

PSICOTERAPIA DE NIÑOS

Julio Grimaldo Perez *

Universidad de San Martín de Porres

Se hace notar la importancia cada vez más creciente de la psicoterapia de niños. Se revisan los primeros trabajos efectuados por FREUD, WITMER, KLEIN Y AXLINE, éstos últimos empleando la terapia de juegos. Se establecen las diferencias entre psicoterapia de niños y adultos. Se estudian los modelos más utilizados por los terapeutas de niños. Se ilustran con un caso y se formulan conclusiones.

Psychoterapy for children is established as a situation with every time more importance and relevance. It is revised the first studies made by FREUD, WITMER; KLEIN and AXLINE, using the last ones, the game therapy. It is also established the differences between psychoterapy for children and adults. Patterns more often used by therapist on children are studied. A case is developed and conclusion are finally formulated.

INTRODUCCIÓN

Cada día se concede una mayor atención a los problemas emocionales de los niños. Esta preocupación no es gratuita, ya que el conocimiento e importancia que tiene la infancia, nos permite asegurar un desarrollo armonioso de la personalidad del niño, y por consiguiente, la prevención de problemas emocionales.

El niño, se encuentra sometido a una serie de situaciones de estrés que lo hacen nervioso e inadaptado, siendo la causa de esta situación la vida moderna, las nuevas formas de comportamiento de la familia en las que al niño se le dedica menor atención.

Así mismo, los cambios sociales y nuevos aprendizajes, hacen de él una persona que se ve estimulada por un conjunto de modelos de aprendizaje caóticos y contradictorios. Esta situación, hace que el niño se desadapte y tenga una serie de conductas inadecuadas que lo hacen sentirse mal así como también a sus padres.

Los problemas de los niños son también el reflejo de los problemas de los padres. Los terapeutas de niños han diseñado un conjunto de técnicas destinadas a restituir el equilibrio emocional del niño y de su familia.

Antecedentes Históricos

Desde la aparición de Freud, época en la que planteó que los problemas del adulto neurótico se derivan de los conflictos sexuales de la primera infancia, los terapeutas se interesaron en la salud emocional de los niños, Freud, en el año de 1906 presentó un caso llamado "análisis de una fobia de un niño de 5 años" para respaldar sus hipótesis con el caso "Juanito" pero Witmer, quien inauguró la primera clínica psicológica en la universidad de Pensilvania en 1896 Witmer, además de haber acuñado el término "psicología clínica", centra su enfoque sobre la conducta, en oposición a los procesos internos inferidos. Esto se advierte en su definición de diagnóstico psicológico: "Una interpretación de la conducta observable de los seres humanos" (Witmer, 1907). El primer caso de Witmer, fue un niño con dificultades en el aprendizaje. Abordó los problemas de este niño aplicando los principios psicológicos de la percepción y del aprendizaje.

Como señala Ross, (1994) el enfoque psicológico de Witmer a los problemas parece haber sido una rareza histórica: se adelantó varias décadas a su tiempo. No se encuentra un intento similar para aplicar los principios establecidos en el laboratorio psicológico para aliviar los problemas emocionales infantiles, hasta que Mary Cover Jones, exploró una variedad de métodos para eliminar los temores en los niños. Uno de los casos más conocidos es el de Peter (Jones, 1924), cuyo temor hacia los objetos peludos era obsesivo, que la experimentación trató a través de la aplicación del condicionamiento respondiente.

Por otra parte, Ana Freud y Melaine Klein, informaron sobre sus observaciones y debates teóricos en relación al proceso terapéutico de los niños, cuando comenzó a practicarse el psicoanálisis infantil a escala considerable. Aunque las dos se apegan a las teorías psicoanalíticas

generales de la terapia infantil, cada una de ellas formuló procedimientos de tratamiento que tenían diferencias en muchos aspectos significativos (Clarizio y Mc Kay, 1994 pág. 419).

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

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

La psicoterapia de niños, sigue interesando a psicólogos y psiquiatras, quienes investigan y aplican una serie de innovaciones haciéndola cada vez más efectiva, destacando las terapias conductuales y las terapias por medio de los juegos.

DIFERENCIAS ENTRE LA PSICOTERAPIA PARA ADULTOS Y NIÑOS

Los principios básicos de la psicoterapia para niños no son esencialmente diferentes de la

posición de dependencia del niño requieren de ciertas modificaciones del enfoque y aplicación de esos principios (White y Watt, 1973).

En primer lugar, el niño no tiene la motivación para el tratamiento, es decir, no sabe qué ocurre, la necesidad o búsqueda de ayuda no es una condición en el niño como lo es en el adulto, porque no tiene conciencia del problema. En lugar de ello, siente temor respecto a lo que ocurrirá con el terapeuta y a veces no colabora. El terapeuta, que trabaja con niños tiene que estar preparado para una serie de actitudes y conductas de parte del niño, que pueden impedir el establecimiento de una buena relación.

Un segundo aspecto, tiene que ver con los objetivos del tratamiento. El adulto propone y discute con el terapeuta las metas a las que quiere llegar. En el niño, su edad cronológica, sus limitados conocimientos y corta experiencia, hacen que no pueda comprender en su verdadera dimensión la finalidad del tratamiento.

La tercera diferencia con la terapia de adulto, es que el niño tiene un limitado desarrollo verbal. En efecto, la psicoterapia es esencialmente verbal. Pero el repertorio verbal y la experiencia del niño es escasa. A ello se agrega su poca capacidad de expresión emocional, que puede darle una sensación de fracaso e incapacidad. Estas restricciones de todo orden hace que las comunicaciones con el niño sean difíciles. De allí que se emplee el juego como una forma natural en la que los niños pueden expresar sus sentimientos y emociones por medios no verbales. En los niños con gran desarrollo verbal y que son igualmente inteligentes, se facilita la comunicación y la terapia probablemente tenga menos duración.

Otra diferencia, es la dependencia de las fuerzas ambientales. Definitivamente, el niño no está en condiciones de tener la independencia del

adulto, ya que no puede hacer una serie de cosas que lo mantienen ligado hasta que adquiere la madurez suficiente, que le permita decidir lo que más le conviene. Mientras tanto, va a depender del adulto, en todo orden de cosas, hasta que esté en capacidad de tomar decisiones responsables.

La quinta, se refiere a la plasticidad de la personalidad del niño. Esta personalidad es maleable ya que está poco desarrollada, sin formación y con cambios acelerados. Se orienta, a la modificación en forma permanente de una serie de experiencias que le son novedosas, y que tiende a adquirirlas y formar parte de su repertorio de conductas, y como afirma Slavson (1952) puede haber una confusión entre la realidad y la fantasía. De lo anterior se deduce que la terapia en niños tiende a ser menos consistente que la de los adultos, por la heterogeneidad de la personalidad que se encuentra en formación.

El Modelo Médico

Se basó en gran medida como consecuencia de los primeros intentos de la profesión médica, para explicarnos los trastornos de la conducta. Se pensaba que las conductas desviadas, al igual que los síntomas de la enfermedad física, se debían a anomalías fisiológicas o procesos de enfermedad profunda. Esta idea influyó mucho en las primeras clasificaciones psiquiátricas (Kraepelin, 1883), y aún se percibe en diversos grados en sistemas actuales de clasificación (Blasfield, 1984). Las raíces de este modelo, se reflejan claramente en su terminología. Los problemas psicológicos reflejan una "enfermedad mental", que se caracteriza por un conjunto de "síntomas". A las personas que los muestran les llaman "pacientes", al tratamiento "terapia" y al alivio de los síntomas "cura" (Achenbach, 1982). Si bien las concepciones iniciales postulaban la existencia de enfermedad física real, hoy día se afirma llanamente

que los factores biológicos contribuyen de modo significativo a la aparición de la psicopatología. Como la mayoría de las veces se desconoce la naturaleza específica de los factores, se le da preponderancia a la elaboración de una taxonomía de los trastornos "mentales" (Johnson, Rasbury y Siegel 1992, pág. 16)

El Modelo Psicodinámico

Se basa en las ideas del Freud, aunque no pocos autores también lo conocen como modelo médico. Sin embargo, la teoría psicodinámica supone que el niño debe superar con éxito las fases de desarrollo psicosexual, oral, anal fálica hasta alcanzar la fase genital.

La teoría psicoanalítica es estructural, ya que señala la existencia de varios constructos de personalidad, cuya expresión e interacciones son modeladas por las experiencias del niño. Estos constructos son: yo, ello y superyo. El Yo, es aquello que gobierna conscientemente la conducta, es racional y trata de conciliar la influencia del ello con la sociedad. El ello, es la energía biológica básica y fuente de instintos. Mientras que el superyo, es la influencia cultural del medio ambiente y representa la moral. El funcionamiento óptimo de la personalidad, se logra cuando hay equilibrio dinámico entre los tres constructos Yo, ello y superyo.

La diferencia más notoria con el modelo médico, es que el psicoanálisis no supone causas físicas subyacentes, considerando que la etiología es netamente psicológica o emocional.

La Terapia De La Conducta

La terapia de la conducta, es un procedimiento de cambio terapéutico con el cual se intenta modificar respuestas que obstaculizan el funcionamiento adaptivo de un individuo. Enfoca su atención, en manifestaciones conductuales

observables de las afirmaciones cognoscitivas, de las personas así como conductas manifiestas o sus respuestas fisiológicas.

La categoría general de terapia conductual utiliza muchos métodos. Sin embargo, todos los procedimientos conductuales se parecen en cuanto aplican principios psicológicos derivados del método empírico en su afán de cambiar patrones de conducta disfuncionales. Desde esta perspectiva, se supone que la adquisición, mantenimiento y alteración de las conductas inadaptables, se rige por las mismas reglas generales que las conductas más adecuadas y funcionales. Por tanto, las primeras se consideran como malos hábitos o patrones de aprendizajes deficientes. La meta del terapeuta conductual, es conseguir que la persona sustituya estos hábitos tan problemáticos por otras formas de comportarse que sean más adaptables (Johnson, Rasbury y Siegel, 1992 pág. 144)

En resumen, la terapia conductual se refiere a la aplicación de los principios de la teoría del aprendizaje para la modificación racional de las conductas desviadas. En el área conductual, se distinguen dos grandes orientaciones: el condicionamiento respondiente de Pavlov y el aprendizaje operante de Skinner. En el condicionamiento respondiente, un estímulo provoca una respuesta de una persona que es relativamente pasiva respecto al ambiente. El ambiente actúa sobre la persona y ésta responde al ambiente de manera esencialmente refleja. En el aprendizaje operante la situación se invierte. En este caso, la persona actúa en forma activa sobre el ambiente (por eso se llama "operante") emitiendo una acción a la cual el ambiente reacciona. La respuesta de esta manera es instrumental para producir un evento en el ambiente, y por tal motivo, el proceso también se conoce como condicionamiento instrumental, Ross (1994).

El aprendizaje observacional, Bandura (1969), es otro de los métodos terapéuticos que se aplican con gran éxito en niños. Es conocido también como Modelamiento. Aquí un observador que mira un modelo que muestra cierta actitud. Cuando se produce esto, puede tener 3 efectos. El observador puede adquirir nuevos modelos de respuestas que previamente no estaban en el repertorio de la persona. Esto se conoce popularmente como imitación.

Otra consecuencia de observar un modelo, es que las consecuencias de la acción hacia el modelo fortalecen o debilitan las respuestas inhibitorias del observador. Esto se da en el caso que el niño adquiera un temor específico, no a partir de una experiencia directa con el objeto temido sino observando cómo otro niño tiene una experiencia adversa con ese objeto. También ocurre lo inverso.

El tercer efecto del modelamiento, es que la conducta previamente aprendida del observado puede facilitarse. Por ejemplo, cuando un niño ya sabe cómo utilizarlo, observando cómo otro niño se dedica a tal conducta, ampliando su repertorio de probables usos. Bandura (1969, 1971) establece la diferencia entre la adquisición de una respuesta y su ejecución. Esto significa que un observador, puede adquirir la capacidad de hacer una respuesta que ha sido modelada sin emitir necesariamente esa respuesta hasta después de cierto tiempo.

La Terapia Familiar

La Terapia Familiar, es la que supone o atribuye a las relaciones familiares con problemas, un papel primario en la casualidad de los problemas emocionales de los niños. Según esta posición, las relaciones familiares inadecuadas provocan problemas emocionales en los niños, y los problemas emocionales de cualquier miembro,

repercuten y se mantienen vivos mediante las relaciones internas de la familia. Por tanto, la familia debe tratarse como un todo.

La tarea del terapeuta, es estudiar a la familia, ver cómo funciona cómo se comunica y cómo resuelve sus conflictos desde la perspectiva de observador-participante. El terapeuta se vale de una serie de procedimientos técnicos tales como filmar a la familia en acción, observarla a través de espejos especiales, etc. Entre lo más conocidos que han trabajado con familias tenemos: Nathan Ackerman (1958), Minuchin (1967), y Engel (1972).

El Modelo Centrado en el Cliente

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

- 1.- El terapeuta debe desarrollar relaciones cálidas y amistosas con el niño.
- 2.- El terapeuta debe aceptar al niño tal como es.
- 3.- El terapeuta establece un sentimiento de tolerancia en la relación, de modo que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos de una manera completa.
- 4.- El terapeuta permanece atento para reconocer los sentimientos que expresa el niño y reflejar esos sentimientos en él, de tal modo que obtengan discernimiento sobre su conducta.
- 5.- El terapeuta mantiene un profundo respeto por la capacidad que tiene el niño para resolver sus propios problemas, si se le da la oportunidad de hacerlo. El niño tiene la responsabilidad de hacer elecciones o instituir cambios.

6.- El terapeuta no trata de dirigir la conversación o los actos del niño en ningún momento.

7.- El terapeuta no intenta apresurar la terapia, se trata de un proceso gradual.

8.- El terapeuta establece sólo las limitaciones necesarias para afianzar la terapia en el mundo de la realidad y hacer que el niño esté consciente de su responsabilidad en la relación establecida Clarizio y Mc Coy (1992) pág. 421-422.

Ilustración de un Caso

Carmen es una niña de ocho años, fue enviada a tratamiento debido a que parecía experimentar un abierto rechazo hacia las personas de su mismo sexo. Los padres estaban un poco preocupados la consideraban una chica difícil hasta que la enviaron al psicólogo del colegio.

Carmen se rehusaba a jugar con alguien que no fuera uno de los niños más grandes y fuertes, quienes se aprovechaban de su mayor estatura. Ningún daño la hacía llorar, ni desistir de jugar. El patrón era el mismo en el vecindario. Los padres eran de la clase media. El ocupaba una gerencia de una empresa de alimentos. La madre era muy femenina y se ocupaba de los quehaceres de la casa.

Los padres estaban muy emocionados con su hijo que parecía de "comercial", cariñoso y dócil, era admirado donde quiera que iba. Era la "niña de sus ojos", especialmente del padre. Carmen, era justamente lo opuesto. Desde su nacimiento fue testaruda y siempre inquieta. La madre decía que parecía que la naturaleza había invertido los sexos de los niños. Mencionó que no hubo dificultades en el desarrollo de Carmen. Siempre había sido brillante, rápida para aprender, conversadora y sociable con otros niños. Le

gustaba las actividades físicas. Amaba su hermanito y sólo se ponía de mal humor si éste molestaba. Carmen no era muy apegada a la madre.

La evaluación psicológica practicada por un Psicólogo clínico, mostró que era una niña brillante, sin problemas académicos. Las pruebas confirmaron el rechazo hacia su sexo y una identificación ambivalente con figuras poderosas masculinas. Existían fuertes rechazos hacia el yo. Los psicólogos recomendaron terapia de juego con un terapeuta femenino.

Sesiones de juego

Carmen prefería los juegos bruscos y no cooperaba. En sus relatos de la vida en casa, en general incluían incidentes que rebajaban a los miembros de la familia haciéndoles aparecer como tontos e incompetentes, excepto a ella.

En la 16a. sesión, Carmen hablaba de la relación con sus compañeros, y no se comparaba de manera favorable con ellos. Usaba juguetes de bebé lo que no hacía antes. En un principio, hacía comentarios insultantes sobre los niños que jugaban con tales cosas pero finalmente sin obtener reforzamientos ni estímulos para tales opiniones, surgieron sus necesidades reprimidas de protección. En este punto, la madre informó que Carmen se estaba volviendo insoportable porque ya no quería jugar con los niños, y si no había niñas no sabía que hacer. Tenía pocas amigas ya que no había jugado con ellas antes, pero la aceptaban.

Durante las vacaciones escolares, Carmen formaba parte de un grupo de niñas con quienes jugaba regularmente. Cuando se reiniciaron las clases, el caso quedó cerrado. El seguimiento para ver si el regreso a la escuela había restablecido los viejos patrones, reveló que Carmen tenía un grupo de amistades completamente nuevo, relacionándose con niñas y niños, y

desempeñándose bien en todos los aspectos. En casa era menos malhumorada, más cooperadora y empezaba a ser "maternal" con su hermanito. Sus abuelos, quienes no sabían de la terapia estaban sorprendidos de ver qué diferente era de la última visita que hicieran en semana santa.

Análisis del Caso

En menos de seis meses, esta niña desarrolló un nuevo concepto de sí mismo, como una brillante persona sociable, adorable y capaz. Se aceptó a sí misma por lo que era, una niña brillante, atractiva.

Fue también capaz de abandonar el yo de un pseudoniño superfuerte sin sentimientos, que construyó para compensar lo que debió haber visto en sí misma, ser una niña, y por lo tanto, menos capaz de exigir atención y respeto.

Desde la perspectiva centrada en el cliente, Carmen, percibía que su femineidad era el factor responsable para que ella no compartiera las recompensas ofrecidas a su hermanito, quien siempre recibió exageradas muestras de simpatía, según lo comentó orgullosa la madre.

El problema de Carmen, se hizo evidente después que su hermanito cumplió tres años, pero lo que no comprendía el por qué de su encanto como bebito. En su percepción de las cosas, Carmen creyó que era la masculinidad lo que contaba. La madre comentó que el padre deseaba encontrar algún deporte para jugar con su hijo cuando fuera mayor. Ninguno de los padres mencionó desear alguna actividad especial para Carmen, ni compartir alguna en la actualidad. Carmen resolvía el problema de perder en la competencia, tratando de adquirir una imagen supermasculina que aventajaba a su hermanito dentro de su propio juego.

El yo surgió al final de la terapia quedando

reorganizado dentro de un nuevo patrón que era más realista, y que presentaba un potencial para mayor reforzamiento social.

En este caso, de Orientación no directiva, la estrategia terapéutica estuvo orientada a que se aceptase a través del patrón que había programado según sus propias necesidades. Nadie pudo haber programado este patrón de igual manera, ni mejor, sin importar que tanto supiera de terapia. Guerney, (1994). Está entendido que el usar planes para introducir ciertos temas o actividades "necesarias", hubieran obstruido o desviado los esfuerzos de la niña para ayudarse.

La terapia de Juego, se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad de que se le da para que expresen sentimientos y problemas por medio del juego, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia de adultos.

La terapia de juego puede ser directiva, es decir, en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar o puede ser no directiva. En esta última, deja que sea el niño el que indique el camino a seguir. (Axline, 1994 pág. 18).

Conclusiones

1. La psicoterapia infantil puede ser utilizada con propósitos preventivos, para maximizar lo que parece ser un desarrollo adecuado hacia la madurez.
2. En el entrenamiento de niños, los padres bajo supervisión profesional, pueden ejercer funciones como terapeutas.
3. El terapeuta que trabaja con niños debe estar

preparado para una serie de actitudes y conductas de parte del paciente, que pueden impedir el establecimiento de una buena relación.

4. La psicoterapia de niños tiende a ser menos consistente que la de adultos, por que la personalidad del niño está poco desarrollada, sin formación, con cambios acelerados y también porque puede haber una confusión entre la realidad y la fantasía.

5. Los principios básicos de la psicoterapia de niños no son esencialmente diferentes de las que se emplean en adultos. Sin embargo, requieren de ciertas modificaciones en el enfoque y aplicación de estos principios.

6. En la terapia conductual infantil; la adquisición, mantenimiento y alteración de las conductas inadaptivas, se consideran como malos hábitos o patrones de aprendizaje deficientes. El objetivo del terapeuta es conseguir que el niño sustituya estos hábitos negativos por conductas más adaptadas.

BIBLIOGRAFÍA

AXLINE, Virginia. (1994) La terapia de juegos. México, Editorial Diana.

CLARIZIO, H. y Mc Coy, G. (1984) Trastornos de la conducta en el niño. México, Editorial El Manual Moderno.

JOHNSON, Rasbury y Siegel (1995). Métodos de tratamiento infantil. México, Editorial LIMUSA.

KAZDIN, A. Alan. (1985). El tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia. Barcelona, Editorial Martínez Roca.

ROSS, Alan- (1984) Terapia de la conducta infantil. México Editorial LIMUSA.

SCHAEFER, Ch. Y O'Connor, K. (1995). Manual de terapia de juegos. México, Editorial El Manual Moderno.