegetativos (respiración, frecuencia cardíaca, actividad eléctrica dermal) para que el sujeto los pueda percibir e influir sobre ellos, mediante el Neurofeedback el paciente toma conciencia de parámetros neurofisiológicos que habitualmente no se perciben de forma consciente. La presencia de retroalimentación (*feedback*) permanente y directa (*online*) de la actividad eléctrica (EEG) permite que el paciente aprenda a

influir dicha actividad dirigiéndola hacia la dirección deseada. En estos casos el paciente recibe un premio como refuerzo positivo en forma visual/óptica y acústica (los niños pueden recibir puntos, el dibujo de un sol, flashes, tonos acústicos). Este reforzador es dispensado de forma contingente al esfuerzo y logro por parte del paciente. Si, en cambio, no logra alcanzar el estado deseado el incentivo no aparece en pantalla.

Al inicio de la sesión (una vez concretados los objetivos de trabajo), se coloca una serie de electrodos en la superficie del cuero cabelludo (electrodo activo, uno de referencia y otro de fondo, además de colocar electrodos para controlar artefactos). Estos electrodos permiten medir la actividad cerebral durante todo el proceso de entrenamiento. En el EEG-Feedback se aplica el entrenamiento de las bandas de frecuencias de la actividad cortical (Tabla 1) o de potenciales corticales lentos (*slow cortical potentials*, < 1 Hz, SCP). Los SCP reflejan la fase tardía del procesamiento del estímulo y representan grandes grupos de neuronas que controlan la planificación y la activación de un comportamiento con objetivo. Se entrena el equilibrio entre **el aumento del estado de alerta** (Negativización), y la reducción de la misma (Positivización) (Strehl, Leins, y Heinrich, 2011).

Tabla 1

Parámetro	Rango de frecuencia (Hz)	Corelato funcional
Potenciales lenta (SCP)	<1	Diferentes estados de activación cortical
Delta	0,5-3,5	Sueño profundo, hipnosis
Theta	4-7	Cansancio, relajación, inatención, sueño del día
Alpha	8-13	Buena atención, buena relajación
SMR*	10-14	Tranquilidad motórica, mejor estado de concentración
Beta	15-23	Concentración consciente con actividad mental o física
High-Beta	23-27	Tensión, pánico, "high energy"

Dependiendo de la motivación y de la cooperación del paciente y la familia se puede entrenar a partir de los 6 años. La duración de una sesión terapéutica es de aproximadamente 45 minutos, divididos en 4 bloques de 8-10 minutos (SCP: cada uno con 40 ensayos de 8 segundos). El terapeuta controla en su monitor los señales del EEG y de los artefactos (movimientos motores y oculares) y modifica/adapta según la dinámica y la condición del paciente en el entrenamiento la barrera (umbral) para potenciar el efecto positivo de la terapia. Es decir, en función de los objetivos planteados, las características del paciente y la dinámica de la sesión, el terapeuta va modificando el umbral de éxito a alcanzar durante la sesión. En este

sentido, el terapeuta podrá evitar frustraciones poniendo límites en un nivel difícil de alcanzar; se trata de ajustar el límite para que el paciente pueda cumplir los objetivos durante el 60-80% del tiempo.

Dependiendo del programa utilizado, el paciente puede ver en su pantalla parte de su señal bioeléctrica integrada en un objeto (p.ej, un avión oscila como la onda de la señal de SCP) o bien observa que la animación únicamente se mueve cuando cumple los criterios de éxito (p.ej, bajar la amplitud de Theta como indicador de fatiga y subir la amplitud de SMR como indicador de alerta. Cuando esto se cumpla, el paciente puede ver por ejemplo una mariquita caminando por un laberinto y ganando puntos mientras está comiendo. Cabe decir que el entrenamiento en Neurofeedback se aplica siempre bajo supervisión y control del terapeuta formado para garantizar una aplicación correcta. Esta supervisión continua permite también observar e intervenir si el paciente tiene dificultades, se cansa, manipula, se frustra o se bloquea. Los sistemas de uso domestico que cada vez más se encuentran en el mercado no permiten el control de los artefactos. Así pues el riesgo de entrenar hacia una dirección con señales erróneas incrementa el riesgo de fracaso terapéutico. Probablemente en el futuro dispondremos de sistemas que faciliten el entrenamiento en casa como coterapia (transfer) para intensificar la terapia en la consulta o laboratorio.

Para garantizar un efecto duradero el paciente tiene que entrenar la técnica durante 6 meses en 3 bloques de entre 8 y 10 sesiones cada uno. En la *fase inicial* (primeras 3-4 sesiones) el paciente se familiariza con la técnica; aprende a distinguir entre señales correctas y manipuladas por movimientos (artefactos). En pacientes con hiperactividad se aprovecha esta primera fase para entrenar e incidir sobre el control de los artefactos musculares (frente, extremidades) como paso inicial en la experiencia de autocontrol. Según las características y síntomas (p.ej, inquietud/ hiperactividad extrema) puede ser ventajoso aplicar primero algunas sesiones de biofeedback (entrenamiento de coherencia respiración y variabilidad de la frecuencia cardíaca). Este método permite conseguir/iniciar el proceso de interocepción. En la *fase de consolidación* (transcurridas entre 6 y 10 sesiones) el paciente aprende la técnica del *transfer*: en la animación de SCP sólo aparece la indicación o dirección (activación vs. desactivación) hacia donde la actividad cortical tiene que dirigirse sin recibir el feedback directo (p.ej, avión), y recibiendo al final el premio en forma de flash (ver figuras 1 y 2). A partir de las sesiones 8-10, el paciente empieza a transferir sus experiencias de autocontrol día la vida . Con pequeñas cartas plastificadas (que reflejan una foto de la pantalla con la que ha trabajado) el paciente practica el *transfer* en situaciones de rutina que requieren un nivel alto de concentración; antes de empezar los deberes o antes del inicio de la clase el paciente se enfoca durante 8-16 segundos a la “mini-pantalla” recordándose sus logros en las sesiones. El terapeuta realiza un seguimiento sobre la aplicación diaria de la técnica de transfer mediante autorregistros que son controlados y premiados por el

terapeuta en la siguiente sesión. Las fases de *transfer* se intensifican en las *fases de pausas* entre los bloques que tienen por objetivo aprender la aplicación de la técnica a la vida cotidiana; esto conduce finalmente a la *fase de automatización*. Tras 20-30 sesiones (dependiendo del protocolo y de la respuesta terapéutica) el paciente, en el caso ideal, ha interiorizado la técnica de auto-control a nivel de atención. Algunos pacientes pueden beneficiarse si se repiten algunas sesiones de recuerdo 12 meses después.

Figura 1. Entrenamiento en SCP. Fase inicial con premio visual.

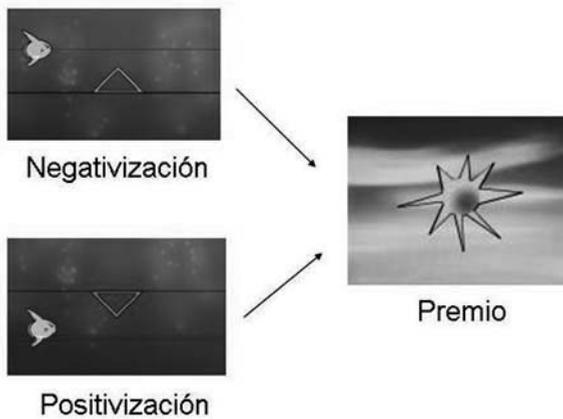
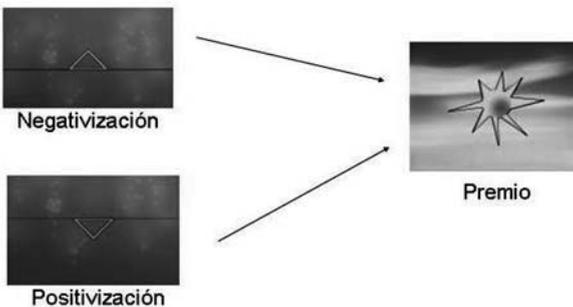
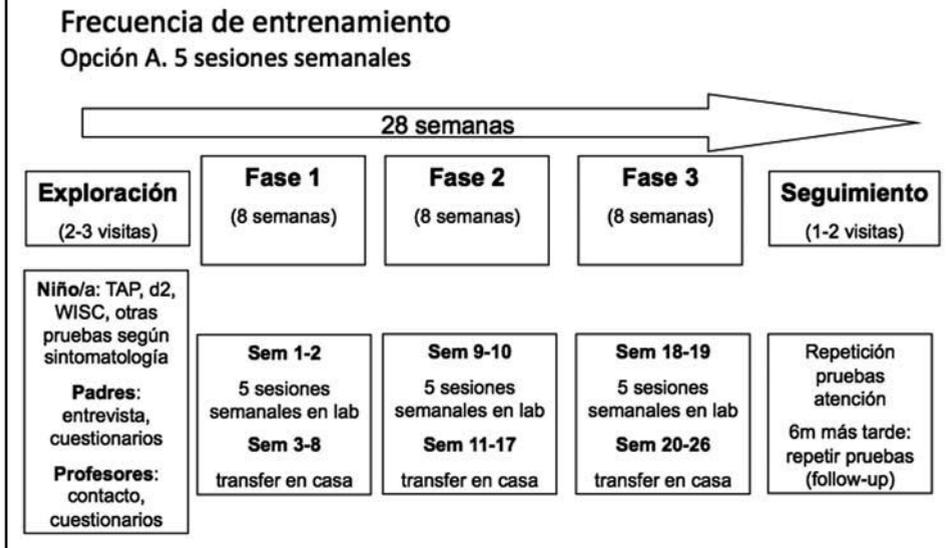


Figura 2. Entrenamiento en SCP. Fase de consolidación-transfer.



En la figura 3 presentamos el protocolo con el que trabajamos; hemos elegido presentar la frecuencia de cinco sesiones por semana, con la que se trabaja y se está generando investigación en la Universidad de Tubinga (Alemania). En nuestra práctica clínica la frecuencia más habitual es de realizar el Neurofeedback con frecuencia de una a tres veces por semana.

Figura 3. Protocolo de entrenamiento en Neurofeedback



Actualmente el entrenamiento en Neurofeedback en pacientes con TDAH es una opción terapéutica de uso generalizado en países como Holanda y Alemania. Desde los primeros trabajos sobre el Neurofeedback en los años setenta (Lubar y Shouse, 1976), la evolución de técnicas ha facilitado el desarrollo de nuevos conceptos terapéuticos. La mejor evidencia la aplicación del Neurofeedback en TDAH (tal y como resumiremos a continuación) y epilepsia focal. También se han publicado estudios sobre Neurofeedback y trastornos de sueño, adicción, trastornos de aprendizaje, traumatismo craneal, tinnitus, migraña, autismo y tics; cada vez más se aplica el Neurofeedback para mejorar el rendimiento (*peak performance*) de directivos, deportistas, artistas, también alumnos y estudiantes (Budzynski, Budzynski, Evans y Abarbanel, 2009). Respecto a la aplicación del Neurofeedback en TDAH, encontramos el metanálisis de Arns, de Ridder, Strehl, Breteler, y Coenen (2009) sobre la eficacia del tratamiento de Neurofeedback en pacientes infantiles con TDAH. Los autores concluyen señalando la presencia de tamaños de efecto elevados para inatención e impulsividad y tamaños del efecto medianos para casos de hiperactividad, siendo estos últimos más sensibles a los efectos no específicos del tratamiento. En este sentido, Gevensleben et al (2009) realizan un estudio multicéntrico (n=94) en el que encuentran tamaños de efecto de .55 para hiperactividad y .97 para inatención. Leins et al (2006) realizan un estudio sobre Neurofeedback en TDAH comparando el efecto del entrenamiento de bandas de frecuencia (n=19) con el de SCP (n=19) investigando sobre la interocepción, control de activación cortical y transfer del autocontrol a situaciones diarias. Midiendo diferentes parámetros neuropsicológicos (atención y QI) antes, durante

y seis meses después se obtuvieron resultados significativos a medio plazo en ambos grupos. Los resultados de Strehl, Leins, Goth, Klinger, Hinterberger y Birbaumer (2006) sobre el entrenamiento en SCP en una muestra de niños con TDAH muestran un efecto duradero de la terapia seis meses después de finalizar el entrenamiento. En conclusión, los resultados de los que disponemos sobre tratamiento de Neurofeedback en TDAH apuntan hacia indicios claros de mejoría sobre la concentración y el control del comportamiento aunque son necesarios estudios de replicación.

Figura 4. Una sesión de neurofeedback



La heterogeneidad en el fenotipo y la diversidad de condiciones ambientales. Ejemplo de tres casos clínicos

La etiqueta de TDAH puede orientarnos sobre qué medidas tomar en el entorno del niño y cómo trabajar con él. Sin embargo, debemos tener en cuenta la heterogeneidad fenotípica del TDAH así como los factores ambientales que le rodean. Podemos encontrarnos ante un niño diagnosticado de TDAH tipo combinado que sea totalmente diferente a una niña diagnosticada de TDAH tipo con predominio déficit de atención. Si a esto le sumamos la presencia de comorbilidades y estructuras familiares diferentes es fácil concebir la gran diversidad de casos sobre los cuales deberemos trazar estrategias individualizadas. Veamos todo ello a través de tres casos clínicos.

Caso A. Peter y una voz llamada alergia.

Peter tiene 11 años y es el mediano de 5 hermanos. Sus padres acuden a nuestra consulta remitiendo dificultades de atención y problemas de comportamiento en el colegio. Nos explican también que desde hace 3 años presenta una alergia ocular y dermatitis atópica importante (que remite en periodos vacacionales) por la que es motivo de insultos en el recreo y en clase de natación. Estos insultos han provocado

peleas con compañeros y el abandono de la clase de natación bajo el desconocimiento de sus padres. Peter es un chico inteligente, tierno y con muchos recursos. Vino derivado con el diagnóstico TDAH combinado, con un alto factor de riesgo para *bullying* y una psicopatización a través de atopía. Los padres descartan iniciar un tratamiento farmacológico debido a las altas dosis de medicamentos que Peter toma por su alergia. Iniciamos la estrategia de intervención con padres y profesores para abordar la sintomatología del TDAH (psicoeducación, pautas de organización para realizar tareas escolares más supervisión de agenda y pautas para incrementar su capacidad atencional). En una segunda fase iniciamos un tratamiento de Neurofeedback con Peter donde trabajamos su capacidad de concentración y los síntomas de impulsividad. Paralelamente, realizamos una intervención psicoterapéutica con Peter donde trabajamos la conciencia corporal y las posibles funciones de la alergia; mediante la externalización conseguimos dar voz a la alergia y nos explica su función de alarma “aparece cuando no sé enfrentarme a mis problemas”. El camino a seguir consiste en trazar otras estrategias con las que Peter se sienta ayudado, protegido y fuerte para poder hacer frente a determinadas situaciones además de supervisar y continuar con estrategias para TDAH como las descritas en apartados anteriores. Se trata de un caso que actualmente continúa en tratamiento muy cercano a la fase de automatización en Neurofeedback.

Caso B. Víctor y sus llamadas de auxilio.

Víctor es un niño de 13 años, hijo único de padres separados. El padre nos consulta por dificultades de atención y, principalmente, problemas de conducta y de relación con sus padres, profesores (tras una situación problemática se muestra arrepentido, pero poco rato, porque después se muestra desafiante e incumple de nuevo las normas) y compañeros (les quita el material escolar, tira del pelo a las niñas, insulta, en el comedor simula chupar los cubiertos de los demás). Víctor es un niño sensible que se enternece y cuida a animales y niños más pequeños pero su mirada se vuelve fría y su comportamiento perturbador en clase y en casa. Se trata de un caso de TDAH tipo combinado coexistente con un TND. Además, la relación conflictiva existente entre sus padres configura una dinámica familiar compleja con diversas alianzas y triangulaciones.

Desde el principio de la terapia nos planteamos si estos comportamientos disruptivos pueden ser una llamada de socorro al no saber escapar de todas estas circunstancias que desde pequeño y hasta el momento actual han configurado un panorama complicado y le han etiquetado de “niño problemático”. Las estrategias de intervención implican a padres, al propio Víctor, al tutor del colegio y a la reeducadora que, una vez por semana, ayuda a Víctor en casa a hacer los deberes. Realizamos psicoeducación sobre el TDAH y ofrecemos algunas estrategias para el manejo del comportamiento e incremento de la atención así como organización a la hora de realizar tareas escolares. Trabajamos también el establecimiento de

horarios y hábitos en casa para estructurar y establecer rutinas implicando a Víctor en todo este proceso de toma de decisiones mediante contratos. En encuentros puntuales que mantenemos con los padres incidimos sobre la importancia de converger en un mismo estilo educativo y las consecuencias negativas de enviar mensajes divergentes a Víctor. Observamos un importante grado de ansiedad y desbordamiento en el padre, quien nos llama muy angustiado cuando, por razones logísticas tenemos que espaciar los días entre visita y visita.

Con el chico iniciamos un tratamiento de Neurofeedback donde trabajamos principalmente el autocontrol y la autoeficacia. Paralelamente iniciamos un proceso psicoterapéutico con el objetivo de enseñarle a relacionarse de una forma diferente con los demás. Un punto importante en nuestro trabajo consiste en ofrecer visiones alternativas, por ejemplo, a su concepción sobre el funcionamiento de las personas donde “están conmigo o están contra mí”. Conjugamos esto con estrategias de habilidades sociales y prevemos entrar más adelante en el trabajo emocional. Prevemos un proceso terapéutico largo debido a que los síntomas aparecen instaurados desde hace años y contamos con una estructura familiar compleja.

Caso C. Vincent, en mi casa mando yo.

Vincent es un niño de 10 años que acude a nuestra consulta con un diagnóstico de TDAH tipo combinado comórbido a un TND que podría derivar a trastorno disocial; el informe psiquiátrico destaca otros rasgos como la frialdad emocional y ausencia de empatía. Actualmente toma Metilfenidato para el TDAH reduciendo la dosis de la misma durante el fin de semana. Desde el colegio informan sobre varios incidentes como insultos, palabrotas y peleas con compañeros durante las clases y el recreo llegando a lanzar un objeto contra otro niño. Los padres han iniciado diversos tratamientos y acuden a nuestro centro para informarse sobre el Neurofeedback. Vincent es un niño de pocas palabras, que raramente mira a los ojos y que de vez en cuando nos enseña algún dibujo suyo.

Al explorar la dinámica familiar nos encontramos con un padre bastante ausente y observamos un alto incumplimiento de normas (no vestirse, no comer solo, no lavarse los dientes, no recoger su ropa) y conductas que los padres perciben como provocativas (cuando la madre le da de comer, habla y baila). Nos encontramos con numerosas soluciones intentadas (básicamente castigos, sermones y finalmente acabar realizando las tareas que debe realizar Vincent) y escasos resultados. Se diseña un tratamiento multidisciplinar que empieza por el contacto con el colegio y la determinación de introducir en clase a un asistente que trabaja técnicas de control de comportamiento con Vincent (la dinámica en clase mejora considerablemente). Paralelamente se realiza psicoeducación y tratamiento de Neurofeedback con Vincent, donde se trabajan aspectos de autocontrol y concentración. A su vez, se realizan sesiones de trabajo con la madre donde se trabaja el establecimiento y cumplimiento de normas. El objetivo es trabajar sobre una

jerarquía familiar donde los padres sean quienes establecen las normas y el niño pueda participar de otra manera de la vida familiar; se trata de trasladar la atención positiva que Vincent recibe cuando no cumple las normas hacia nuevas dinámicas donde reciba los cuidados y atenciones adecuados a su edad sin necesidad de mostrar comportamientos perturbadores. Destacamos también la importancia de que ambos padres establezcan pautas y consecuencias consensuadas y comunes entre ellos. Todo ello comprendiendo las dificultades derivadas del TDAH y teniendo en cuenta la presencia de comorbilidad.

Conclusiones y discusión

En el presente artículo hemos reflejado el trabajo que actualmente realizamos en niños y adolescentes con TDAH.

Un punto importante en el proceso de evaluación y tratamiento es la psicoeducación sobre el trastorno, dirigida a padres, profesores y a los propios niños. Se trata de que esta etiqueta diagnóstica no se convierta en una definición estática; en alguna ocasión nos han llegado niños explicando “soy TDAH” o “soy disléxico”. Se trata sin duda de una definición reduccionista que no da cabida a otras características, otros puntos fuertes y también puntos débiles que conforman la integridad de todas las personas y por supuesto, también la de nuestros pacientes y sus familias.

Es frecuente encontrar una amplia heterogeneidad que viene dada por la edad del paciente, el sexo, la presencia y el tipo de comorbilidades asociadas al TDAH, las características del contexto familiar, escolar, social y múltiples variables como las vivencias del niño y su entorno, el significado que otorgan a cuanto ocurre a su alrededor, sus estrategias de afrontamiento, etc. Resulta imprescindible ser metódicos en una exhaustiva evaluación y, consecuentemente, una buena planificación del tratamiento, pero también ser abiertos y flexibles para poder adoptar aquellas medidas que puedan resultar útiles en cada caso. Adoptar un enfoque global y multidisciplinar dota de cierta coherencia al tratamiento y nos aleja de la visión reduccionista que pueda darnos el sumatorio de síntomas en un cuestionario o test psicométrico (que sí nos pueden resultar útiles como complementos diagnósticos).

Nuestro trabajo con técnicas de Biofeedback y Neurofeedback forma parte de esta visión integradora y un concepto terapéutico multimodal; son técnicas complementarias con otras opciones de tratamiento como el farmacológico, entrenamiento a padres, reeducación psicoterapia, etc., es decir, entendemos en Neurofeedback como un componente vehicular que implica un alto grado de participación activa del paciente. En la mayoría de casos realizamos sesiones de psicoeducación y entrenamiento con padres mientras que, paralelamente, el paciente entrena con Neurofeedback. A diferencia de la medicación, donde el paciente refiere que su estado de atención es tónico (siempre en alerta), el Neurofeedback permite conocer la dinámica de la atención como un proceso fásico (subir actividad SMR o Beta en

el momento de realizar una tarea y bajarla cuando se ha finalizado). Mediante este proceso de aprendizaje el paciente adquiere un locus de control interno sobre su concentración y experimenta autoeficacia que se puede considerar la base de la motivación y la autoconfianza.

Muchos padres acuden a nuestra consulta para encontrar una opción terapéutica diferente o complementaria a la medicación. En estos casos cabe valorar exhaustivamente los pros y contra de usar uno y/u otro tratamiento, como el efecto inmediato de la medicación frente al efecto a medio plazo del Neurofeedback (factor probablemente relevante si existe presión de la escuela) o la presencia de efectos secundarios de la medicación ausentes en Neurofeedback. La terapia medicamentosa está indicada en situaciones de grave afectación del rendimiento escolar, de la vida social y familiar con un riesgo elevado de desviación en la carrera escolar. Jóvenes suficientemente reflexivos refieren necesitar medicación sobre todo cuando el TDAH se diagnostica en la adolescencia por sus sentimientos de frustración e incapacidad; desean un tratamiento efectivo de forma inmediata. Una vez reconducido el caso (parcialmente) o de forma paralela se trabaja con otras técnicas del concepto multimodal de tratamiento. La elección de la medicación depende también de los trastornos comórbidos (tics, ansiedad, riesgo de dependencia), otros síntomas clínicos (epilepsia, trastorno de conciliación del sueño), perfil de posibles efectos secundarios, contraindicaciones, resultados de estudios y la experiencia del profesional con la medicación. La indicación de fármacos se valora de forma regular conjuntamente con pacientes y familias. La mayoría de los pacientes toleran muy bien la medicación y hay beneficios evidentes con mejoría de la calidad de vida. (Kahl et al., 2012) aunque algunos pacientes refieren un notable cambio de su “autenticidad”.

Llama la atención que un trastorno psiquiátrico descrito desde hace 100 años sea actualmente el más diagnosticado y más medicalizado en la infancia y adolescencia. El reciente informe de una de las aseguradoras más importantes de Alemania ha generado controvertidos debates entre los profesionales causando un gran impacto en la opinión pública. Establece que entre 2006 y 2011 la prevalencia de TDAH en personas menores a 19 años incrementó un 42% (de 2,42 a 4,14%); en 2011, 472.000 niños y 149.000 niñas tenía el diagnóstico de TDAH en Alemania. Entre los niños nacidos en el 2000 el porcentaje de TDAH es del 20% en niños y 7,8% en niñas (Grobe, Bitzer, y Schwartz, 2013). Son cifras que probablemente no dejen indiferente a ningún lector; ante ellas nos preguntamos ¿vienen corroboradas por procesos exhaustivos y precisos de evaluación?, ¿o quizás responden al sobrediagnóstico del que hablábamos anteriormente?, ¿se relacionan con el estilo de vida o sistema pedagógico actuales? Otro punto que invita a la reflexión es el hecho de que el número de diagnósticos aumenta entre los 9 y 12 años, edades importantes en el cambio del ciclo educativo.

Con esto, no quisiéramos adscribirnos como profesionales en contra de la

medicación, simplemente invitamos a la reflexión sobre la necesidad de la misma y la cautela a la hora de prescribir fármacos. Son muchos los foros en los que se debate el tema del sobrediagnóstico del TDAH. Es cierto que puede obtenerse la receta de medicamentos para TDAH sin un proceso exhaustivo de evaluación que aporte indicios para ello y también nos encontramos con otras realidades en que se han minusvalorado los problemas de niños con verdaderos problemas de déficit de atención. Desde aquí abogamos por un mayor conocimiento especializado sobre el TDAH que nos permita disminuir las tasas de sobrediagnóstico y también de subdiagnóstico del trastorno.

Como hemos visto, existe un amplio abanico de opciones terapéuticas en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH. En nuestro día a día somos conscientes de los beneficios, por ejemplo, de un tratamiento en Neurofeedback combinado con un trabajo con padres, con el niño y un contacto periódico con sus profesores valorando la necesidad de medicación. Pero no podemos olvidar que, personas con escasos recursos económicos vean enormemente restringido el acceso a este tipo de tratamientos. Debemos ser conscientes de las relevantes repercusiones derivadas de la ausencia de tratamiento (ya sea por no existir un diagnóstico adecuado o no darse las condiciones socioeconómicas necesarias que lo permitan) pero también de las altas cifras de prevalencia que existen actualmente.

La discusión en los núcleos profesionales y en el ámbito público reflejan una gran necesidad de diagnosticar correctamente el trastorno en toda su complejidad y pautar una terapia individualizada integrada en el contexto psicosocial y pedagógico. Si pensamos en el gran número de pacientes y familias afectados actualmente, se hace patente que necesitamos más recursos en el ámbito sanitario y pedagógico. Si un trastorno tan complejo y frecuente como el TDAH puede tener consecuencias irreversibles para el paciente y la familia se hace imprescindible el poder ofrecer una intervención adecuada. Según nuestra opinión, la toma de conciencia sobre todo lo aquí comentado debe de ir acompañado de la generación de infraestructuras y recursos a nivel público, lo cual se convierten en una inversión no sólo justificada, sino necesaria a nivel social.

Otro aspecto sobre el cual consideramos necesario seguir trabajando (tanto a nivel clínico como de investigación) es el ámbito de la prevención y atención precoz; plantearnos, por ejemplo, que desde la pediatría puedan detectarse tempranamente riesgos y síntomas sospechosos de TDAH y que, a pesar de no existir un diagnóstico formal, pueda iniciarse el camino de la prevención. Iniciar un asesoramiento a padres de lactantes difíciles, entrenar a padres de preescolares movidos, informar y fomentar el tiempo de juego con el niño dando pautas al respecto pueden ser líneas de trabajo y que van a generar una base sólida importante para los próximos años. Quisiéramos mencionar en este contexto el trabajo de Papoušek (2012) donde trata su hipótesis según la que la importancia del desinterés hacia el juego en la primera infancia es un indicador para la psicopatología del TDAH y

aboga que para un buen desarrollo y funcionamiento del sistema de atención es primordial la interacción entre padres e hijos, sobretodo, a través del juego infantil. Coincide con Panksepp (2007) en que el juego de fantasía y de rol es un factor de protección para la formación del *social brain* y la conducta social, inhibe la impulsividad, fomenta la empatía y la autorreflexión.

Se trata pues, de combinar el trabajo de prevención e intervención individualizada con una mayor conciencia social y movilización de recursos, algo que poco a poco va surgiendo aunque, sin duda, queda aún mucho camino por recorrer.

El presente artículo describe el tratamiento realizado con niños y adolescentes con TDAH y también con sus familias. Se trabaja con técnicas de Biofeedback y sobretodo Neurofeedback para mejorar la concentración, autocontrol y autoeficacia. Son técnicas que requieren la participación activa del paciente. El trabajo con Neurofeedback forma parte de un tratamiento más amplio donde se realizan otros tipos de intervenciones que incluyen al propio paciente (psicoterapia, reeducación, tratamiento farmacológico), a la escuela y a la familia (trabajo con padres de psicoeducación y pautas terapéuticas). Se trata de realizar una evaluación exhaustiva que permita diseñar el tipo de intervención más adecuado en cada caso, entendiendo al paciente en su globalidad y optando por un tratamiento multimodal.

Palabras clave: Trastorno de déficit de atención; biofeedback; neurofeedback; psicoterapia; reeducación; tratamiento multimodal; infancia; adolescencia

Referencias bibliográficas

- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Neurología de la Conducta*, 47(1), 39-45.
- Alda, J.A., de Serrano, E., Serrano, J.J. (2010) *Faroshshjd*. Recuperado 10/05/2012 www.faroshshjd.net/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed, Rev.). Washington DC: APA.
- Arns, M., de Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M. y Coenen, A. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG and neuroscience*, 40(3), 180-189.
- Banaschewski, T., Poustka, L. y Holtmann, M. (2011). Autism and ADHD across the life span. Differential diagnoses or comorbidity? *Der Nervenarzt*, 82(5), 573-580.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. y Herrero, M (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Bloonquist, M.L. (1996). *Skills training for children with behavior disorders. A parent and therapist guidebook*. New York: Guilford Press.
- Bonet, T (1992). *Problemas psicológicos en la infancia: programas de intervención*. Valencia: CINTECO Publicaciones.

- Budzynski, T.H., Budzynski, H.K., Evans, J.R. y Abarbanel, A. (2009). *Introduction to quantitative EEF and Neurofeedback. Advanced theory and applications* (2nd ed.). London: Elsevier.
- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): what every clinical should know. *European journal of paediatric neurology*, 16(5), 422-433.
- García, M. y Ibanez, M. (2007). Apego e hiperactividad: un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Revista de Psicoterapia*, 18(72), 57-75.
- Gargaro, B.A., Rinehart, N.J., Bradshaw, J.L., Tonge, B.J. y Sheppard, D.M. (2011). Autism and ADHD: how far have we come in the comorbidity debate? *Neurosciences and Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1081-1088.
- Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Vogel, C., Sschlamp, D., Kratz, O., et al (2009). Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 780-789.
- Giusti, L. (2000). Programa de orientación y entrenamiento a padres de niños con ADHD. En E. Joselevich (comp.), *Síndrome de déficit de atención con y sin hiperactividad AD7HD en niños, adolescentes y adultos* (pp.57-69). Buenos Aires: Paidós.
- Greene, R.W. (2001). *El niño insoportable*. Madrid: Ediciones Medici.
- Grobe, T.G., Bitzer, E.M. y Schwartz, F.W. (2013). *Barmer GEK-Arztreport 2013. Aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitätsstörungen ADHS*. Berlín: Barmer GEK.
- Jensen, P.S., Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158.
- Kahl, K.G., Hendrik, J., Schmid, G. y Spiegler, J (2012). *Praxisshandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen*. Stuttgart: Thieme.
- Leins, U., Hinterberger, T., Kaller, S., Schober, F., Weber, C. y Strehl, U. (2006) Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 384-407
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, E., Pando, F., Varela-Casal, P., et al. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49, 257-264.
- Lubar, J.F. y Shouse, M.N. (1976). EEG and behavioural changes in a hyperkintic child concurrent with training of sensimotor rhythm (SMR). A preliminary report. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1(3), 293-306.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. y Romero, B. (2011). *El alumno con TDAH. Guía para educadores* (4^a ed.). Barcelona: Mayo Ediciones.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Monastra, V. (2005). *Parenting Children with ADHD: 10 Lessons That Medicine Cannot Teach*. Washington: APA Life Tools
- Orjales, I., y Polaino, A. (2010). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE.
- Panksepp, J (2007). Can play diminish ADHD and facilitate the construction of a social brain. *Journal of the Canadian Academy of child and adolescent psychiatry*, 16(2), 57-66.
- Papoušek, M. (2012). Kommunikation und Sprachentwicklung im ersten Lebensjahr. En M. Cierpka (comp.), *Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (pp. 69-80). Berlin: Springer Verlag.
- Piñero, B. y Benito, R. (2011). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. Evolución a lo largo de la vida y sus comorbilidades*. Madrid: Draft Editores.
- Strehl, U., Leins, U., Goth, G., Klinger, C., Hinterberger, T. y Birbaumer, N (2006). Self-regulation of Slow Cortical Potentials: A New Treatment for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 118(5), 1530-1540.
- Strehl, U., Leins, U., y Heinrich, H. (2011). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). En W. Rief y N. Birbaumer (comp.). *Biofeedback* (pp. 238-260).
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Revista de Psicoterapia en Internet

Apreciado suscriptor,

Recientemente, la Revista de Psicoterapia ha lanzado su versión digital a la que puede acceder desde hoy mismo en www.revistadepsicoterapia.com y desde la que esperamos poder ofrecer un mejor servicio e intentar ayudar a la difusión de nuestros contenidos.

Como suscriptor de la revista en papel, usted tiene libre acceso al fondo editorial de la misma en formato digital (pdf) al que podrá acceder, por artículos separados o por números completos, en la sección “Fondo Editorial” o realizando directamente una búsqueda por palabra clave en el buscador que hemos habilitado en el sitio web.

Sin embargo, para poder descargar los artículos en su ordenador antes deberá activar su cuenta para poder iniciar sesión en el sitio web como usuario registrado. Para hacerlo sólo tiene que entrar en la página de “Suscripciones” y rellenar la casilla inferior de la columna de la izquierda (YA SOY SUSCRIPTOR) con su nombre completo y dirección e-mail para que podamos activar su cuenta y mandarle por correo electrónico su nombre de usuario y contraseña. Con estos dos datos podrá iniciar sesión en el web y descargar tantos archivos como desee dentro del periodo de vigencia de su suscripción.

Por favor, utilice un nombre con el que podamos identificarle como suscriptor de la revista.

Todo el proceso se realizará de manera manual y personalizada por lo que rogamos disculpe la demora mientras no reciba nuestra respuesta en forma de nombre de usuario y contraseña.

No dude en ponerse en contacto con nosotros para resolver cualquier duda.

Atentamente,

Revista de Psicoterapia

RETOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA POSTADOPCIÓN: UNA PROPUESTA INTEGRADORA

Meritxell Pacheco, Laia Garcia, Sandra Ger, Cristina Sallés, y Berta Boadas

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull
meritxellPP@blanquerna.url.edu

People involved in the adoption of a child are facing increasing challenges such as the adoption of older children who have experienced long periods of institutionalization, and the adoption of sibling groups. It is therefore necessary that research on adoption and professional intervention in the field do inform each other as well as getting increase the expertise of professionals working in the field. We present a model of intervention on post-adoption, based on relational constructivism, integrative, focused on the relationship and interdisciplinary that particularly emphasizes processes related to the construction of identity and also underlines the restorative function of adoptive parenthood.

Keywords: Post-adoption, adoption, psychotherapy, relational constructivism

El periodo comprendido entre 1997 y 2004 es considerado como el del *boom* de las adopciones internacionales en España, puesto que se produjo un súbito incremento de éstas. Este incremento tan repentino supuso que tanto las familias que solicitaban adoptar como las que ya lo habían hecho se encontrarán con profesionales que en su mayoría no contaban con formación específica sobre todo lo que implica un proceso de adopción en sus distintas etapas. Esto se debía sobre todo a la escasez en aquel momento de programas de formación sobre adopción, a la vez que al hecho que la investigación sobre adopción se desarrollaba paulatinamente y a menudo la investigación y la intervención profesional seguían caminos independientes. Aunque en la actualidad investigación y práctica clínica siguen sin estar suficientemente vinculadas, al menos ahora sí que existe la conciencia entre profesionales e investigadores de que deben estarlo y avanzar en la misma dirección. Investigadores de renombre internacional como Palacios y Brodzinsky (2010a, 2010b) se han dedicado al análisis de la evolución a lo largo de las décadas

de las tendencias sobre investigación en adopción y llegan a establecer algunas implicaciones de los resultados de investigación para la práctica profesional con familias adoptivas y personas adoptadas, haciendo constar la necesidad de seguir trabajando en la interconexión entre teoría y práctica. Este sería el principal reto con el que nos encontramos los profesionales e investigadores que trabajamos con adoptados, y es precisamente en este punto en el que tiene sentido el trabajo que aquí presentamos. Mostramos un modelo de intervención en la postadopción, informado por los principales resultados de investigación de las últimas décadas y fundamentado en el posicionamiento teórico integrador del constructivismo relacional (Botella, Herrero, Pacheco y Corbella, 2004).

Aunque la etapa del boom de las adopciones representó un reto tanto para los padres adoptivos como para los profesionales que trabajaban con sus hijos (maestros, pediatras,...) desde 2005 está descendiendo considerablemente en todo el mundo el número de adopciones internacionales (Selman, 2010) y este hecho abre un periodo de nuevos retos que prosiguen en la actualidad cuando todavía no habíamos acabado de afrontar los antiguos. Uno de los motivos por los cuales disminuye el número de adopciones internacionales, además de la ingente crisis económica que afecta a la mayor parte del mundo occidental, es el aumento de los tiempos de espera para la adopción de un menor. Las familias inician los trámites para adoptar pero no pueden saber a ciencia cierta cuánto será el tiempo que deberán esperar; sólo saben que cada vez es mayor. Las familias que llegan a adoptar se encuentran con hijos mucho mayores de lo esperado, y los hijos con padres mucho mayores de lo que sería deseable. Además, la dificultad para llegar a la adopción hace que cada vez sea más frecuente la adopción de grupos de hermanos. Así, uno de los retos que se nos plantea en la actualidad es el incremento del número de adopciones especiales, puesto que aunque disminuya en general el número de adopciones, va aumentando sustancialmente el número de casos de adopciones especiales.

A pesar de que, como veremos, todos los niños adoptados tienen necesidades especiales derivadas de las circunstancias que motivaron su adopción (Berástegui y Gómez, 2007; Berástegui, 2010) existe una definición específica para la adopción de niños con necesidades especiales. Dicha definición varía ligeramente en las distintas comunidades autónomas españolas y también en los distintos países, pero en general se entiende por adopción especial la adopción de niños de mayor edad, y/o que pertenecen a un grupo de hermanos, y/ o que tienen discapacidad física, sensorial o psíquica, y/ o enfermedad crónica. Obviamente, las adopciones especiales entrañan a priori más riesgos que las no especiales, entendiéndose que el riesgo en las especiales radica sobre todo en la dificultad para encontrar familias capaces de asumir las necesidades diferenciales en cada etapa evolutiva de la crianza de estos niños (Windk, Brooks y Barth, 2007). A pesar de esta dificultad, como hemos visto la realidad social actual hace que cada vez haya más familias que inician un

proceso de adopción especial, esperando tiempos de espera más breves y necesidades asumibles para ellas (Berástegui, 2009; Selman, 2010).

Qué nos dice la investigación

Como vemos, todos los agentes implicados en la adopción de un menor se enfrentan a retos crecientes y es necesario que la investigación sobre adopción y la intervención profesional en el ámbito se informen mutuamente. Palacios y Brodzinsky (2010b) esbozan, partiendo del análisis de las distintas tendencias en la investigación sobre adopción a lo largo de los años, cuáles son las principales líneas de actuación que deberían seguirse en la práctica profesional con adoptados. Estos autores definen tres tendencias que sintetizan los principales intereses de investigación en cada momento, destacando el hecho que no son mutuamente excluyentes entre sí. Inicialmente la investigación sobre adopción era escasa y poco sistemática y fue a partir de la década de los ochenta que se incrementó el número de investigaciones sobre la temática, pretendiendo llegar a discernir si los adoptados tenían más problemas psicológicos que los no adoptados. Mediante estas investigaciones, pertenecientes a la primera tendencia que definen Palacios y Brodzinsky (2010b) se concluyó que la mayoría de los niños adoptados presentan un funcionamiento psicológico dentro de la normalidad, aunque una parte de ellos muestra muchos más problemas de aprendizaje, atencionales, y de comportamiento como hiperactividad, conducta impulsiva y agresiva que los no adoptados. Las principales implicaciones de estos resultados para la práctica profesional con familias adoptivas tienen que ver con la necesidad de preparar a las familias, previamente a la adopción, para tomar conciencia de la mayor probabilidad de problemas en sus hijos, así como ayudarles a prepararse para afrontarlos.

A finales de la década de los 80 e inicios de los 90 –segunda tendencia de investigación sobre adopción– tomaron auge las investigaciones en las que se comparaba el estado inicial de los niños al llegar con su recuperación posterior. El estudio de Juffer, van Ijzendoorn y Palacios (2011) es una buena muestra de éstas. A partir de las conclusiones halladas se puso de manifiesto la necesidad de servicios de apoyo a la postadopción, en los que se pudiera atender a las familias que presentaban mayores problemas para la recuperación tras la adversidad vivida al inicio de la vida de sus hijos adoptivos. Como se concluye en las investigaciones de la segunda tendencia, los retrasos en peso y altura suelen recuperarse completamente mientras que los retrasos en el desarrollo psicológico se recuperan más lentamente y no siempre de forma completa (Palacios y Brodzinsky, 2010b). Además, las dificultades en los procesos de apego suelen recuperarse mucho mejor en los niños adoptados antes de su primer año y medio de vida. En este sentido, y teniendo en cuenta que la edad de adopción de los niños en la actualidad cada vez está siendo mayor, los servicios de postadopción deben desarrollar procesos que permitan evaluar adecuadamente la evolución del desarrollo psicológico de los

niños así como ayudar a fomentar el apego seguro de los niños adoptados y a crear el contexto necesario para favorecer la recuperación en las distintas áreas afectadas. Los equipos de postadopción suelen ofrecer como mínimo tres servicios: asesoramiento y orientación familiar, intervención psicoterapéutica y asesoramiento o mediación en la búsqueda de orígenes (Palacios, 2007).

A partir de finales de los 90 e inicios del 2000 se inicia la tercera tendencia de investigación sobre adopción, en la que los estudios se centran en tratar de explicar—no únicamente describir—los procesos subyacentes al desarrollo y al ajuste psicológico, social y emocional de las personas adoptadas. Aparecen investigaciones centradas en procesos individuales y también se estudian las interacciones familiares. Por primera vez se empieza a prestar atención al adulto adoptado, tanto en cuanto a sus relaciones familiares (ver p. e., Negre, Forns i Freixa, 2007; Garcia y Pacheco, 2010) como en cuanto a procesos referidos a la búsqueda de orígenes. Las implicaciones de la tercera tendencia para la práctica profesional con adoptados tienen que ver con la necesidad de incrementar el apoyo postadoptivo centrado en las dinámicas familiares, y muy especialmente en los procesos de apego y en el fomento del sentido de pertenencia a la familia. Además, puesto que cada vez va tomando más fuerza la temática de la búsqueda de orígenes sería necesario mejorar la atención y los procedimientos en este sentido.

Intervención en la postadopción

A continuación describiremos el modelo de trabajo que desarrollamos en el servicio de postadopción de la Fundació Blanquerna Assistencial i de Serveis (FBAS), un espacio de asesoramiento, orientación e intervención psicológica, pedagógica y social sobre la acogida y la adopción. Nuestra tarea se dirige tanto a individuos (el niño o el adulto adoptado, la familia adoptiva) como a colectivos que trabajan en adopción o acogida (otros equipos profesionales, asociaciones, escuelas, peditras...). También desarrollamos programas de formación y de investigación vinculados a distintos grupos de investigación de la FPCEE Blanquerna (Universitat Ramon Llull). Nuestro modelo de intervención se informa de los resultados de investigación existentes y parte de un posicionamiento teórico **integrador, centrado en la relación, e interdisciplinar**.

Es un modelo **integrador**, en el sentido que trabajamos desde la consideración conjunta y teóricamente coherente de las diferentes evidencias empíricas sobre el ámbito. Nuestro posicionamiento metateórico arraiga en el constructivismo relacional (Botella, 2006; Botella, Herrero, Pacheco y Corbella, 2004; Pacheco y Botella, 2000) según el cual el proceso de construcción de la identidad es relacional. Es decir, la persona se va definiendo a sí misma a partir de los significados construidos intersubjetivamente en la relación con los demás. El constructivismo relacional se estructura en diez principios básicos que ponen de manifiesto el marcado papel del lenguaje en la construcción de significado así como el poder de las conversaciones

para generar narrativas de identidad. Obviamente, las figuras parentales son un claro referente para la construcción de significado y, por lo tanto, para la construcción de la identidad. En el caso del adoptado, además, sus narrativas de identidad incluyen significados sobre el hecho de haber sido adoptado, de haber sido previamente abandonado y sobre la construcción que hacen sobre sus orígenes.

En este sentido, proponemos un modelo **centrado en la relación**. Partimos de la evidencia que la experiencia relacional y afectiva moldea la persona desde el inicio mismo de su vida (ver p. e., Siegel, 2005) y que, por lo tanto, los procesos relacionales son elementos clave para la construcción de la identidad y para el logro del equilibrio emocional. Teniendo en cuenta que el niño adoptado se inicia en la vida sufriendo carencias en todos los ámbitos y particularmente en el afectivo, en el caso de la filiación adoptiva atendemos especialmente los procesos relacionales. Dentro del fomento de los procesos relacionales, enfatizamos el refuerzo de los mecanismos de vinculación afectiva en la familia.

Además, nuestro modelo de intervención para la postadopción es **interdisciplinario**, puesto que está formado por profesionales de distintas disciplinas (psicología, pedagogía y trabajo social) que trabajamos de manera integrada y en colaboración con profesionales externos de otras disciplinas como la neurología y la psiquiatría. De esta manera abordamos el desarrollo global del hijo adoptivo y de su familia, abarcando los aspectos cognitivos, psicomotores, emocionales, educativos, sociales, médicos y muy especialmente, los relacionales.

Con la **intervención integradora, centrada en la relación e interdisciplinaria**, ayudamos a las familias adoptivas a favorecer el desarrollo óptimo de sus hijos. Y lo hacemos desde la potenciación de las capacidades cognitivas, emocionales, educativas y sociales del niño, a la vez que mediante el fomento de los patrones de apego seguro en los hijos adoptivos. Los patrones de apego seguro propiciarán que el niño pueda desarrollar la capacidad para regular sus propias respuestas emocionales a las experiencias cotidianas y, en consecuencia, construir narrativas de identidad coherentes.

¿Quién soy?

Antes de adentrarnos en la exposición del proceso terapéutico con adoptados debemos incidir, aunque sea brevemente, en nuestra conceptualización teórica sobre cómo concebimos la identidad desde el constructivismo relacional, puesto que en la intervención con adoptados atendemos muy especialmente a los procesos relacionados con la construcción de ésta.

Desde el constructivismo relacional consideramos que la identidad es tanto el proceso como el resultado de la construcción de narrativas del sí mismo (Botella et al., 2004). No nos afectan tanto los hechos en sí como la construcción narrativa que hacemos sobre ellos en relación con los demás. La vida, en este sentido, se desarrolla en las historias que nos contamos a partir de la relación con los demás, sobre los

hechos que vivimos y sobre quién somos. Es en este sentido que hablamos de **Construcción dialógica del sí mismo**, puesto que consideramos que la identidad se desarrolla a partir de la elaboración de teorías personales, fruto de la construcción de narrativas sobre el sí mismo, narrativas construidas relacionamente y contextualizadas social y culturalmente (Botella, Corbella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2005). Partimos de la definición del sí mismo como dialógico (Hermans, 2002, 2004) y por lo tanto: (a) interpersonalmente creado y conectado, (b) multifacético, puesto que existen diversas posiciones del yo y todas contribuyen a configurar el sentido de sí mismo, y (c) dinámico, ya que aunque el sí mismo sea relativamente estable es variable en el tiempo y según el contexto socio-cultural. Por lo tanto, la construcción del sí mismo no es un resultado final, sino un proceso que se organiza en narrativas.

El sí mismo puede definirse como una multiplicidad dinámica de posiciones relacionales del Yo en un paisaje imaginario. No existe un único narrador omnisciente que controle a los demás “personajes”, sino que cada uno va tomando protagonismo en distintos momentos y cuando lo hace es identificado como Yo por el sujeto (Hermans 2002, 2004). Así, la consideración del sí mismo como multifacético es coherente con una visión postmoderna de la identidad y por lo tanto alejada de las tradicionales concepciones modernas sobre el yo que privilegian la idea de un yo perfectamente unitario, coherente y estable a lo largo del tiempo. El sí mismo como multifacético, no obstante, no implica una suerte de personalidad múltiple, sino diversas posiciones del yo que, aunque tengan sentido independientemente, se influyen mutuamente. En diversos momentos vitales puede tomar protagonismo un posicionamiento relacional u otro, y el que toma protagonismo es a partir del cual se estructuran principalmente las narrativas de identidad; por este motivo es identificado como Yo por el sujeto. A modo de ejemplo, la persona que está viviendo plenamente el amor en pareja seguramente estructurará en ese momento sus narrativas de identidad a partir del posicionamiento relacional “Yo como pareja”. Quizás esa misma persona de repente tiene un ascenso muy deseado en el trabajo y privilegia su “Yo como profesional” porque se da sentido a sí misma a partir de dicho ascenso. Más adelante se descubre como madre en la crianza de sus hijos y privilegiando ese yo. No obstante, no se trata del protagonismo de un posicionamiento relacional como excluyente, sino de una especie de danza en la que los distintos posicionamientos relacionales tienen sentido y unos toman más protagonismo u otro en función de cómo construye las circunstancias vitales la persona quien, a la vez, es construida por ellas. Desde este punto de vista no tiene sentido hablar de unidad del sí mismo sino más bien de **consistencia del sí mismo**, entendida como el grado de asociación entre las distintas posiciones relacionales del sí mismo y la construcción general del sí mismo (Pacheco, 2006).

Butt, Burr y Bell (1997) han destacado el significado psicológico del constructo “sentirse sí mismo”, entendido como la vivencia del sentimiento de autenticidad

personal, de no tener que reprimir la expresión del sí mismo por exigencias del contexto, percibidas más o menos subjetivamente. Estos autores constataron la utilidad psicológica de este constructo y más adelante, en una investigación con población adulta y no adoptiva (Pacheco, 2006) comprobamos que tanto la consistencia del sí mismo como el hecho de sentirse “sí mismo” aumentan durante el proceso psicoterapéutico satisfactorio ($p < 0,05$). También hallamos que ambas variables correlacionan con la mejoría sintomática ($r = 0,448$; $p < 0,05$ en el caso de la consistencia del sí mismo, y $r = 0,566$; $p < 0,01$ en el caso de la variable “sentirse sí mismo”). En la misma investigación también constatamos que las autodefiniciones, o constructos que identifican a la persona (Feixas y Cornejo, 1996), correlacionan con la mejoría sintomática ($p < 0,05$). Estos resultados conllevan algunas implicaciones para la práctica psicoterapéutica, que especificamos para el caso de la filiación adoptiva:

- (a) El terapeuta debería prestar atención a la construcción que hace el niño de sus propios posicionamientos relacionales, especialmente los relacionados con la integración de sus orígenes y la construcción de su propia historia adoptiva, así como propiciar que éstos legitimen y/ o sean legitimados por la construcción general del sí mismo del niño y reconocidos por su familia. Un niño español adoptado en Etiopía puede posicionarse como alguien de origen africano, conocer, apreciar e identificarse con la cultura africana, y a la vez también identificarse plenamente con su país de adopción, la cultura y la forma de vida local. Los dos posicionamientos pueden ser perfectamente compatibles si uno no se aferra rígidamente a ninguno de los dos o siente que las personas que son importantes para él le hacen escoger. De ahí la importancia de la familia en cuanto al fomento del sentimiento de pertenencia sin negar las diferencias que puedan existir. Es lo que Berástegui y Gómez (2007, p.30) denominan: “aceptar las diferencias y sentir la pertenencia”.
- (b) Teniendo en cuenta que “sentirse sí mismo”, es decir, vivir de forma genuina en los distintos contextos, es predictor de bienestar psicológico, los adultos de referencia de los niños adoptados deberían favorecer que éstos se desenvuelvan con naturalidad, que puedan expresarse sin tapujos. No nos referimos a no poner límites conductuales, ni mucho menos; se trata más bien de favorecer que puedan expresarse con libertad, que no perciban que hay temas prohibidos. Un hijo adoptivo debe poder decirle a sus padres si así lo siente: “si me queréis tanto por qué me apartasteis de lo que era mío” y todo aquello que le inquiete, sea más o menos agradable, fácil o difícil, para los oídos de los padres. Debe poder decirlo y debe poder ser escuchado, comprendido, acompañado, contenido, elaborado. Nunca debe sentir que hay una parte de sí mismo que no puede expresar con las personas importantes para él. Hay hijos adoptivos que se sienten en

permanente conflicto de identidad porque temen poder expresar todo aquello que sienten que puede ser interpretado como una deslealtad hacia aquellos que día a día lo dan todo por él. Es tarea de los padres favorecer y acompañar la expresión auténtica de sus hijos, aunque esto a menudo implique tener que enfrentarse a los propios fantasmas (p.e.: *¿Qué derecho tenía a llevarme a mi hijo de su país? ¿Y si algún día quiere volver para buscar a su hermano y decide quedarse? ¿Por qué no fuimos capaces de concebir un hijo? Mi mayor deseo sería que hubiera nacido de mí.. ¿Preferiría estar con su madre biológica? a pesar de todo, ella le parió...*). Y es tarea de los profesionales que trabajamos con familias adoptivas ayudar a que los padres tomen conciencia de la importancia de favorecer la expresión auténtica de sus hijos, la comunicación con ellos sobre la adopción, así como dotar a los padres de estrategias para llevar a cabo este proceso, siempre adaptadas al momento evolutivo y a las particularidades de cada niño.

- (c) El terapeuta debería fomentar la autoconciencia del niño sobre cómo se construye a sí mismo, de manera que pueda incrementar el desarrollo de teorías personales sobre sí mismo. En este sentido, es importante también ayudar al niño a que dichas autodefiniciones contengan valoraciones del sí mismo del niño congruentes con su ideal, de manera que podamos fortalecer su autoestima. No olvidemos que se trata de niños que originalmente sufrieron enormes carencias y pérdidas. Como analiza Brodzinsky (2010) para que un niño pueda llegar a ser adoptado previamente ha sufrido numerosas pérdidas: pérdida de los padres biológicos, hermanos u otros parientes, pérdida genealógica, pérdida de amistades o compañeros, pérdida del país, cultura de origen, y en algunos casos del propio nombre, pérdida de *status* (en el sentido que el adoptado es consciente que pertenece a un grupo distinto a la mayoría), pérdida de privacidad (en el caso de niños con rasgos físicos muy distintos a los de su familia adoptiva)... Habiendo sufrido tantas pérdidas es fácil sentirse poco consistente. Esto, unido al sentimiento de abandono que, en mayor o menor medida sienten los adoptados, hace que sea importante favorecer que las teorías personales que los hijos adoptivos desarrollen sobre sí mismos entramen narrativas de identidad satisfactorias. Es importante recordar que para que un niño pueda ser adoptado antes ha de haber sido abandonado. El abandono puede ser debido a la incapacidad de los padres para hacerse cargo de su hijo o a diversas situaciones sociales o a la propia enfermedad o muerte de los padres biológicos. Incluso cuando lo que origina la adopción es el fallecimiento de los progenitores, además del sentimiento de pérdida aparece el de haber sido abandonado. Hay una pregunta que toma diversas formas y que late con mayor o menor fuerza

en el interior de los adoptados: *¿Por qué me abandonaron? ¿mis padres no me querían? Si no me querían ni mis padres ¿cómo va a quererme alguien? ¿no había nadie en toda la familia que pudiera hacerse cargo de mí? ¿quizás no merezco que me quieran?*. Es en este sentido que remarcamos la importancia de favorecer que los hijos adoptivos puedan entramar narrativas de identidad satisfactorias, en las que el personaje “Yo” aparezca como alguien que sí es importante y merece ser querido. Como alguien resiliente, que avanza con fuerza a pesar de las dificultades vividas.

- (d) Puesto que un sí mismo adaptativo no es un sí mismo rígidamente integrado sino relativamente estable a la vez que flexible (Hermans, 2004; Pacheco, 2006) es importante que durante la terapia se favorezca la integración relativa entre los distintos posicionamientos del sí mismo. No obstante, es cierto que existen posicionamientos vitales aparentemente incompatibles entre sí. Un niño puede ser hijo biológico de una mujer adicta a las drogas, que no se ocupaba de que cumpliera los deberes escolares y que le obligaba a robar, e hijo adoptivo de una mujer que le obliga a cumplir una disciplina y que le acompaña cada semana a la misa de los domingos. Aunque sean dos posicionamientos vitales aparentemente incompatibles y el niño esté viviendo feliz según los valores que le inculca su familia adoptiva, ese niño tendrá que poder integrar internamente sus orígenes. Tendrá que poder darse sentido a sí mismo también como el niño que robaba y no iba al cole, explicarse su propia narrativa sobre esas circunstancias y poder integrarlas coherentemente en su narrativa de vida. El objetivo es minimizar la posibilidad de fisuras narrativas. Los padres y los profesionales podemos ayudar a los hijos adoptivos a integrar los distintos aspectos de sus historias de vida de manera que no haya bloqueos narrativos y por lo tanto puedan construir su identidad de manera harmónica.

El proceso terapéutico

En el siguiente apartado expondremos aquellos aspectos que consideramos más relevantes en cada momento del proceso terapéutico de la intervención profesional en la postadopción. Como hemos comentado al inicio de este trabajo, a partir de las conclusiones halladas en las investigaciones sobre adopción pertenecientes a la segunda tendencia, se puso de manifiesto la necesidad de servicios postadoptivos, en los que se pudiera atender a las familias que presentaban problemas para la recuperación tras la adversidad vivida al inicio de la vida de sus hijos adoptivos. La intervención en postadopción no debe centrarse en el hijo adoptivo, sino en atender a la familia adoptiva en su conjunto, puesto que aunque el éxito o fracaso de la adopción puede depender en parte de los problemas que presenta el niño, depende en mayor medida de las relaciones paterno-filiales y de las dinámicas familiares que se establecen (Palacios, Sánchez-Sandoval y León,

2005). Se puede solicitar atención postadoptiva para el hijo adoptado, para los padres adoptivos, para la familia adoptiva en su conjunto, para las madres biológicas que dieron a sus hijos en adopción, para el adulto adoptado que precisa asesoramiento para indagar en sus orígenes... No obstante, como subraya Palacios (2007) quienes necesitan más este tipo de servicios son los niños adoptados que sufrieron más adversidad prenatal, los que tuvieron mayor tiempo de institucionalización, los que sufrieron malos tratos, los que vivieron mayor número de transiciones familiares y los que fueron adoptados a mayor edad. En cuanto a los padres, suelen presentar más necesidad de ayuda postadoptiva las familias monoparentales, las familias en las que coexisten hijos biológicos y adoptados, y las familias cuyos hijos vivieron más tiempo de adversidades. Palacios (2007) describe también siete ámbitos de especial relevancia en la postadopción: salud, desarrollo, problemas de conducta, apego, pérdidas, comunicación sobre adopción y búsqueda de orígenes. Aunque las familias suelen llegar a los servicios de postadopción debido a los problemas de conducta que presentan sus hijos, la experiencia nos demuestra que en la mayor parte de esas ocasiones los problemas de conducta no son más que la manifestación de dificultades de orden emocional que suelen tener que ver con la integración de la pérdida adoptiva que todos los adoptados tienen que afrontar.

A continuación veremos las distintas fases del proceso terapéutico enfatizando los procesos más relevantes para la intervención en la postadopción.

Fase1: Elicitación de las narrativas dominantes

En cualquier proceso que pretenda ser terapéutico debemos partir de la exploración de las narrativas de vida a partir de las cuales las personas que nos consultan se dan sentido a sí mismas y a su entorno. Además de la habitual exploración de la demanda, en el caso de la intervención con familias adoptivas existen unos temas clave que no pueden obviarse en las primeras sesiones, puesto que influyen en las construcciones que la familia hace sobre sí misma y sus circunstancias. Lo primero que necesitamos hacer es informar sobre nuestro rol: ¿por qué acudir a un equipo experto en postadopción?. Los padres adoptivos están cansados de sentirse evaluados por profesionales, puesto que durante el periodo de valoración de la idoneidad para poder adoptar ése es el papel que juegan los profesionales que les asisten. Cuando acaba este proceso y después de una larga espera tienen a su hijo en casa lo que necesitan es disfrutar de la normalidad, del hecho de ser una familia más. En este sentido es importante informarles que nuestro rol no es evaluarles en su papel de padres, ni cuestionarles, sino acompañarles para superar conjuntamente aquello que les preocupa. Ellos ya saben que la filiación adoptiva tiene unas especificidades así que deben poder valorar el conocimiento experto en ese ámbito, pero también necesitan que les hagamos explícito que no interpretaremos todo lo que pasa en su familia en clave de la adopción.

En cuanto a las áreas a abordar en las primeras visitas, en primer lugar es necesario explorar **cómo era el proyecto adoptivo de los padres previamente a la adopción**. Es decir, ¿qué les llevó a adoptar?. En una publicación previa (Pacheco y Boadas, 2011) argumentamos y ejemplificamos ampliamente cómo los distintos tipos de motivación para la adopción dan lugar a unas u otras historias de adopción, más o menos satisfactorias. Una motivación adecuada, basada por ejemplo en el firme deseo de ser padres y habiendo elaborado el duelo por la imposibilidad de engendrar un hijo, unida a unas expectativas realistas sobre lo que implica una adopción, prepara el terreno para que la criatura que llegue pueda sentirse hijo. Y si además los padres cuentan con el apoyo de su entorno, principalmente de su familia extensa, el niño también podrá sentirse fácilmente nieto, sobrino, primo y hermano (hermano, en el caso de la existencia de hijos biológicos en la familia adoptiva). Por el contrario, una motivación inadecuada, basada por ejemplo en fines solidarios, puede llevar fácilmente al fracaso en la adopción puesto que el recién llegado crece sabiéndose “salvado” por aquella familia, su sentimiento de deuda aumenta día a día y el sentimiento de pertenencia a la familia adoptiva puede verse comprometido.

En esta primera fase también es importante explorar los **antecedentes del niño**, todo lo que podamos saber sobre su historia previa: ¿De qué país es originario? ¿cuánto tiempo vivió con su familia biológica y en qué condiciones? ¿desde cuándo ha estado institucionalizado? ¿había vivido previamente en familia de acogida? ¿en más de una? ¿sufría alguna enfermedad? ¿sufrió malos tratos o trato negligente? ¿conocemos los antecedentes médicos o psicológicos de los progenitores del niño? ¿cuál fue la causa del desamparo?.

Obviamente, en la primera fase también es importante explorar **cuál ha sido el progreso de la adopción** hasta la fecha. ¿Cómo fue el primer encuentro con el niño y en qué circunstancias se produjo? ¿cuándo llegó el niño? ¿qué edad tenía? ¿tenía alguna enfermedad?. Es muy importante explorar también cómo fue el periodo de adaptación. En este sentido es importante que los padres hayan podido disponer de tiempo para vincularse con su hijo, para poder llegar a ser sus padres, su base segura desde la que explorar. Es muy relevante que no hayan precipitado el ingreso a la escuela, ya que para que el niño se pueda sentir seguro en la escuela o en otro ámbito primero debe poder sentirse seguro en su nuevo hogar.

Otro tema primordial en este primer momento es la recogida de los datos sobre el **desarrollo psicológico, emocional y social del niño**, así como su evolución hasta el momento. Abordaremos las áreas que exploraríamos en cualquier niño, sea o no adoptado: lenguaje, psicomotricidad, hábitos, control de esfínteres, conducta de juego, presencia de estereotipias, capacidad de autorregulación emocional, de tolerancia a la frustración, área psicosocial (relación entre iguales, con la familia...) y escolar (rendimiento académico, integración en el contexto escolar). En el caso de la filiación adoptiva, además, prestaremos especial atención a la evolución del

apego, del vínculo fraterno (en el caso que haya hermanos) y del sentido de pertenencia familiar.

Dentro de esta primera fase de elicitación de narrativas dominantes es muy importante también explorar **cómo se habla de la adopción con el niño y en su contexto**. ¿Se da una comunicación fluida y transparente? ¿se habla adecuadamente sobre la adopción y de manera congruente con la edad del niño o simplemente se informó al niño el hecho de ser adoptado y después no se habló más de la adopción? ¿hay algún tema tabú?. En este punto es sumamente relevante conocer qué términos se utilizan en la familia para nombrar los temas y personas importantes en la adopción. Durante la intervención posterior con la familia deberemos clarificar conceptos y unificar nomenclaturas entre profesionales, hijos y padres. ¿Cómo se denomina en esta familia a la madre biológica? ¿qué aspectos se enfatizan cuando se habla de ella? ¿y del país de origen? ¿cómo se habla del abandono? ¿qué significa en esta familia ser madre? ¿y ser padre?. Es importante prestar mucha atención a cómo se habla sobre estos temas, qué palabras se utilizan, puesto que según qué expresiones se utilicen el significado psicológico será uno u otro. En un principio podemos escuchar expresiones peyorativas sobre los orígenes, como p.e.: “me dejaron tirada como una colilla” o sobre el significado del abandono: “si saben que soy adoptada es como que saben que fui basura para alguien”, pero a medida que avance el proceso terapéutico los profesionales contribuiremos a redefinir esas conceptualizaciones peyorativas de modo que el significado psicológico que se construya sea más protector.

Además, en esta primera fase de la intervención, existen algunas técnicas de evaluación que encontramos particularmente útiles para la exploración del sentido de sí mismo del niño, p.e: técnica de la Autocaracterización, Técnica de Rejilla (Kelly, 1955/ 1991; Botella y Feixas, 1998) así como el análisis de la construcción del sí mismo del niño o adolescente, a partir de la prescripción que imagine su vida como si fuera un libro, le de título y especifique cómo se titulan los capítulos en los que lo estructura, añadiendo el título de un capítulo final sobre la proyección futura de la propia vida (Neimeyer, 2000). El profesional se centrará sobre todo en apreciar cuáles son los temas principales a partir de los que el niño estructura su vida, qué acontecimientos marcan la transición de un capítulo a otro, qué posicionamiento vital indica el título escogido para el libro así como cuál es la evolución del movimiento de la narración implícita en un espacio evaluativo. Siguiendo a Gergen (1994) podemos preguntarnos: ¿implica una narrativa progresiva, en la que se da un progreso continuo hacia una o varias metas? ¿implica una narrativa regresiva en la que los hechos descritos cada vez se alejan más de cualquier meta deseada? ¿o una narrativa de estabilidad en la que el movimiento de la narración permanece inalterado? .

En esta fase también es importante la exploración de los sentimientos y problemas del niño o adolescente y en este sentido pueden sernos de utilidad

técnicas como la Galería de Retratos o la Exploración de Problemas Personales (Ravenette, 2002).

Durante la fase de elicitación de narrativas dominantes y sabiendo que las carencias importantes al inicio de la vida a menudo implican un retraso en el desarrollo general, llevamos a cabo también un proceso de exploración psicométrica del desarrollo global, la conducta y las capacidades cognitivas del niño adoptado. Al final de esta primera fase debemos poder decidir si es necesaria una intervención, si se precisa coordinación con la escuela u otros profesionales y si es necesario derivar a algún otro servicio o tratamiento complementario.

Fase 2: Fomento, validación y actuación de narrativas alternativas

Esta fase suele ser la más prolongada del proceso, la que implica una intervención con el niño o adolescente y/o con su familia. La intervención puede darse mediante las técnicas o estrategias de elección en cada caso, en función de los objetivos a conseguir y de las características de nuestros clientes. Como ya hemos comentado, en los servicios de postadopción además de los asesoramientos a profesionales de ámbitos principalmente médicos o educativos, las familias suelen consultarnos debido a problemas de salud, desarrollo, de conducta, de dificultad en los procesos de apego, en la elaboración de las pérdidas, o en la comunicación sobre la adopción. También hay quien consulta para ser asesorado en la búsqueda de orígenes. Podemos ayudar a afrontar estas dificultades mediante cualquier técnica o estrategia que nos resulte útil para cada fin. Desde nuestra perspectiva, congruente con los enfoques narrativos de la psicoterapia (ver p. e. White y Epston, 1993; Freeman, Epston, y Lobovits, 2001) lo más importante es poder ayudar a la familia a que consiga darse sentido a sí misma de una manera más adaptativa, permitiendo la negociación de nuevos posicionamientos relacionales que liberen la expresión de voces acalladas y de narrativas oprimidas. Además, sea cual sea el motivo de demanda inicial, es de suma importancia que el niño o adolescente consiga construirse a sí mismo mediante una narrativa fluída, sin bloqueos, progresiva y coherente; sin fracturas narrativas. Para este fin, nosotros encontramos particularmente útiles algunas de las técnicas procedentes de la terapia narrativa como la técnica de la Externalización (White y Epston, 1993; Freeman, Epston y Lobovits, 2001) la construcción del libro de la propia vida (a partir de dibujos, escritos o poemas, según las preferencias de nuestro cliente) o el intercambio de cartas, así como la técnica gestáltica de las dos sillas.

Merece mención especial el intercambio de cartas. Si bien es habitual en terapia narrativa la escritura de cartas (por ejemplo, carta a mi madre biológica, carta a los compañeros de la casa de acogida, carta a mis padres adoptivos,...) nosotros encontramos particularmente útil para trabajar aspectos relativos a la construcción de la identidad, la escritura de cartas a uno mismo (p. e., a una adulta adoptada le podemos pedir que escriba una carta a su Yo de 5 años). Y todavía más útil cuando

pedimos a nuestro cliente que escriba la carta de respuesta. Es muy gratificante ver cómo un hijo adoptivo mantiene una conversación por carta con una parte de sí mismo, o con su madre biológica, y consigue construir respuestas que le permiten avanzar en la vida sin bloqueos, sin temas pendientes.

A continuación veremos la carta que Ana, de 37 años de edad y adoptada al nacer, escribió a su “Yo como niña” cuando ya estaba en una fase avanzada del proceso terapéutico:

Hola Princesa,

Te veo pequeñita, sola, herida, llorando a mares. Nadie te quiso. Te dejaron. ¿O te robaron? No te quisieron. No te quieres y cuando seas mayor te dejarás herir una y otra vez. Habla con tus padres, que te cuenten, que te comprendan. No sé si saben... Ayúdales a comprenderte.

Los primeros te abandonaron. Después no te comprendieron... o no fueron lo suficientemente valientes para afrontar. Tienes que ser tú la que salgas adelante. Piensa que sí eres importante. No dejes que se te amontonen las frustraciones como me pasó a mí. Mereces que te quieran pero estás rota por dentro, te arrastras por la vida y así nadie te ve. Busca a alguien que te ayude a florecer. Quizás la abuelita. Ella te da ese calor...

Un beso mi princesita.

El Yo de niña respondió a la carta simplemente con un GRACIAS inmenso y un dibujo de la niña con la abuela, cogidas de la mano (ver figura 1).

Figura 1- Respuesta del Yo niña al Yo adulto



El intercambio de cartas a veces sirve para negociar entre distintas partes de uno mismo, para reconciliarse con alguna persona del presente o del pasado, para proyectarse en el futuro o simplemente para facilitar que surjan temas relevantes

para el proceso terapéutico. Las cartas pueden ser más o menos literariamente elaboradas, más o menos complejas, dependiendo de las características de cada persona y de su habilidad en la escritura. Sea como fuere, siempre nos dan una información relevante. A modo de ejemplo, veamos la carta que Joel, de 10 años de edad y adoptado en Rusia, escribe a su madre biológica a la que nunca conoció:

Hola mamá

Quiero saber qué pasó contigo y también si tengo hermanos y si están contigo. Esto es muchísimo importante.

Adiós, Joel

Respuesta de la madre:

Joel,

Espero que estés bien. Cuando seas mayor ven a Rusia a buscarme y te lo contaré todo. Te espero.

Mamá

Por otro lado, un aspecto destacable cuando trabajamos en la postadopción es la función reparadora de la parentalidad adoptiva (Pacheco y Boadas, 2011; Boadas, Sallés, Pacheco y Ger, 2012). Los padres adoptivos son padres como los demás, pero tienen que asumir entre sus funciones la reparadora, función que en el caso del niño que nace sano normalmente no forma parte esencial de la parentalidad biológica. Como sabemos, el niño adoptado vivió tantas carencias y pérdidas al inicio de su vida que necesita poder renarrarse para reparar los daños sufridos. Es sumamente relevante el papel del contexto más cercano al niño, especialmente de su familia, para poder llevar a cabo este proceso. Los padres pueden ser considerados como tutores de resiliencia (Cyrułnik, 2002) en el sentido que parte de esta reparación de daños se origina en la capacidad de la familia adoptiva para restablecer la relación de apego así como para ayudarlo a enfrentarse con éxito a posibles acontecimientos potencialmente desestabilizadores. Puesto que las experiencias de apego previas al primer año de vida contribuyen a formar los Modelos Internos de Funcionamiento (MIF; IWM, *Internal Working Model*) entendidos como modelos mentales del sí mismo, los demás y el futuro y que en el niño adoptado esas experiencias tempranas tienen un componente traumático, es una buena noticia que los MIF puedan verse modificados por experiencias relacionales significativas como suele ser la relación con los padres.

Así, aunque gran parte de la intervención en postadopción se lleva a cabo por profesionales y puede abarcar muy diversas áreas es importante destacar que gran parte del trabajo puede hacerse con los padres puesto que serán ellos quienes más podrán contribuir a transformar la construcción narrativa de la identidad de sus hijos y, en definitiva a modificar sus MIF para que puedan darse sentido a sí mismos y a sus experiencias de manera más adaptativa.

Como constatamos en la cotidianidad de nuestro trabajo con familias adoptivas, los niños adoptados tienen lo que hemos denominado Necesidades Afectivas

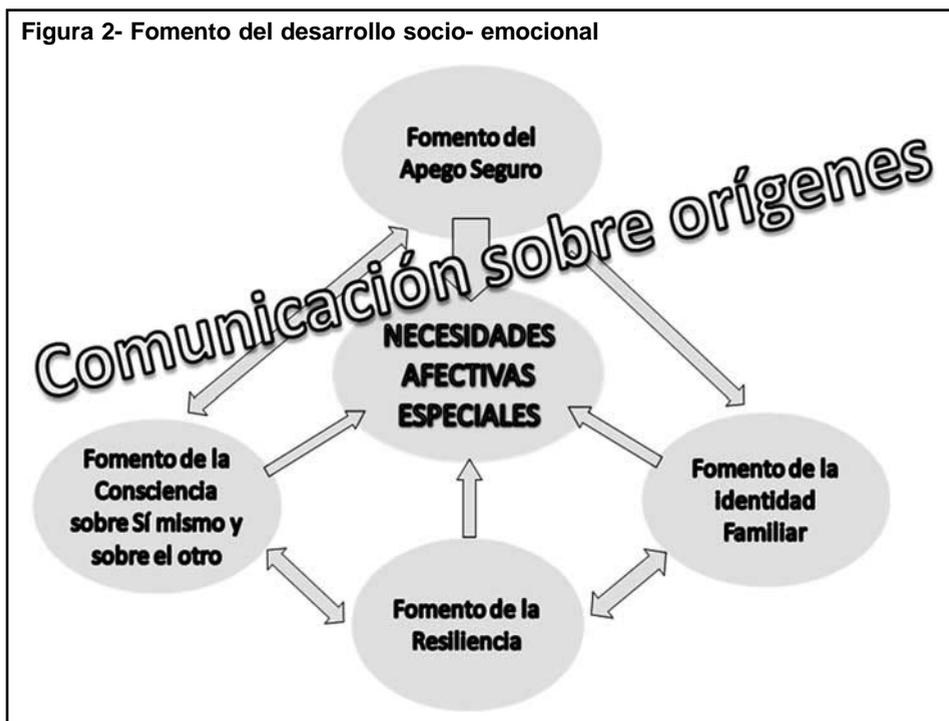
Especiales (NAE; Pacheco y Boadas, 2011; Boadas et al, 2012). Definimos este concepto a partir del símil con el ya conocido Necesidades Educativas Especiales (NEE), que procede del contexto educativo y que surge de las propuestas de integración y normalización de los estudiantes con necesidades particulares de aprendizaje que se exponen en el informe Warnock, redactado por la Secretaría de Educación del Reino Unido en 1978 y que incorporó la ley española de educación de 1990 (la LOGSE). Además de atención en el área educativa que puedan precisar muchos niños adoptados, consideramos que un niño o niña tiene NAE cuando ha vivido situaciones traumáticas y/o de privación afectiva y necesita que se compensen dichas dificultades mediante **aportaciones conscientes de afecto**, haciendo énfasis en los procesos relacionales que derivan en la creación de relaciones significativas y, por lo tanto, en una mejor integración de sí mismo como persona y evolución como ser social (Pacheco y Boadas, 2011).

En este sentido, considerando la función reparadora de la parentalidad adoptiva, vemos que un área que los padres pueden contribuir a reparar es el área afectiva, las NAE de sus hijos. Se trata de potenciar los procesos emocionales y relacionales que se dan en la familia de manera que puedan irse modificando los modelos mentales nocivos a la vez que se va dando la reconstrucción de las narrativas de identidad del niño. No se trata de pensar ingenuamente que “el amor todo lo puede”, sino de aprovechar el hecho que “las áreas afectiva, emocional y social, encuentran en la relación familiar cotidiana el mejor contexto para su entrenamiento” (Boadas et al., 2012). Siguiendo lo que expusimos en otro lugar (Pacheco y Boadas, 2011; Boadas et al, 2012) las tareas o actitudes que los padres pueden potenciar en la relación con sus hijos se desglosan en cuatro grandes áreas: fomento del apego seguro, fomento de la resiliencia, fomento de la conciencia sobre sí mismo y sobre el otro y construcción de la identidad familiar. Aunque por claridad expositiva presentaremos las cuatro áreas por separado, en la figura 1 se observa la influencia mutua que existe entre todas ellas. Respecto a elaboraciones previas de esta figura (ver Boadas et al., 2012) actualmente añadimos la comunicación sobre los orígenes como elemento transversal, puesto que es un componente imprescindible de la comunicación afectiva genuina en la familia adoptiva y por lo tanto fundamental para la reelaboración de las narrativas de identidad del niño adoptado. A continuación ofrecemos algunas ideas para trabajar con los padres adoptivos cada una de las cuatro áreas, con la pretensión de que se puedan adaptar a las necesidades particulares y forma de proceder de cada núcleo familiar.

(a) Fomento del apego seguro

El apego es mucho más que un vínculo emocional; es un sistema regulador de las respuestas emocionales, indispensable para el desarrollo socio-emocional del niño. Bowlby (1973, p.292) definió el sistema motivacional de apego como: “cualquier forma de conducta que tiene como resultado que una persona obtenga o

Figura 2- Fomento del desarrollo socio- emocional



retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio”. Este proceso se configura a partir de la comunicación contingente entre padres e hijos, de manera que se interpretan correctamente las señales mutuas y por lo tanto las necesidades del niño son habitualmente atendidas. Deriva en un profundo sentimiento de conexión mutua y se va configurando un sentimiento de seguridad personal en el niño ya desde el inicio de su vida. El niño va integrando que el mundo es un lugar seguro en el que se puede explorar porque si algo sale mal él es atendido adecuadamente y se restablece su equilibrio interior a partir de la conexión mutua con el cuidador.

En el caso de la filiación adoptiva encontramos más problemas de apego que en la no adoptiva. El metaanálisis de Van Ijzendoorn y Juffer (2006) concluyó que los problemas de apego inseguro y desorganizado son frecuentes en los niños adoptados al llegar a su nueva familia. A pesar de que tras algún tiempo con la familia adoptiva los porcentajes de apego seguro aumentan de forma significativa, los problemas de apego entre los adoptados siguen siendo mayores que entre los no adoptados. Aunque es necesario incrementar la investigación en el ámbito y poder aportar datos de estudios longitudinales a largo plazo (Palacios, 2007) hoy en día es innegable que es preciso atender los procesos de apego de los hijos adoptivos así como de otros niños que hayan sufrido experiencias traumáticas tempranas. Como expone Berástegui (2010), no es que la experiencia de la adopción afecte negativa-

mente a la formación del apego seguro; es el modo en el que se restablezca la relación de apego en la familia adoptiva lo que mejor predice el bienestar en la adultez (Feeney, Passmore y Peterson, 2007). Por otro lado, como comprobó Whiteman (2003) la falta de comprensión de los procesos básicos de apego por parte de los padres, así como la negación de las experiencias pre-adoptivas del niño son factores que inciden negativamente en el desarrollo de los procesos de apego y, además, la comunicación entre padres e hijos sobre aspectos relacionados con la adopción también aparece relacionada con el desarrollo del apego seguro (García y Pacheco, 2010; Slobodnik, 1997). A continuación sugerimos algunas ideas para ofrecer a los padres con la intención de que puedan favorecer el apego seguro en sus hijos adoptivos. También se pueden consultar otras en Loizaga (2010):

- Es necesario contribuir a que el niño se sienta importante en la relación con los padres: expresar abiertamente los sentimientos positivos que sienten hacia el hijo, sonreírle a menudo y hablarle mirándole a los ojos y poniéndose a su altura.
- Es necesario disfrutar de la proximidad física con el hijo, partiendo del punto en el que éste se sienta cómodo. Se trata de manifestar amor explícitamente y adaptándose a las necesidades del hijo.
- Es necesario potenciar la autoestima del niño reforzando con expresiones de gratificación todo lo bueno que haga, por sencillo que sea.
- Es importante mostrar interés genuino por los intereses y preocupaciones del hijo.
- Es necesario comunicarse fluidamente con los hijos sobre los temas relacionados con la adopción, y hacerlo adaptándose a lo que el hijo necesita en cada momento.
- Es necesario actuar equilibrando las demostraciones de afecto con la indicación de los límites de la conducta del niño. Los niños también necesitan la seguridad que aporta el conocimiento de unos límites bien establecidos.
- Es necesario comprender suficientemente al hijo como para saber interpretar correctamente sus estados emocionales y poder atender sus necesidades cuando lo precisa.
- Es necesario favorecer la autonomía del niño, permaneciendo los padres suficientemente alejados para que el niño pueda explorar, a la vez que suficientemente cerca como para que pueda contar con ellos si es preciso.
- Es importante reaccionar con empatía a los percances que puedan suceder durante la exploración del hijo. Consolarle y posteriormente ayudarle a comprender cómo actuar en un futuro para que no se repita el percance.
- Las elecciones también son una forma de exploración, por lo que es importante dejarles escoger entre opciones sobre temas sobre los que sea adecuado que elijan.

- Si los padres toman consciencia de los pequeños avances de su hijo y le comunican enfáticamente su alegría, esto animará al hijo a seguir explorando y así a avanzar.

(b) Fomento de la resiliencia

La resiliencia se define como la capacidad de una persona para poder desarrollarse correctamente y seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida negativas y traumas vividos (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003). Las personas resilientes se adaptan mejor a las circunstancias y afrontan mejor los problemas. En el caso de los niños que son dados en adopción, la crianza en instituciones no facilita la adquisición de la actitud resiliente ni del afrontamiento activo mediante el cual la persona se construye como agente capaz de alterar su propio entorno. Al contrario, la crianza en instituciones propicia un posicionamiento de adaptación pasivo en el niño (Corbella y Gómez, 2010) o de acomodación ecológica (Millon, 2000).

Como ya hemos visto, los padres pueden ejercer como tutores de resiliencia de sus hijos. Pueden ayudarles a verse como agentes activos de su vida y fomentar la resiliencia a partir de potenciar los componentes principales de ésta: autoestima, autonomía y autocuidado, creatividad, empatía, sentido del humor, cohesión con los demás, apoyo social y procesos de comunicación adecuados dentro de la familia. Puesto que la familia debe ser una de las principales fuentes de resiliencia es necesario que pueda otorgar significado a la adversidad vivida por el niño de manera que ésta pueda ser entramada en las narrativas familiares y reconstruida de manera adaptativa (Solórzano, Pacheco y Virgili, 2010).

(c) Fomento de la conciencia sobre sí mismo y sobre los demás

Ni la mejor de las instituciones de acogida de los niños que posteriormente son dados en adopción facilita el aprendizaje de los procesos comunicativos básicos en la interacción con los demás, puesto que los niños institucionalizados no acostumbran a disponer de la relación exclusiva con un cuidador primario que acompañe estos procesos. No obstante, la toma de conciencia sobre los propios estados mentales, así como la capacidad de interpretar correctamente los de los demás, son procesos con valiosas consecuencias para la construcción de la identidad personal, a la vez que para lograr ser competente en el área emocional y social (Pacheco y Boadas, 2011; Boadas et al., 2012). Para fomentar en el hijo la conciencia sobre sí mismo y sobre los demás, los padres pueden preguntarle explícitamente por su bienestar, así como también por sus estados mentales y los de los demás. También es importante que le transmitan los mensajes de manera clara, expresando las emociones sin confusiones y mirándole a los ojos y a su altura cuando le hablen.

Corbella y Gómez (2010) sugieren a los padres las siguientes indicaciones

propias de la teoría de la Mente:

- Que expresen verbalmente sus propios estados mentales (deseos, creencias, pensamientos, intuiciones y predicciones). De este modo lograrán (a) aumentar la comprensión del niño sobre su entorno, (b) favorecer que aumente la consciencia del niño sobre el otro, lo que potenciará a largo plazo sus competencias sociales, y (c) favorecer por aprendizaje vicario que el niño también exprese sus propios estados mentales, y que, por lo tanto, incremente su consciencia sobre sí mismo.
- Que demuestren físicamente afecto a los demás acompañado de la expresión verbal del estado emocional. De este modo se facilita que el niño interprete correctamente dicha emoción y la comprenda en el contexto en el que se ha manifestado. El hecho que las figuras de referencia del niño expresen sus emociones favorece, por aprendizaje vicario, que el niño también lo haga.
- Es importante estimular la expresión verbal y no verbal del afecto del hijo. Cuando los padres se interesan por los estados emocionales de su hijo, sin presionarle, y agradecen que los comparta, están favoreciendo la autoconciencia del niño, estimulando su conocimiento sobre el área emocional, y potenciando la comprensión mutua y la dinámica relacional en la familia.
- Que expresen verbalmente la reflexión sobre la anticipación de la conducta del otro, con frases del tipo: *cuando llegue papá y vea lo bien que lees este cuento, se pondrá súper contento*. Con este proceso los padres podrán facilitar el aprendizaje del proceso de anticipación de la conducta del otro, tan útil en la vida social.
- Que fomenten la interacción cooperativa y distendida entre padres e hijo. Es decir, que padres e hijo colaboren haciendo conjuntamente algo divertido. Además de la construcción de una experiencia relacional conjunta y satisfactoria, en el contexto de juego se dan situaciones propicias para la práctica de los puntos anteriores.

(d) Construcción de la identidad familiar

Podemos definir la identidad familiar como el sentimiento de pertenencia que desarrollan los miembros de una familia, pudiendo identificar aquello que les define como familia a la vez que aquello que les diferencia del resto de familias (Pacheco y Boadas, 2011). Si en el caso de la parentalidad biológica la herencia genética y la similitud entre los distintos miembros de la familia tiene un papel importante en el desarrollo del sentimiento de pertenencia, en el caso de las familias adoptivas dicho sentimiento se genera sobre todo dependiendo de la calidad de las relaciones familiares y, en particular, de la comunicación y apoyo entre padres e hijos (Rosnati, 2005). La misma autora describe la parentalidad adoptiva como “parentalidad

social”, puesto que el vínculo familiar se construye independientemente de la herencia genética, y el sentimiento de pertenencia a la familia parte del reconocimiento de un origen distinto a la vez que de una historia familiar compartida. La parentalidad adoptiva en sí misma parte de una necesidad social que la legítima. Y también se da un proceso de legitimación recíproca entre los distintos miembros de la familia, en el que padres, hijos y hermanos se validan en sendos roles, aceptando el hecho de partir de orígenes distintos sin que esto impida que construyan una historia conjunta como familia. Este es un proceso que debería darse de forma progresiva durante la etapa de adaptación familiar a la adopción.

Si la similitud entre los distintos miembros de la familia facilita el sentimiento de pertenencia a dicha familia, en el caso de la adopción y particularmente de la adopción internacional, dicha similitud se entiende como *similitud percibida*. Como afirma Dalen (2005) es importante que el hijo adoptivo comparta áreas de interés con otros miembros de la familia, puesto que esto incrementa la construcción de la similitud percibida; disminuye el sentimiento de ser distinto al resto de miembros de la familia y, por tanto, favorece el sentimiento de pertenencia a ella. Según las investigaciones de Dalen (2005, p. 225): “(...) el sentimiento de pertenencia no depende únicamente del grado de similitud; de hecho, depende más del nivel de aceptación y acomodación en la familia”. Además, los resultados de la investigación llevan a afirmar que las familias adoptivas en las que las diferencias se aceptan y se manejan con flexibilidad y calidez propician más el desarrollo óptimo de los hijos adoptivos que aquellas en las que no es así.

Teniendo en cuenta que la familia existía previamente a la llegada del hijo adoptivo, a la llegada del hijo el sistema familiar debe reconstruirse, incluyendo al niño adoptado como parte del sistema, y creando significados compartidos sobre lo que significa ser una “familia adoptante” (Boadas et al., 2012). Parte de este proceso que ya debió iniciarse en la etapa preadoptiva, debe reafirmarse durante el periodo de adaptación; esos significados compartidos podrán ir variando a lo largo de la vida de la familia. En este proceso de reconstrucción de las narrativas familiares los padres guían a sus hijos en el conocimiento y aceptación de la especificidad de la adopción, e intentarán facilitar que todos sus hijos (biológicos y adoptivos) compartan intereses o aficiones, de modo que pueda incrementarse el sentimiento de “similitud percibida” y, por lo tanto de pertenencia a la familia.

Los padres también tienen un papel importante en cuanto a la similitud entre hermanos en lo que refiere al estilo de apego que propician. Caspers, Yucuis, Troutman, Arndt y Langbehn (2007) concluyeron que los hermanos tienen Modelos Internos de Funcionamiento similares, independientemente de si se trata de hermanos biológicos o adoptivos. De hecho, las investigaciones sobre las relaciones entre hermanos en la adopción concluyen que pasado el periodo de adaptación familiar, no hay un impacto significativo en las relaciones entre hermanos como consecuencia de la adopción y que esto es así tanto en el caso de hermanos biológicos como

adoptivos (Shelley, 2002). En conclusión, si los padres contribuyen a la aceptación de las especificidades del hecho adoptivo por parte de todos sus miembros y fomentan el sentimiento de pertenencia a la familia, no tienen por qué existir dificultades en la construcción de la filiación ni del vínculo fraterno.

La adopción es para toda la vida

Finalmente, nos gustaría compartir un cuento que solemos utilizar para contribuir a que las familias tomen conciencia de los aspectos más relevantes para la construcción de la identidad del hijo adoptivo, la formación del apego seguro, la construcción de la identidad familiar familiar, y que en definitiva ilustra el hecho bien sabido pero a menudo obviado que la adopción lo es para toda la vida y que en cada etapa evolutiva se reabren temas similares pero con matices bien distintos.

Estamos en 2092. Aunque los coches y las casas son más inteligentes que lo eran a inicios del 2000, siguen siendo importantes las cosas que lo eran entonces. Lo que más, digan lo que digan, las relaciones. Llegados al 2092 Lia tiene más de 80 años, bastantes más, y mira atrás. Mira atrás desde la serenidad. Siente que lo tiene todo ordenado. No falta nada. Llegada a esta edad, Lia se enorgullece de ver a sus hijos adultos y felices. Disfruta de las risas de sus nietos, del recuerdo de la vida compartida con el amor de su vida. También ha tenido una vida profesional plena y muy buenos amigos. Nada pincha, todo está hecho, todo está respondido y en orden.

Mira atrás y recuerda cómo sus padres la amaban y se lo hacían notar día a día. Como la acompañaron en todo lo que necesitó. Como la ayudaron a arraigarse aquí al mismo tiempo que a integrar los orígenes de allí. La ayudaban día a día a que todo tuviera sentido; sabían cómo hacerlo. Sabían de qué manera necesitaba escuchar las cosas en cada momento. O, al menos, sabían cómo hacérselo sentir así a Lia.

Lia viaja mentalmente hacia sus años de escuela. Recuerda el primer día, la emoción de empezar. El ir, contenta a la vez que expectante, con sus padres y hermanos. Con ellos se sentía confiada, podía aventurarse a explorar lo que fuera. Sabía que, pasara lo que pasara, estaba segura junto a la que ya era su familia. Después de un tiempo de “ir yendo”, de hacerles pasar más de una “prueba de resistencia” ahora ya lo tenía claro: aquellos eran los suyos. Con ellos podía ir adonde fuera y por lo tanto también a la escuela. Cuando todo era alegría, ellos la compartían. Cuando las cosas no iban bien, eran el refugio. También tiene muy buen recuerdo de los maestros, de cómo supieron ESTAR, de cómo sabían reconocer que ella necesitaba algo más.

Lia tuvo muy buenos compañeros en la escuela, y también algunos no tan buenos. Los no tan buenos eran los que la llamaban “chinita, chinita”, los que nunca la llamaron por su nombre. Entonces era cuando Lia más

necesitaba el refugio,.. El refugio donde guarecerse y también dónde encontrar recursos.

La adolescencia fue movida. Muchas preguntas y pocas respuestas. Los padres ya le habían dado todas las que podían, desde el primer día. No era fácil ayudarla a cerrar grietas, a cicatrizar heridas. A menudo lo conseguían, a veces no tanto. Lo más importante para Lia era notar que lo intentaban, que estuvieran allí de verdad, con la mente receptiva y el corazón abierto.

Lia fue haciéndose mayor. Estudiaba, trabajaba, salía de fiesta, buenos amigos, las primeras relaciones de pareja, también los primeros desencuentros... Con el primer amor sintió más intensamente que nunca el dolor del abandono, de aquel chico que no la amó lo suficiente. Notó un dolor tan profundo que parecía que no se pudiera guarecer. “¿Cómo es que nadie me quiere a su lado?, ¿ni al nacer, ni nunca!”, se decía. Pero tuvo con quién sanar las heridas, con quien aliviar su dolor.

Recuerda también la explosión del amor ¡del amor de verdad!. Como se sintió amada, única, exclusiva, especial con quien acabó compartiendo el resto de su vida!.

Y los embarazos. Con cada embarazo se revisitaban las antiguas preguntas...: Como alguien que me tuvo en su vientre no me mantuvo a su lado? Y con el nacimiento de los hijos, la sensación de continuidad genealógica, por primera vez, por fin...

La adopción es para toda la vida y así la ha vivido Lia. En cada etapa hay preguntas, reflexiones, sentimientos.... Y ahora nada pincha, todo está en su sitio. Sus padres supieron construir una familia, y así Lia ha tenido los ingredientes necesarios para poder seguir construyéndose como una persona feliz y encontrar su propio camino.

Las personas implicadas en la adopción de un menor se enfrentan a retos crecientes entre los cuales se cuentan la adopción de niños mayores que han vivido largos periodos de institucionalización, y la adopción de grupos de hermanos. Por lo tanto es necesario que la investigación sobre adopción y la intervención profesional en el ámbito se informen mutuamente, así como que se incremente la especialización de los profesionales que trabajan en el ámbito. Presentamos un modelo de intervención en postadopción, fundamentado en el constructivismo relacional, integrador, centrado en la relación e interdisciplinar que enfatiza particularmente los procesos referidos a la construcción de la identidad y que subraya la función reparadora de la parentalidad adoptiva.

Palabras clave: Postadopción, adopción, psicoterapia, constructivismo relacional

Referencias bibliográficas

- Berástegui, A. (2009). La adopción en España: un punto de inflexión, Newsletter AFIN, nº 5.
- Berástegui, A. y Gómez, B. (2007). *Esta es tu historia: Identidad y comunicación sobre los orígenes en adopción*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Berástegui, A. (2010). Relaciones afectivas familiares: apego y adopción. En F. Loizaga (ed.), *Adopción Hoy: nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 109-138). Bilbao: Mensajero.
- Boadas, B., Sallés, C., Pacheco, M. y Ger, S. (2012). *Hemos Adoptado: Guía de la postadopción*. Barcelona: Larousse.
- Botella, L. (2006). *Construcciones, narrativas y relaciones*. Barcelona: Edebé.
- Botella, L., Corbella, S., Gómez, A. M., Herrero, O. y Pacheco, M. (2005). A personal construct approach to narrative and postmodern therapies. En D. Winter & L. L. Viney (Eds.), *Personal Construct Psychotherapy: Advances in theory, practice and research* (pp. 69-80). London: Whurr Publishers Ltd.
- Botella, L., Corbella, S., Gómez, A. M., Herrero, O. y Pacheco, M. (2005). A personal construct approach to narrative and postmodern therapies. En D. Winter (Ed.), *Advances in Personal Construct Psychotherapy*.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. En L. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*, (pp.119-136). US: Thousand Oaks.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation and anger*. NY: Basic Books
- Brodzinsky, D. M. (2010). Conferencia *Understanding and Managing Loss in Adoption: Implications for Clinical Practice*. Postgrado en acogimiento, adopción y postadopción (Universitat de Barcelona, Universitat Ramon Llull). Documento no publicado.
- Butt, T., Burr, V. y Bell, R. (1997). Fragmentation and the sense of self. *Constructivism in the Human Sciences*, 2(1), 12-29.
- Caspers, K., Yucuis, R., Troutman, B., Arndt, S. y Langbehn, D. (2007). A sibling adoption study of adult attachment: the influence of shared environment on attachment states of mind. *Attachment & Human Development. Special Issue: The life and work of John Bowlby: a tribute to his centenary*, 9(4), 375-391.
- Corbella, S. y Gómez, A. M. (2010). Características de las familias adoptivas que facilitan la adaptación y consideraciones sobre los aspectos facilitadores de la integración. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i l'Esport*, 27, 51-66.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los Patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- Dalen, M. (2005). Internacional adoptions in Scandinavia: research focus and main results. En D. M. Brodzinsky y J. Palacios (Eds.), *Psychological Issues in Adoption: Research and Practice* (pp. 187-209). Westport, CT: Praeger.
- Feeny, J. A., Passmore, N. L. y Peterson, C. C. (2007). Adoption, attachment, and relationship concerns: a study of adult adoptees. *Personal Relationships*, 14(1), 129-147.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós (original publicado en 1997).
- García, L. y Pacheco, M. (2010). Apego adulto en mujeres adoptadas: un estudio de caso sobre su relación con la construcción de la identidad. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27, 211-243.
- Gergen, K.J., (1994). *Realities and relationships*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Hermans, H. J. M., (2002). The dialogical self: one person, different stories. En Y. Kashima, M. Foddy y M. J. Platou (Eds.), *Self and identity: personal, social and symbolic* (pp. 71-100). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hermans, H. J. M. (2004). The dialogical self: between exchange and power. En H. J. M. Hermans y G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 13-28). New York: Routledge.
- Juffer, F., van Ijzendoorn y Palacios, J. (2011). Recuperación de niños y niñas tras su adopción. *Infancia y aprendizaje*, 34, 1, 3-18.
- Kelly, G.A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs (Vols. 1 and 2)*. London: Routledge.

- Loizaga, F. (2010). Intervenciones familiares para avanzar en el vínculo y en la base segura (Un viaje al tren de los apegos). Reflexiones para la mejora del vínculo con familias adoptivas. En F. Loizaga (coord.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 457-488). Bilbao: Mensajero.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Millon, T. (2000). Toward a new model of integrative psychotherapy: Psychosynergy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10 (1), 37-53.
- Negre, C., Forn, M. y Freixa, M. (2007). Relaciones familiares en mujeres adoptadas adultas. *Anuario de Psicología*, 38(2), 225-239.
- Neimeyer, R.A. (2000). Narrative disruptions in the construction of the self. In R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.). *Constructions of disorder* (pp. 207-242). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pacheco, M. (2006). *Reconstrucción dialógica del sí mismo en psicoterapia: Una aproximación constructivista*. Tesis Doctoral no publicada: Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Pacheco, M. y Boadas, B. (2011). *¿Y si adoptamos?* Barcelona: Viceversa.
- Pacheco, M. y Botella, L. (2000). El constructivismo relacional en la psicoterapia con niños y adolescentes: una propuesta para la liberación de nuevos espacios dialógicos. *Revista de Psicoterapia*, 44, 5-26.
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción: Necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de Psicología*, 38(2), 181-198.
- Palacios, J. y Brodzinsky, D.M. (2010a). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34 (3), 270-284.
- Palacios, J. y Brodzinsky, D.M. (2010b). La investigación sobre adopción: tendencias e implicaciones. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27, 39-50.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2005). Intercountry adoption disruption in Spain. *Adoption Quarterly*, 9, 35-55.
- Ravenette, T. (2002). *El constructivismo en la psicología educativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rosnati, R. (2005). The construction of adoptive parenthood and filiation in italian families with adolescents: a family perspective. En D. M. Brodzinsky y J. Palacios (Eds.), *Psychological Issues in Adoption: Research and Practice* (pp. 187-209). Westport, CT: Praeger.
- Selman, P. (2010). Intercountry adoption in Europe 1998-2008: patterns, trends and issues. *Adoption y Fostering*, 34, 14-19.
- Shelley, J. (2002). The relationship between adopted young adults and their nonadopted siblings in the perception of current family relationships. *Dissertation abstracts International section B: The Sciences and engineering*, Vol. 63 (3-B), pp 1550.
- Siegel, D. J. (2005). Apego y comprensión del sí mismo: Ser padre pensando en el cerebro. *Revista de Psicoterapia*, 61, 29-41.
- Slobodnik, N. J. (1997). Communication about adoption, personality development and attachment in adoptive families. *Dissertation abstracts International section A: Humanities and social sciences*, Vol. 58 (3-A), pp 113.
- Solórzano, E., Pacheco, M. y Virgili, C. (2010). Parentalitat i resiliència en l'adopció. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i l'Esport*, 27, 117-139.
- Van Ijzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(12), 1228-1245.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Whiteman, V. E. (2003). A needs assessment toward developing a model training program for adoptive parents of an older child. *Dissertation abstracts International section A: Humanities and social sciences*, Vol. 64 (2-A), pp 401.
- Windk, L.H., Brooks, D. y Barth, R.P. (2007). Influences of risk history and adoption preparation on post-adoption services use in U.S. adoptions. *Family Relations*, 56, 378-389.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

TERAPIA INFANTIL – ¿TERAPIA DE PADRES?

Ursula Oberst

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull

This article presents a therapeutic approach for working with parents who have children with behavior problems. This integrative approach combines elements of Adlerian psychotherapy with strategic therapy. The intervention is done mainly, and sometimes exclusively, with parents, without the participation of the children. The therapist can act as counselor, by teaching the parents to use techniques in the family context, or intervene as therapist by applying techniques that stem from strategic therapy, basically in form of behavioral prescriptions. The presentation of the theory is illustrated with case descriptions.

Keywords: Adlerian psychotherapy; strategic therapy; intervention with parents

Las relaciones familiares y los problemas de conducta

Una terapia del niño ⁽¹⁾ es impensable sin la participación de los padres u otras figuras de apego, sean familiares, tutores o las personas encargadas de cuidarlo. Pocas veces encontraríamos en una situación en la cual no disponemos de ninguna figura de apego para apoyar al terapeuta en su tarea, o bien para ser parte implicada o incluso receptora de la intervención terapéutica (como por ejemplo en la terapia familiar) o bien para seguir determinadas pautas en casa. Pero los padres, por ignorancia, por enfermedad o intencionadamente pueden estar a la raíz del problema (abuso, maltrato, negligencia, violencia doméstica etc.). Es decir, los padres pueden estar implicados en la patogénesis y en el mantenimiento del problema, pueden ser, solos o conjuntamente con el niño objeto de la intervención o bien agentes de cambio al aplicar nuevas pautas educativas aprendidas en terapia u orientación psicológica y psicoeducativa. También pueden, junto con el terapeuta, ayudar a su hijo a afrontar una experiencia traumática o una situación vital estresante (niños con enfermedades graves, niños traumatizados por terceras personas, niños adoptados). En este sentido, en la terapia infantil, los padres pueden participar como pacientes, co-terapeutas o bien en su función principal como progenitores: personas encargadas de cuidar y educar al niño. De todas formas, los padres pasan mucho más tiempo con sus hijos que el terapeuta, y su participación

es clave para el proceso de cambio. Si bien no queremos negar que existan trastornos de base biológica que se manifiestan también en condiciones favorables, queda patente que una relación paterno-filial adecuada y un apego seguro es una condición sine qua non para un desarrollo sano y para una buena salud mental.

Por eso abundan las publicaciones divulgativas que reivindican una educación adecuada y la “recuperación de la autoridad” (Marina, 2009), los libros de “autoayuda paternal”, los cursos para enseñar a educar mejor (por ejemplo bajo el nombre de parenting o coaching parental, Escuela de padres o incluso Universidad de padres (Marina, 2009), de cómo educar los niños rebeldes (García-Valiño, 2010) para que se conviertan en niños “competentes” (Juul, 2004) o “responsables” (Piaastro, 2001) y no en “tiranos” (Winterhoff, 2009) o “dictadores” (Urra, 2006). Todos estos autores están de acuerdo que es tan equivocada una educación excesivamente autoritaria como una excesivamente consentidora y permisiva, siendo la permisiva la que suponen que prevalece hoy día por encima de un estilo autoritario. Consentir en demasía, no usar la autoridad adecuadamente o fluctuar entre una cosa y otra puede producir niños tiránicos e infelices y desembocar en fenómenos clasificados como trastornos mentales en los manuales psiquiátricos, especialmente los conductuales como el negativista-desafiante. El psicólogo criminalista Urra (2006), además, traza una línea directa entre la permisividad paternal y la delincuencia juvenil. El exceso de mimo, de sobreprotección y de identificación excesiva de los padres con sus hijos también puede resultar perjudicial. Una visión muy interesante es la del psiquiatra alemán Winterhoff (2009), quien, desde una visión psicoanalítica, habla de una fusión simbiótica patológica de muchos padres con sus hijos y considera esta situación como un “abuso emocional” del niño por parte de sus padres. Dibuja una generación futura de individuos (estos niños abusados emocionalmente convertidos en adultos) que no es capaz de llevar una vida madura, responsable y socialmente integrada. Todos estos profesionales reconocidos citados exigen una recuperación de la “autoridad”, que no significa autoritarismo, y los medios de comunicación hacen eco de esta demanda; parece que la sociedad entera es consciente de esta necesidad.

Sin embargo, los problemas de conducta en la infancia sólo parecen incrementarse. Frecuentemente, tanto padres como profesores son incluso conscientes de los errores que comenten respecto a los niños, pero se confiesan desorientados respecto a cómo hacerlo mejor y ante la duda, prefieren anteponer los deseos de los niños a los suyos propios. En la sociedad prevalece la opinión de que educamos mal a nuestros hijos, porque se han perdido los valores claros y por eso los padres, ante la duda, optan por una educación *laissez-faire*, en la cual los niños son mimados, sobreprotegidos y a la vez consentidos, y hay una demanda de los padres de orientación acerca de unas pautas claras de cómo abordar los caprichos de sus hijos. Los padres afirman que son conscientes de este problema (“Sé que no debería... pero luego el niño me monta una pataleta y eso puede conmigo”), pero

no saben cómo actuar. En muchos casos, los padres alternan este estilo con momentos de autoritarismo espurio, dependiendo de su propio estado de ánimo y paciencia. Más que consentidor, muchos padres son inconsecuentes. Típicamente, los padres primero prohíben o exigen una conducta. Luego, ante la resistencia del niño de acatar la orden, los padres la repiten e insisten, incluso varias veces, alzando el tono de voz, sin éxito. Finalmente, los padres o bien imponen su autoridad mediante gritos y la fuerza, para su propia insatisfacción y el disgusto del niño, o bien ceden y se quedan igualmente insatisfechos.

No es el objetivo de la autora cuestionar la existencia de trastornos conductuales tales como vienen descritos en el DSM-IV o DSM-V, como por ejemplo el TDAH –y menos la de trastornos más graves. De hecho, muchos niños afectados de TDAH responden muy bien a tratamiento farmacológico y en tales casos sería cruel negarles la medicación, ya que un TDAH grave tiene consecuencias importantes para el aprendizaje, las relaciones sociales y el bienestar del propio niño. Pero como comenta Ibáñez (2004), la desregulación de la relación padres-niño es muy frecuente en estos casos, lo cual aumenta aún más la excitación, tanto la del niño como la de los padres, empeorándose así la sintomatología. Puede ser que los padres, al no saber gestionar las manifestaciones de un bebé de temperamento difícil, caen en reacciones irreflexivas y inconsecuentes, a veces motivadas por un cansancio respecto a la conducta del niño, y empieza una espiral que lleva a una sintomatología del “trastorno del niño consentido” (Oberst, 2009), o comportamiento negativista-desafiante. Patologizar este comportamiento es una gran tentación para los padres y profesores, ya que les permite descargar la responsabilidad hacia los profesionales de la salud mental. Si bien en algunos casos, poder “etiquetar” un comportamiento es un alivio también para el niño afectado, ya que esto le pueden hacer comprensible algunas reacciones suyas que él mismo no entiende, al igual que orientar un posible tratamiento, farmacológico y psicoterapéutico, una visión exclusivamente psiquiátrica, la de considerar la conducta maladaptativa y/o socialmente no deseada como un trastorno mental nos hace sentir impotentes como educadores y nos obliga a recurrir a especialistas de la salud mental. En cambio, una visión educativa nos permite un margen de intervención mucho más amplio. Muchos niños con síntomas de hiperactividad/impulsividad y desatención, con rasgos del espectro autista o con conductas desafiantes responden bien a medidas educativas, tanto por parte de sus padres como de sus profesores (y, por supuesto, a psicoterapia). Contemplar la conducta perturbadora como el resultado de una educación inapropiada y no como psicopatología nos permite intervenir directamente con el adulto que tiene una relación y un vínculo con el niño. De hecho, todos los autores de los trabajos publicados en este mismo número de la Revista de Psicoterapia insisten que el asesoramiento de los padres respecto a las pautas educativas es clave para la mejora del niño. En algunos casos, el profesional de la psicología puede optar por trabajar

más con los padres que con el niño. Normalmente, se trata de una intervención psicoeducativa, mediante la cual estos padres deben aprender a utilizar pautas educativas para influir en la conducta de su hijo o hija. A diferencia de lo que se considera un enfoque psicoterapéutico, donde el profesional trabaja con el niño problemático, el papel del profesional psicoeducacional es similar al de un profesor que enseña habilidades y métodos pedagógicos, facilita el crecimiento personal y fomenta la auto-ayuda y las relaciones interpersonales. Y sobre todo, tiene una eminente función preventiva: no esperamos a que se haya producido un proceso patológico, sino que empezamos en la base educativa, enseñando métodos pedagógicos eficaces para evitar que las dificultades del niño no se conviertan en patología. Entendemos este tipo de intervención como orientación de padres, o counselling. En cambio, en la psicoterapia infantil siempre hay un profesional, habitualmente un psicólogo, que interviene directamente con el paciente (en este caso el niño o toda la familia). La psicoterapia no se suele hacer de forma preventiva, sino se busca cuando el niño ya presenta un trastorno manifiesto.

En este artículo se presentará un tipo de intervención con padres cuyos hijos presentan problemas conductuales, con o sin etiqueta diagnóstica, pero en los cuales se identifica un importante factor educativo. Esta intervención, que se lleva a cabo sólo con los padres (se prescinde de la participación del niño) y se efectúa tanto a nivel counselling (se dan “consejos” y pautas) como a nivel psicoterapéutico (se interviene estratégicamente sobre los factores inconscientes que impiden llevar a cabo cambios por parte de los padres). El enfoque se enmarca en una teoría que combina elementos derivados de la Psicología Adleriana contemporánea y técnicas de la terapia sistémica, especialmente de la variante estratégica (modelo Educación para la Convivencia, EDUCON, Oberst, 2010; Oberst & Company 2013; Oberst y Ruiz, 2013). Se describen las principales técnicas de este modelo y se ilustra con un caso.

Los límites del counselling, o por qué los consejos de la *supernanny* no bastan

Como se ha dicho antes, la mayoría de los enfoques de terapia infantil contemplan el trabajo con los padres y/o otras figuras de apego, habitualmente en forma de pautas educativas más o menos cognitivo-conductuales. En la variante mediática, existen figuras como la *supernanny*, que pone a tono a unos padres supuestamente ineptos, enseñándoles técnicas conductuales. Pautas educativas más o menos sofisticadas, pero claras y contundentes, pueden ser muy eficaces como elemento de cambio en la interacción padres-hijos en general y en la conducta infantil en determinadas situaciones conflictivas. Lo mismo vale para el cambio de pautas en el aula, cuando se trabaja con profesores. Pero a veces esta intervención fracasa, porque los padres (o profesores) no aplican estas pautas de forma continuada, dejan de aplicarlas después de un tiempo, o ni las inician. Y en estos casos, la interacción problemática y la conducta del niño vuelven a aparecer o a empeorar.

Esto pasa cuando la intervención con los padres no tiene en cuenta algunos aspectos psicológicos inconscientes. Cuando una pauta de tipo “si su hijo no quiere comer lo que Vd. ha preparado, guarde el plato en la nevera, y para la cena, vuélvase a poner recalentado” no funciona, porque la madre, al primer lloriqueo de hambre o a la primera pataleta de rabia, le hace un tentempié a deshora, no hay que exhortar a la madre para que cumpla con la pauta, sino hay que preguntarse, cuales son los motivos que le impiden hacerlo. Esto distingue el trabajo psicoterapéutico del counselling y mucho más aún, del de una *supernanny*. Puede que la madre se sienta mala madre si deja que su hijo pase unas horas de hambre; o que teme que su hijo vaya a dejar de quererla si no le satisface sus caprichos. Y estos aspectos más “inconscientes” deben de tenerse en cuenta a la hora de elaborar pautas educativas para con los padres. Y por eso, raras veces se pueden establecer normas universales para todos los padres para con todos los niños, ya que las pautas deben ser adaptadas a cada caso específico.

Pero también hay que tener en cuenta los motivos inconscientes de los niños. El niño del ejemplo que no quiere comer la verdura, obviamente, prefiere comer algo que sea más de su agrado, y más cuando existe la motivación del hambre, al haberse saltado la comida por rechazar la verdura. Pero la rabieta o el lloriqueo expresa algo más que hambre, sobre todo cuando se convierte en conducta habitual, y esto es un deseo de conseguir o recuperar el poder, es decir la posibilidad de influir en el adulto de forma que pueda asegurarse la inmediata satisfacción de sus deseos, afán muy comprensible desde el punto de vista infantil, pero nefasto desde un punto de vista de convivencia familiar. Entendemos lo que Alfred Adler en su momento describió como “afán de poder”, pero que se puede interpretar como una estrategia de afrontamiento no adaptativa. Una estrategia de afrontamiento, entendida en este sentido adleriano, la consideramos adaptativa cuando la persona (el niño en este caso) consigue resolver el conflicto. Este afrontamiento adaptativo (Sentimiento de comunidad, en términos adlerianos) es algo que el niño pequeño tiene que aprender mediante la educación: de pequeño, los padres se esfuerzan para satisfacer sus necesidades, pero a medida que va creciendo, tiene que aprender las leyes de la convivencia. En la medida en que la conducta siempre tiene un significado social, también la conducta inapropiada y disfuncional se puede entender como un intento del individuo de orientarse en su contexto social, de tener su sitio, de conseguir sus objetivos y de superar sus obstáculos. Entendiendo la conducta como un “experimento” (Kelly, 1959), en este intento pueden ocurrir errores; entonces, la conducta perturbadora y patológica del niño no se interpreta como “mala” o “enferma”, sino como un “apaño creativo” para solucionar una dificultad percibida (qué hago cuando mi madre no me deja comer lo que yo quiero) o un error que se puede subsanar. El niño puede resignarse y cumplir con lo que pide el adulto a detrimento de sus intereses, puede rebelarse y conseguir lo que quiere mediante un berrinche o el llanto desconsolado, ninguna de las opciones es satisfactoria para ambos,

porque, en tanto a una posible solución, el apaño (llorar, hacer una pataleta, etc.) sólo puede llevar a una solución insatisfactoria: o gana el niño cediendo el adulto, o gana el adulto, sintiéndose humillado el niño. Por tanto, el niño tiene que aprender a encontrar soluciones creativas socialmente adaptativas, por ejemplo negociando o postergar sus deseos, que permiten elaborar un compromiso entre ambas opciones, y el cometido del adulto es ayudarle en esta tarea. Pero esto sólo puede pasar si el individuo –el niño en este caso– es capaz de integrar conductas alternativas de manera significativa en su estilo de vida, es decir que la conducta alternativa no esté en conflicto con sus constructos nucleares (en palabras de Kelly) o Estilo de Vida (en palabras de Adler). Si existe tal conflicto, o bien en el niño o bien en las personas que lo educan o tratan, la solución propuesta no funcionará a largo plazo. Para una madre, un constructo nuclear tiene que ver con la alimentación de sus hijos y ver que su hijo llora porque pasa hambre (¡es suficiente que la madre se lo crea!) puede representar un conflicto importante, porque esto le impide sentirse una “buena madre”. También es importante incluir en nuestro análisis las reacciones del entorno, como cuando, por ejemplo, la madre se entenece con el niño porque ve al padre demasiado severo, o cuando está intentando corregir patrones de la relación con sus padres que le hicieron sufrir (sintió que los padres la atendieron poco) e intenta corregir esta pauta en la relación con sus hijos. Para el niño también es esencial que, aunque sea el más pequeño y débil, su voz se oiga en la familia y que sus intereses cuenten. Si cumplir con la demanda paternal le hace sentir que pierde esta posibilidad (con padres autoritarios), el niño recurrirá más fácilmente a conductas desadaptativas. Pero si los padres anteponen los intereses del niño a los suyos o a los de la familia como unidad de convivencia, no le ayudan a desarrollar sentimiento de comunidad y a encontrar soluciones adaptativas.

En resumen, la intervención con la madre del ejemplo debe tener en cuenta que las pautas recomendadas por el profesional (por ejemplo retirar el plato rechazado por el niño y guardarlo para la cena sin prepararle un tentempié al niño rabioso) sean compatibles con su construcción como “buena madre” en el contexto familiar. Y la intervención con el niño (sea directamente por parte del psicólogo o a través de las pautas maternas) debe permitir al niño ver que la conducta deseada por el adulto le permite mantener su “poder”, es decir la posibilidad de tener influencia en su entorno, en este caso sobre la madre.

El hecho de que los seres humanos somos propositivos y perseguimos determinados objetivos con determinadas personas nos conlleva a contemplar el problema dentro de una visión relacional. En la perspectiva de padres y de profesores, la conducta perturbadora es percibida como algo que sale del niño que se tiene que corregir. Las causas de esta conducta se buscan en la estructura de la personalidad del niño, y el diagnóstico “trastorno de conducta” expresa la tendencia ya comentada a la patologización y a una interpretación psicoterapéutica de esta conducta como una malfunción del niño que hay que tratar. Esta visión no tiene en

cuenta el significado de la conducta en el contexto relacional. Una visión relacional parte de la premisa que padres e hijos (o profesores y alumnos) son un sistema social, cuyos elementos son interdependientes y se influyen mutuamente, y que es la relación que mantiene el niño la que determina su conducta. A veces algún padre o madre nos comenta que tiene graves problemas con su hijo o hija, y en cambio, el otro progenitor no o no tanto; y en el colegio, su conducta es normal. Hay que, por lo tanto, analizar la relación entre niño y sistema de padres y determinar cuáles son los procesos tácitos que conllevan a determinadas reacciones, tanto en el niño como en el adulto. Raras veces el adulto o el niño nos puede informar de estos procesos, ya que se desarrollan a un nivel inconsciente.

Añadiendo la lección de Watzlawick, según la cual en muchos casos lo que mantiene el problemas son las soluciones intentadas que han fracasado, la intervención propuesta aquí sigue el siguiente orden: (1) solicitar a los padres una descripción detallada o una escenificación de las situaciones problemáticas y su siguiente análisis relacional, (2) analizar el objetivo (inconsciente) que persigue el niño con la conducta perturbadora, (3) identificar los errores educativos (= las soluciones fracasadas), (4) elaborar los mecanismos de cambio (actitudes, pautas, prescripción de estrategias) y (5) observar los resultados para controlar su eficacia y, si es necesario, modificar la intervención. Estos pasos son recursivos, es decir no es un entrenamiento que se lleva a cabo desde el principio al final, sino que constantemente se repasa y se revisa, pero por un motivo obvio de presentación, se detallan por este orden.

La intervención

Paso 1. Descripción o puesta en escena

Cuando se trabaja con un solo progenitor, se le solicita una descripción detallada de una situación problemática prototípica, por ejemplo el último berrinche o la última discusión fuerte que habían tenido. La descripción tiene que ser tan detallada como sea posible, comprender los antecedentes y las consecuencias. A partir de esta descripción se establecen hipótesis sobre la función de la conducta infantil en el marco de esta relación; siguiendo el consejo de Dinkmeyer y Carlson (2006), se le pide al adulto otra situación para corroborar esta hipótesis. Pero cuando están los dos padres, o mejor todavía cuando nos situamos en un grupo de padres, se usa la escenificación: el progenitor escoge entre los asistentes aquellas personas que representen el papel del hijo/a y/o de otras personas presentes en la situación. El adulto interpreta la situación una vez como él o ella mismo/a y una vez en el papel de su hijo.

La idea de la escenificación proviene de un contexto bien diferente, el de los “grupos Balint”. El “**grupo Balint**” es una actividad derivada del psicoanálisis y por lo tanto se incluye en el marco teórico denominado modelo transferencial de

acercamiento a la relación médico-paciente (Knoepfel, 1980), y que se aplica para analizar en profundidad la relación del médico (por ejemplo médico de cabecera) con su(s) paciente(s). Los profesionales de la salud se reúnen con un psicoanalista para analizar y elaborar los aspectos conscientes e inconscientes presentes en las situaciones clínicas y que por algún motivo resultan conflictivas para el ejercicio profesional. Los participantes son invitados a describir a su paciente y los conflictos que tienen con él. Knoepfel advierte que cuando el profesional no comprende a su paciente, no lo describe, sino, sin darse cuenta, lo “imita”, porque de esta manera se manifiestan los procesos de contratransferencia. El médico, inconscientemente, repite y dramatiza aquellas conductas de su paciente que escapan de su entendimiento médico. Por ejemplo, a un paciente depresivo, lo describe con voz triste, sin temperamento, pero a una paciente histriónica, la describe con mucha emoción, de forma teatral y cómica. Mediante esta práctica experiencial se intenta llegar a una comprensión emocional y cognitiva de estos procesos inconscientes para elaborar después las posibilidades que tiene el médico de interactuar mejor con su paciente.

Marc, de 7 años, es “hiperactivo”; la madre, Laura, se queja de que siempre tiene que decir las cosas 10 veces y se pregunta con cierta desesperación por qué las cosas tan simples como entrar a casa y quitarse el abrigo para este niño no funcionan de forma simple. Todo es una lucha. Aparentemente estamos delante de un niño que cumple algunos de los criterios para el TDAH y con cierta tendencia negativista-desafiante. Laura escoge un participante y le instruye como tiene que interpretar el rol del niño. Vemos lo siguiente: cuando madre e hijo llegan a casa, en el momento que la madre abre la puerta, Marc (es decir el participante que hace de Marc, siguiendo las instrucciones previas de Laura) aprovecha para escaparse, corre escaleras arriba e intenta esconderse. Laura le va detrás para invitarle a que baje y que entre con ella al piso. Luego sigue el juego: la madre suplica, Marc se hace el remolón, se niega a quitarse el abrigo, juegan un quita-y-pon, hasta que finalmente el niño se quita el abrigo. Luego el tema de lavarse los manos: la madre lo persuade para ir al baño, el niño se escabulle, luego juega con el jabón y el agua, la madre queda mojada, se desespera, pero intenta convencer al niño por las buenas, luego Marc insiste en lavarse las manos solo... Los otros participantes se ponen a reír. De manera mucho más evidente que en el relato previo de la madre, en la escenificación queda patente que el niño no provoca a la madre, sino que los dos están enzarzados en una especie de juego, el niño con deleite, la madre con creciente desesperación. Cuando la preguntamos por cómo se siente en esta situación, nos informa que se siente hastiada y agotada.

Paso 2. Detectar los objetivos del niño para con el adulto

Ya en 1949, el adleriano Dreikurs describió por primera vez las cuatro manifestaciones de este “afán de poder” infantil, cuatro “objetivos erróneos” que el niño persigue con su conducta perturbadora: atención, superioridad, venganza y

demostración de incapacidad (Dreikurs, 1949; Dreikurs y Soltz, 1969; Dinkmeyer y McKay, 1976; Dinkmeyer, Jr. y Carlson, 2006; Oberst, 2010). Detectar cuál de estos objetivos persigue el niño con su conducta en una situación concreta permite al adulto la aplicación más selectiva de “pautas” y así interaccionar de una forma más eficaz. El adulto puede reconocer el objetivo del niño prestando atención a sus propias emociones delante de la conducta infantil. Resumiendo muy brevemente el modelo de Dreikurs, podemos decir que cuando el adulto se siente más bien molesto o estresado ante la conducta en cuestión, el objetivo del niño es conseguir atención; si se siente provocado, el niño busca poder. La emoción de rabia o humillación por parte del adulto denota una búsqueda de venganza por parte del niño, y una sensación de desesperación delata el objetivo de demostración de incapacidad. Detectar el objetivo inconsciente de su(s) hijo(s) en las situaciones conflictivas mediante el darse cuenta de su propia reacción emocional a la conducta del niño, también forma parte de la terapia con padres.

En la situación descrita anteriormente, inferimos por la reacción “estresada” de la madre, que lo que busca Marc en esta situación no es poder (en este caso, la madre se sentiría más bien provocada), sino la atención de su madre. No quiere demostrar que él hace lo que quiere y que ella no puede con él (como sería en el caso de búsqueda de poder), sino que su intención es mantener a la madre entretenida, que se ocupe de él.

Paso 3. Identificar las soluciones fracasadas

Al margen de cada uno de nosotros tiene su particular manera de equivocarse, los errores educativos, entendidos como los intentos fracasados del adulto para solucionar las conductas del niño, se pueden resumir en tres tipos, llamados (de cara a los padres): el “método del cura” (sermonear), el del “mafioso” (amenazar, sobornar) y el del “sabelotodo” (uso de una respuesta pedante, irónica o sarcástica) (Oberst y Company, 2013).

Paso 4. Mecanismos de cambio

a) Actitudes

Los padres acuden a terapia o a los grupos de padres con la demanda de que se les recomiendan “pautas”, consejos fáciles de llevar a cabo, utilizables a conveniencia y de eficacia inmediata, y muy a su pesar, de pautas, se dan pocas. Como intervención de counselling, se trabajan sobre todo actitudes. Entendemos por actitud algo que el adulto tiene que sentir y que tiene que profesar como una posición general hacia el niño. Como los niños aprenden más por observación e imitación que por explicaciones (por muy repetidas e insistentes que sean), el adulto tiene que mantener una actitud amable, respetuosa y – si puede ser – calmada hacia el niño. Es sorprendente ver como algunos padres se quejan de la falta de respeto

de su prole y en cambio, constantemente le faltan el respeto a ellos gritándoles, denigrándoles, amenazándoles con castigos que, dicho sea de paso, raras veces se cumplen (“método del mafioso”). Así los niños aprenden que las amenazas son vanas. Por otro lado, y como se ha dicho antes, los padres miman y consienten en exceso, confundiendo el no poner límites con amor. En este sentido, esta fase del counselling de padres conlleva un trabajo de mejorar la empatía, consciencia emocional y estilos de comunicación. Esto es importante, porque una función de los padres es la de regular las emociones del niño. Un estilo inseguro en los padres, por ejemplo, no les permite actuar de reguladores de sus hijos, porque sus reacciones son inconsistentes, rechazan la intimidad o no interpretan adecuadamente los objetivos del niño.

b) Estrategias para padres

Las estrategias “simples” son las técnicas que se les enseña a los padres. La idea es que los padres vayan aprendiendo e interiorizando estas técnicas para utilizarlas en más y más situaciones conflictivas. De esta manera se puede lograr una mejoría en la relación padres-hijos y en la convivencia familiar, y así tener una influencia positiva en el comportamiento general del niño. No es objetivo de este artículo presentar el amplio abanico de estrategias propuestas por Rudolf Dreikurs y sucesores (por ejemplo, Dinkmeyer y McKay, 1976; Dinkmeyer, Jr. y Carson, 2006), y adaptados y actualizados por nosotros (Oberst, 2009, 2010; Oberst y Company, 2013) en detalle, pero valgan como ejemplos la estrategia de “retirarse del radio de acción” (para situaciones de búsqueda de atención) y “consecuencias lógicas” (para situaciones de poder).

Ejemplo: Retirarse del radio de acción

Retirarse del radio de la acción (Dreikurs y Soltz, 1969; Oberst, 2010) es la técnica recomendada por Dreikurs para “ignorar” una conducta. Consiste en hacer algo que le impide prestar atención a la conducta.

Un padre nos consulta por problemas con sus dos hijos (9 y 11 años, respectivamente), ambos con diagnóstico de TDAH. Una de las situaciones críticas que describe es cuando los va a buscar en el colegio con su Porsche: los dos se pelean por quien puede ir delante que no cesa hasta que el padre finalmente se pone autoritario, les grita y los separa, poniendo a veces uno delante y otro detrás. Como resultado, los dos acaban enfadados con el padre y el padre se pone de mal humor durante horas. Nos dice que ha intentado seguir el consejo de “ignorar-los”, pero esto es difícil en estas circunstancias. Le decimos al padre que si los hermanos se pelean, hay que esperar; que llevara un periódico que esperara leyendo tranquilamente hasta que los dos acaben su disputa. Es importante que no delatara su nerviosismo o impotencia con ningún gesto o palabra, sino que actuase como si la cosa no fuera con él. Pero no sólo esto: además, cuando los dos finalmente hayan

decidido sobre donde sentarse, que no arrancara el coche enseguida, sino que acabara primero el artículo que estaba leyendo. El padre alegaba que estaría demasiado nervioso como para leer y menos para acabar un artículo, pero insistimos en que era necesario tener la apariencia de estar inmerso en la lectura. A pesar de su incredulidad, el padre consiguió convencer a sus hijos de su falta de interés en sus peleas y al segundo día, los chicos se pusieron de acuerdo entre ellos que un día fuera el mayor delante, y otro día, el menor y así alternando. Y no hubo más peleas.

Ejemplo consecuencias lógicas

Un castigo suele ser una imposición más o menos arbitraria por parte del adulto, a veces como reacción al agotamiento de la paciencia del adulto. A menudo tiene poca relación con la “infracción” (como dejarle sin patio al alumno que se ha portado mal en clase). En cambio, una consecuencia lógica es la aplicación de una norma que el niño tiene que conocer previamente y a ser posible haber aceptado. En estos casos, el adulto actúa como representante de un orden social preestablecido – y no como un padre enfadado. Se les explica a los padres que un castigo provoca humillación y rabia en el niño que luego se vuelve a dirigir hacia la persona que le castiga. En cambio, una consecuencia lógica, aunque puede ser desagradable en sí, no lo hace, siempre y cuando realmente se trata de una consecuencia y si es aplicada con la actitud de respeto y en un tono cordial. Por eso recomendamos a los padres que se tranquilicen antes de aplicar una consecuencia. Un castigo hace énfasis a una conducta pasada, la consecuencia deja elección (el niño, como conoce la norma, puede elegir comportarse de acuerdo con ella o infringirla, de la misma manera – así se lo explicamos a los padres – que un adulto puede elegir cometer una infracción de la normativa de tránsito y asumir una posible multa por parte de un policía urbano – que luego la impone educada y respetuosamente (se supone). Por eso también recomendamos a los padres ser respetuosos con sus hijos también y especialmente en esta situación; incluso los entrenamos para aplicar la consecuencia pactada con un tono de disculpa, sin acusación, sin advertencia previa, sin sarcasmo y sin más comentario. Cualquier comentario más allá de la consecuencia en sí (de tipo “Ya te lo había advertido” o “Como no has..., ahora yo...”) estropearía el efecto de la consecuencia y la convertiría en castigo.

Siempre que se puede, las estrategias se ensayan con ellos en forma de rol-playing. Esto es importante, porque a veces los padres creen que están aplicando las pautas, pero en realidad sin darse cuenta incluyen modificaciones que invalidan la pauta y la vuelven ineficaz. Por ejemplo, si un padre debe “ignorar” una determinada conducta, pero le echa miradas constantemente al hijo para ver como reacciona, el niño percibe la mirada y la interpreta como interés y atención, por lo cual se siente todo menos ignorado. En otro caso, una madre tenía que aplicar una consecuencia lógica, pero antes de hacerla, le advertía varias veces a su hija que si no hiciera caso, iba a hacerlo; esto fue interpretado como “amenaza” por la hija y,

por ende, la consecuencia resultaba ser un castigo.

El uso de una u otra estrategia también depende de las necesidades del adulto y del objetivo que busca el niño con su conducta.

Retomemos el caso del niño Marc antes descrito. Una forma de reacción a una demanda de atención no apropiada es no jugar el juego del niño. Estudiamos con Laura la posibilidad de dejarlo fuera y cerrar la puerta. Pero para esta madre la seguridad es un elemento muy importante en la relación con su hijo, tiene que estar segura de que su hijo esté seguro, y ante la idea de no saber qué pasa exactamente puertas afuera, la pone muy ansiosa aunque admite que Marc muy probablemente no correría a la calle, sino permanecería en el edificio. Así que pactamos con ella que debe acompañarlo a dentro; allá no debe invitarle a quitarse el abrigo, sino quitárselo ella como si se tratara de un niño más pequeño que todavía no sabe hacerlo, luego acompañarlo suavemente al baño y lavarle las manos ella sin previa invitación, etc. Protesta de los asistentes: ¿Haciéndolo la madre, no se volverá comodón e infantil? ¿No es justamente lo que el niño quiere? Pero la idea de esta intervención es estratégica: lo que quiere el niño, precisamente no es no quitarse el abrigo y no lavarse las manos, su objetivo es entretener a la madre y jugar con ella, estar seguro de su atención incondicional. Si la madre no entra en el juego y le trata como a un niño mucho más pequeño, éste no tardará en alzar la protesta, y así fue: cuando veía que la madre no estaba dispuesta a jugar el juego, le venció el aburrimiento; en cambio, sentirse tratado como un bebé, provocó una rebeldía sana e insistía en hacerlo todo él.

Se les explica a los asistentes del grupo que esta estrategia no funcionaría si el objetivo del niño en esta situación es conseguir poder, es decir provocar y desafiar la autoridad materna. En este caso, el niño pondría resistencia física en el momento de quitarle el abrigo etc. Una técnica dreikursiana para los casos de poder es “darle el poder”. Si quiere quedarse fuera, que se quede; si quiere quedarse con el abrigo, que se quede vestido; y que si no quiere lavarse las manos, que no se las lave. Cuando se les explica esto a los participantes del taller, hay otra vez protesta: ¿No es una señal para él para que pueda hacer lo que quiere? ¿Cómo va a coger hábitos si no insistimos a que lo haga, si no le obligamos? Pero este caso no es un problema de enseñarle hábitos, porque el niño los conoce perfectamente y ya los tenía adquiridos, sabe quitarse el abrigo y lavarse las manos. Lo que pasa es que no quiere hacerlo, porque quiere provocar a la madre. Si esta no se deja provocar, la conducta pierde su gracia. La calefacción del piso pronto hará que entre en calor y que se quitará el abrigo él mismo (consecuencia natural). Y si no le ponemos el plato de comida (con una sonrisa y un encoger de los hombros) haciendo referencia a la norma previamente establecida conforme que sólo se puede comer con las manos limpias, el niño puede elegir entre lavarse las manos o pasar sin comida (consecuencia lógica). Puede que elija pasar sin comida un día. Pero no tres, por lo cual es que si la madre es consecuente, el niño comerá.

c) Estrategias para terapeutas

En algunos casos, las técnicas antes descritas no son suficientes, especialmente cuando el objetivo del niño es venganza, dinámicas inconscientes en el adulto y/o una vinculación paterno-filial muy alterada. Estos casos extralimitan el counselling y requieren una intervención terapéutica con estrategias más sofisticadas que en nuestro caso derivan de la terapia sistémica, en concreto del enfoque estratégico (Selvini-Palazzoli, 1988; Haley, 1993; Fiorenza & Nardone, 1995), y que se aplican en forma de prescripción terapéutica. Fiorenza y Nardone presentan un modelo estratégico para los trastornos conductuales en la infancia según el DSM-IV; sus técnicas están diseñadas para eliminar el problema del niño (por ejemplo su conducta negativista-desafiante) de forma radical y muchas veces instantánea, sin tener en cuenta las causas, aspectos de apego y otros procesos de relación encubiertas, como lo hace en enfoque adleriano/dreikursiano. El adulto o los adultos recibe una prescripción precisa que tiene que seguir al pie de la letra a fin de garantizar su eficacia. Como es habitual en la terapia estratégica, el que recibe la prescripción no necesariamente tiene que entender el por qué de la pauta que tiene que seguir (a veces incluso sería contraproducente que lo entendiera).

Entonces, para determinadas situaciones-problema y trastornos conductuales se prescribe alguna estrategia como la redefinición del problema con connotación positiva, la declaración de impotencia, los pequeños sabotajes, la prescripción del problema y otras técnicas paradójales. Como en estos casos pasamos a una intervención terapéutica, este tipo de “pautas” no se recomiendan, como en el caso del counselling, sino que se prescriben, a veces por escrito y textualmente, y también se ensayan mediante role-playing para asegurar que el adulto las aplique al pie de la letra (véase comentario anterior al respecto). Si la estrategia es acertada y bien diseñada, y si el adulto la sigue correctamente, el cambio suele ser instantáneo y duradero.

Hay que tener en cuenta que algunas de estas estrategias en su aplicación a niños pueden ser muy maquiavélicas y poner el niño en una situación de humillación o herir sus sentimientos; esto puede llevarlo a un afán compensatorio de poder y venganza y no fomentar su sentimiento de comunidad; por eso se recomienda anticipar y ponderar muy bien la posible reacción del niño a la intervención. Además, la técnica no debe ser usada por los padres en un intento de “ajustar las cuentas” con el niño. Lo que se intenta es, en base de un análisis relacional fundamentado por parte del terapeuta, aplicar una estrategia a un aspecto de la relación que no funciona, con el fin claro de buscar un beneficio para el niño y una mayor sensación de competencia por parte de los padres. Si bien algunas estrategias de estos autores recuerdan técnicas ya descritas por Dreikurs (por ejemplo, la “redefinición con connotación positiva” parece una forma más refinada de “hacer algo inesperado” de Dreikurs), el marco epistemológico es muy distinto; mientras Dreikurs es fiel a la tradición clásica adleriana, cuyo objetivo es el fomento del

sentimiento de comunidad en el niño (un objetivo más bien en la tradición humanista), los autores italianos se enmarcan en la terapia estratégica breve y buscan un cambio radical en la conducta.

Caso Lidia: "Mama caca"

En el siguiente caso, se ilustra la combinación del counselling de padres con una intervención estratégica.

Los padres de Lidia, Sandra y Leonardo, acuden a consulta con la demanda de la conducta de Lidia, de 7 años, que se ha vuelto intolerable: rebelde, agresiva, falta de respeto,.... Casi todo es una lucha: desde vestirse por la mañana a comer lo que le ponen en el plato, hasta desvestirse y ducharse por la noche. Hay que repetir las órdenes, convencerla para que haga las cosas o que apague la televisión, etc. Cuando la madre la obliga o cuando le niega una cosa que quiere (por ejemplo quedarse con una amiga después del colegio) hace unas pataletas (chilla, golpea las puertas, incluso destroza algún objeto de la casa) de tal calado que un día los vecinos llamaron la policía porque sospechaban que los padres le estaban haciendo daño.

La explicación que le da la madre de por qué su hija se comporta hace referencia a la supuesta personalidad de Lidia: dice que su hija en el fondo es muy sensible, no puede controlar sus emociones, tiene baja autoestima y no puede soportar la frustración ("Le tiene que salir de algún lado, y le sale cuando está conmigo"); así que cuando la niña monta en cólera, la madre procura mostrar comprensión y averiguar qué le había pasado en el colegio para que estuviera tan alterada. Intenta razonar con ella y tranquilizarla, con escaso éxito. Luego Sandra se encuentra mal y piensa que está fracasando como madre. Para ella, ser buena madre es educar a sus hijos para que sean felices y personas agradables, para que sean aceptados por su entorno.

Aparte de Lidia, la pareja tiene un hijo de 11 años que no presenta problemas; al contrario, según la madre, se muestra muy cariñoso y comprensivo con ella y en ocasiones manifiesta que "no quiere ser como la hermana". Parece que Lidia ha adoptado el rol de "mala" para con su madre, mientras el chico el de bueno. Una exploración detallada revela que la conducta perturbadora de Lidia ya se manifestaba desde la primera infancia. Sandra informa, entre lágrimas, que una de las primeras palabras de la pequeña Lidia eran "Mamá caca" cuando le había negado algo, expresión que le hirió profundamente a la madre. Desde entonces, afirma, procura mostrarle su afecto y amor, ser comprensiva y amable con su hija para que la niña se sintiera querida y aceptada y no desarrollara un carácter agrio; esto es importante, porque, según la madre, las personas agrias y de mal carácter son rechazadas por su entorno y tienen muchas dificultades en la vida.

El comportamiento violento de Lidia se manifiesta principalmente en casa, y principalmente con la madre. Aunque el padre también observa cierta rebeldía en su la hija, admite que con el uso de la autoridad consigue zanjar las disputas

rápido. Así que cuando la hija se niega a ducharse, no admite discusiones, la obliga. En el colegio, apenas tienen problemas con Lidia. La tutora informa que Lidia es una chica con mucho carácter, pero en general, se la puede manejar. Con sus amiguitas incluso se muestra afectuosa y conciliadora.

Es fácil entender la conducta de Lidia en términos relacionales: sólo se manifiesta de esta forma para con la madre, menos con el padre y poco en el colegio. Con su padre y con la maestra, ese tipo de comportamiento se muestra menos útil para conseguir sus objetivos, y con sus compañeros, menos todavía, ya que Lidia debe intuir con unas conductas así sería rechazada por sus amigas del colegio. Pero con la madre, la relación es diferente: con “mamá caca” ya se sentaron los términos de la relación.

Como el marco institucional en el cual se desarrolla la intervención no permite terapias de largo plazo, el terapeuta decide una intervención estratégica breve y se pactan cuatro sesiones con los padres exclusivamente.

Como primera intervención le insto a la madre que NO cambie nada en su conducta respecto a su hija y que sobre todo no intente influir en ella. Pero cada vez que percibe una conducta inapropiada de su hija, que se ponga una nariz de payaso (esas de goma espuma que se colocan fácilmente). Si los hijos le preguntan por qué lo hace, que diga “porque tengo ganas de hacerlo” (un consejo de Fiorenza y Nardone) y que no deje que los niños se lo arrebatasen. Esto es lo único que tenía que hacer; de ninguna manera debía dar explicaciones y sobre todo, no de tipo que pueda hacer a la hija relacionar la nariz con su conducta provocadora. La razón de esta prescripción, que no se revela a los padres es doble: primero, permite valorar hasta qué punto la madre es capaz de cumplir con las tareas que le encomienda el terapeuta y segundo, ya introduce un cambio en la interacción con la hija, un cambio no intencionado por parte de la madre. Por eso la madre tiene “prohibido” cambiar sus respuestas intencionadamente; también le prohibimos dar explicaciones, ya que cualquier tipo de explicaciones podrían darle una pista sobre la intención de la madre, y entonces, la niña intentaría ajustar su comportamiento con el objetivo de reajustar su relación con la madre con el fin de recuperar su dominio. Esto, a pesar de producir un cambio en las interacciones, pero no el deseado por la intervención, ya que la madre ya ha intentado modificar la situación muchas veces y probablemente, en este momento todavía no es capaz de introducir conductas alternativas. Pero al ponerse una nariz roja, que además es un elemento cómico y aparentemente no relacionado con la conducta negativa de Lidia, confunde a la hija que espera “más de lo mismo” (Watzlawick) por parte de la madre (una súplica de comportarse mejor). Esto sólo ya representa una modificación de la situación y el inicio de un cambio terapéutico.

En la segunda sesión, la madre relata que se había puesto la nariz varias veces a lo largo de la semana. Por supuesto, los hijos se habían extrañado de ella y querían saber por qué llevaba esto, pero menos de lo que Sandra había temido. También

querían ponérsela, pero Sandra les dijo que no, que era de mamá, y con esto parecía que se daban por satisfechos. El no haber la pelea esperada por la madre es un indicador de que la intervención funcionaba. Sandra también informa que se sentía muy cómoda durante la semana. Siempre había intentado influir en la conducta de su hija, y al tenerlo expresamente “prohibido” le daba una sensación de alivio.

Con esto, ya se había iniciado el cambio importante en las relaciones familiares. En las dos sesiones restantes se les enseñaban las estrategias para padres, primero la de “retirarse del radio de acción”. Cada vez que se avecinaba un conflicto, la madre debía alegar una necesidad fisiológica e ir al lavabo, o algo similar. Lo esencial era conseguir que la madre no interviniera en la pataleta de la niña. Al principio Sandra temía no ser capaz de hacerlo por sentirse mala madre si no atendía a su hija en su gran sufrimiento, pero luego nos comunicó su sorpresa al ver que en el fondo el “no hacer nada” le resultó más fácil de lo que le parecía. Los primeros dos días, tal y como le habíamos advertido a la madre, Lidia aumentó la intensidad y duración de sus ataques de ira, pero al no tener “interlocutor”, a los pocos días fue dejando de tenerlos, con lo que a la tercera sesión pudimos trabajar las técnicas de “consecuencias lógicas” y otras (no descritas aquí).

En la cuarta sesión, ambos padres manifestaron una mejora sustancial “de la conducta de la niña” y una mayor satisfacción con la convivencia familiar. A la pregunta de si seguía sintiéndose mala madre cuando no aplacaba a su hija, Sandra nos responde con un contundente “¡Para nada!”

Comentario final

En este tipo de intervención con casos de niños con problemas de conducta se prescinde en gran parte de la participación del niño, se trabaja casi exclusivamente con los padres, y nos fiamos de que el relato de éstos de la situación corresponde a como realmente la ven, es decir que no nos mienten. Por eso es necesario conocer al niño y entrevistarlo sólo y/o conjuntamente con los padres, para hacer una valoración hasta qué punto el niño presenta problemas emocionales que los padres no pueden o no quieren ver. Si sospechamos que existe un sufrimiento emocional del niño, una situación de maltrato, etc., este tipo de intervención sólo con los padres es contraindicado, y tenemos que pasar a otro tipo de terapia, por ejemplo terapia familiar sistémica con participación del niño-”paciente-identificado” junto con el sistema familiar al que pertenece.

Este artículo presenta un trabajo terapéutico con padres que tienen hijos con problemas conductuales. El enfoque integrador combina elementos de la psicoterapia adleriana contemporánea con la terapia sistémica estratégica. En este tipo de intervención se trabaja principalmente y a veces exclusivamente con el sistema de padres, prescindiendo de la participación directa de los hijos. El terapeuta puede actuar como counsellor, enseñándoles a los padres pautas o técnicas para usar en el contexto familiar, o bien puede intervenir terapéuticamente usando técnicas que provienen de la terapia estratégica, principalmente en forma de prescripciones conductuales. La presentación de la teoría se complementa con la ilustración de casos.

Palabras clave: psicoterapia Adleriana; terapia estratégica; intervención con padres

NOTA

(1) Para facilitar la lectura, utilizamos aquí la forma masculina y genérica “el niño” en vez del más correcto el niño/la niña; asimismo, utilizamos “el educador” o “el adulto”, que puede ser el padre, la madre, el profesor o la profesora, etc.

Referencias bibliográficas

- Dinkmeyer, D. y McKay, G. (1976): *Systematic Training for Effective Parenting (STEP): Parent's handbook*. Circle Pines, MN: American Guidance Service. [Traducción española (1981): *Padres Eficaces con Entrenamiento Sistemático (P.E.C.E.S)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service].
- Dinkmeyer, D.Jr. y Carlson, J. (2006). *Consultation: Creating School-Based Interventions*. New York: Routledge.
- Dreikurs, R. (1949). The four goals of children's misbehavior. *Nervous Child*, 6, 3-11.
- Dreikurs, R. & Soltz, V. (1964). *Children: the challenge*. New York: Duell, Sloan, & Pearch.
- Dreikurs, R. (1968). *Psychology in the classroom*. New York: Harper and Row.
- Dreikurs, R., Grunwald, B., & Pepper, F.C. (1982). *Maintaining sanity in the classroom*. New York: Harper & Row.
- Fiorenza, A. & Nardone, G. (1995). *L'intervento strategico nei contesti educativi*. Milano: Guiffrè.
- Fiorenza, A. & Nardone, G. (2004). *La intervención estratégica en los contextos educativos*. Barcelona: Herder.
- García-Valiño, I. (2010). *Educar a la pantera*. Barcelona: Mondadori.
- Haley, J. (1993). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ibáñez, M. (2004). Psicoterapia individual terapéutica de juego en la hiperactividad. En J. Tomas (ed.), *Trastorno de déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: Laertes.
- Juul, J. (2004). *Su hijo, una persona competente. Hacia los nuevos valores básicos de la familia*. Barcelona: Herder.
- Knoepfel, H.-K. (1980). *Einführung in die Balint-Gruppenarbeit*. Stuttgart: Fischer.
- Lehmkuhl, G. (2010). Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie im interdisziplinären Dialog. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 2010(4), 333-335.
- Marina, J.A. (2009). *La recuperación de la autoridad*. Barcelona: Versátil.
- Nardone, G. & Salvini, A. (2006). *El diálogo estratégico*. Barcelona: RBA Libros.
- Oberst, U. (2009a). *El trastorn del nen consentit. Manual per a pares i mestres desorientats*. Lleida: Pagès Editors.
- Oberst, U. (2009b). Educating for social responsibility. *Journal of Individual Psychology*, 65(4), 397-411.
- Oberst, U. (2010). *El trastorno del niño consentido. Manual para padres y maestros desorientados*. Lleida: Milenio.
- Oberst, U. & Company (2013). *Posar límits al nen consentit*. Lleida: Pagés Editors.

- Oberst, U. & Ruiz, J.J. (2013). Individual Psychology in Spain. *Journal of Individual Psychology*, 68(4), 367-382.
- Piastro, J. (2001). *Educar niños responsables*. Barcelona: RBA.
- Sander, L.W. (2009). *Die Entwicklung des Säuglings, das Werden der Person und die Entstehung des Bewusstseins*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selvini-Palazzoli, Boscolo, M., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contrapadoja*. Barcelona: Paidós.
- Sperry, L. (1996). *Psychopathology and psychotherapy: From DSM-IV Diagnosis to Treatment*. Washington, DC: Accelerated Development.
- Urta, J. (2006). *El pequeño dictador*. Madrid: La esfera de los libros.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change: principles of problem formation and problem solution*. New York: W.W. Norton & Co.
- Winterhoff, M. (2009). *Warum unsere Kinder zu Tyrannen werden*. Gütersloh: Random House.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

c./ Hurtado, 29

08022 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com