Máster en Psicología Infantil y Juvenil

Técnicas y estrategias de intervención II

Enfoque Psicodinámico: Tratamiento psicodinámico focal y breve

---

Éste es un documento de trabajo.

Recoge la ficha básica de la técnica *tratamiento psicodinámico focal y breve* como herramienta dirigida a niños y niñas entre 6-12 años.

Este documento pretende ser un instrumento para que, antes de visionar el vídeo, os familiaricéis con el caso y con la técnica que allí se trabajará. De este modo, podréis seguir la simulación realizada.

Citar como:
Carrasco, R. (2018). *Técnicas y estrategias de intervención infantojuvenil desde el enfoque psicodinámico 6-12 años.* Material de trabajo no publicado.

Nombre de la técnica: “Tratamiento psicodinámico focal y breve”

Descripción del caso

Toni es un niño de 8 años. Acude a la consulta derivado por su pediatra por presentar frecuentes dolores de cabeza. Estos episodios suelen concluir con una llamada telefónica al domicilio y la recogida del niño de la escuela por parte de su madre. La pediatra refiere que es un niño muy afectivo pero muy poco demandante. Comenta también que es un niño muy “faldero” y que la figura paterna está muy desvalorizada. Los padres están separados desde hace años y Toni mantiene un régimen de visitas con el padre que le cuesta aceptar. A la pediatra le preocupa especialmente cómo está viviendo el actual régimen de visitas establecido con su padre, ya que ha observado que periódicamente lo recibe en consulta por dolores somatomorfos coincidiendo con el inicio de vacaciones escolares y el viaje hacia casa del padre.

La pediatra lo deriva para explorar psicológicamente los dolores de cabeza; ella ha realizado la exploración neurológica y los resultados están dentro de la normalidad.

Anamnesis

La madre refiere un embarazo y parto sin complicaciones. Los hitos del desarrollo son adquiridos en la edad evolutiva correspondiente. No refiere antecedentes de enfermedad mental en la familia, ni tampoco en la del padre. Sólo destaca que Toni es un niño bastante dependiente de ella desde siempre y cree que el comportamiento que presenta en el colegio actualmente se debe a su deseo de estar en casa con ella y con su hermano, que aún no está escolarizado**.**

Observaciones sobre la evaluación e intervenciones previas

Acuden a la consulta la madre y Toni. La madre refiere que lo trae por problemas de relación en el colegio, está inhibido y hay un niño que le molesta mucho. Durante la exploración refieren que el padre está lejos y lo ve sólo durante las vacaciones escolares de Navidad, Semana Santa y verano. No hace referencia al previsible conflicto con el régimen de visitas que menciona la pediatra.

Toni nace en Cuenca, lugar de residencia de los padres en el momento del nacimiento y del padre actualmente. Los padres se separaron cuando él tenía 20 meses. La separación comportó un cambio de residencia para Toni, ya que la madre decidió ir a vivir a Barcelona, junto a sus padres y hermanos. Toni mantiene una relación diaria con su padre a través del teléfono y una relación presencial en todos los periodos de vacaciones escolares.

Actualmente cuando está con su madre convive con ella, su pareja y un hijo en común de ambos. Cuando está con su padre, convive con él y muy de cerca con abuelos y tíos paternos.

En noviembre del 2013 cuando Toni tenía 5 años consultaron (la mamá y su pareja) a la pediatra porque les inquietaba mucho la presencia de un amigo imaginario en el juego de Toni. En aquel momento se hizo un trabajo de clarificación psicológica (2 visitas) desde la consulta especializada en el entorno de la atención primaria de salud.

Esta intervención inicial nos permitió observar, a posteriori, que aquella consulta se produjo cuando la mamá estaba en el inicio de su segundo embarazo (entonces no lo comunicó). Este hecho nos permite pensar ahora que en ese momento se estaban iniciando en ella algún tipo de ansiedades y preocupaciones por cómo Toni iba a vivir ese cambio vital.

En la consulta actual observamos un niño de 8 años al que le cuesta relacionarse con los compañeros (motivo expuesto por la madre) y que presenta sintomatología somática (motivo expuesto por la pediatra) los días previos a visitar al padre y separarse de la madre.

En las consultas exploratorias la madre relata que ella teme que Toni acabe diciendo mentiras y que los dolores de cabeza sean una estrategia para conseguir salir del colegio y estar en casa con ella y su hermano menor.

En la exploración con Toni observamos un niño que de forma espontánea lo primero que dibuja es a él y a su hermano en una escena de playa, en la que él lo lleva a "caballito". También, a petición de la terapeuta, dibuja una escena del entorno del padre, en la que se dibuja a él con sus primos jugando en el parque. Refiere que ha estado con su hermano en la playa y que cuando va a Cuenca juega con sus primos y se divierte mucho con ellos.

Hasta el momento observamos diferentes motivos o focos de consulta:

- La pediatra vincula la sintomatología del niño a ansiedades de separación reactivas a la proximidad de los viajes con el padre.
- La mama vincula la sintomatología del niño a expresiones psicosomáticas con las que pretende separarse de su proceso evolutivo, salir de la escuela y refugiarse en casa con ella y el hermano.
- En la exploración diagnóstica inicial Toni se presenta como un niño al que le cuesta hablar sobre él, pero que a nivel gráfico representa escenas de juego saludables; y también que tiende a no expresar o apartar las vivencias emocionales en relación con sus progenitores.

Nombre de la técnica: Psicoterapia Psicodinámica Focal y Breve

1. OBJETIVOS generales de la técnica

- Delimitar el problema a trabajar. Es decir, a partir de las diferentes situaciones que describen el paciente y su familia, seleccionar aquélla que consideramos ocasiona un mayor malestar en el niño y que se está reproduciendo en diferentes contextos de su vida.
- Ayudar al paciente a acercarse a su terapeuta. Es decir, estimular en la sesión terapéutica la comunicación entre paciente y terapeuta.
- Facilitar al niño la expresión de su mundo interno y permitir que "utilice" a la terapeuta para representar, comunicar, expresar en la sesión terapéutica su realidad psíquica.

2. DESTINATARIOS

Indicaciones

Se usa la técnica de tratamiento psicodinámico focal y breve en el contexto de la asistencia psicológica con niños y familias que presentan una problemática relacionada con:

- Sintomatología reactiva a un estresor vital
- Inhibiciones intelectuales y relacionales leves o moderadas
- Sintomatología ansiosa y fóbica
- Dificultades de separación de tipo evolutivo, en sus diferentes fases del desarrollo
- Trastornos adaptativos y regulación del estado de ánimo
- Pérdidas, duelos no complicados y vivencias traumáticas leves
- Sintomatología somatomorfa y psicosomática en la que esté presente en la mente del niño un cierto nivel de simbolismo

En el caso que presentamos hemos elegido como foco terapéutico la sintomatología somatomorfa que presenta el niño como su forma de expresión somática y reactiva ante la dificultad de expresar verbalmente las vivencias en la vinculación emocional y afectiva con sus progenitores.

Contraindicaciones

Esta técnica presenta limitaciones para ser aplicada o se valora menos susceptible para ayudar al paciente y a su familia en los casos siguientes:

- Situaciones con problemas de desconexión mental y dificultades de vinculación por experiencias traumáticas tempranas

- Personas con defensas obsesivas muy presentes que dificultan la movilización de las estructuras internas
- Psicopatologías severas y graves
- Personas con poca motivación para la consulta y con poca conciencia de necesitar ayuda
- Pacientes con un nivel intelectual bajo y con pobreza simbólica
- Sintomatología psicosomática grave con predominancia del pensamiento operativo y muchas dificultades para acceder al simbolismo

3. ROLES

- Rol 1: *Charo*, la terapeuta que realiza la terapia (representada por Charo Carrasco).
- Rol 2: *Toni*, el niño que acude a consulta (representado por Jordi Borràs).

4. MATERIALES

Habitualmente tenemos a disposición de los niños papel, lápices, goma y sacapuntas, colores, rotuladores, plastilina, de forma que el niño lo puede usar cuando quiera. En ocasiones también es la terapeuta la que orienta a usar el dibujo o la escritura como forma de comunicación con el paciente. En el espacio de trabajo (despacho) también hay juguetes de diferentes tipos (simbólicos, de construcción, juegos de mesa facilitadores de la relación) que el niño puede usar a voluntad. En el caso que nos ocupa no los ha usado.

5. DESARROLLO

En la psicoterapia focal de niños la terapeuta, sin ser intrusiva, tiene que estar activa durante la sesión y debe intentar evitar los silencios largos. La terapeuta trabajará emocionalmente de la forma más cercana posible al paciente para facilitarle la comunicación, pero sin invadirlo.

En el transcurso de la sesión, la terapeuta realizará diferentes tipos de intervenciones teniendo en cuenta la dirección, el objetivo y la forma de la comunicación. De forma concreta, las intervenciones irán encaminadas a lograr:

- **Explicar y/o interpretar contenidos narrativos, verbales y gráficos**. Los dibujos, el juego y la expresión verbal son los recursos fundamentales que usamos en el trabajo psicoterapéutico con niños.
- **Explorar cómo el niño piensa en la sesión**. Pretendemos observar y explorar de qué manera se expresa el niño, qué nos quiere explicar y cómo lo explica, también qué recurso usa para hacerlo. Observar si lo que dice y lo que hace es concordante, si admite que le señalemos contradicciones, o si las rechaza cuando lo hacemos.

- **Observar cómo el niño actúa en la sesión**. Observamos su comportamiento: inquietud, pasividad, explosividad, mirada, vinculación con el terapeuta, peculiaridades de la expresión motriz.
- **Observar cómo se relaciona con el terapeuta.** Si tiene en cuenta al terapeuta o lo ignora; si lo incorpora en su juego o es el terapeuta el que ha de propiciar el encuentro. De su configuración mental, qué lugar da al terapeuta… qué papel le atribuye y cómo lo trata.
- **Explorar cómo se relaciona con sus referentes inmediatos –familiares, amigos, compañeros**. Cómo habla de ellos, tono de voz, qué comunica de ellos; a quién incluye, a quién ignora. Qué dice de la relación que tiene con ellos, con quién se identifica, a quién rechaza.

Para lograr estos objetivos específicos en el transcurso de las sesiones, la terapeuta usará diferentes estrategias que describimos brevemente a continuación:

- **Preguntar.** Se trata de ampliar la información que el niño deja sin desarrollar del todo: se realiza una pregunta abierta, en la que el terapeuta muestra interés en conocer más aquello que ya ha comenzado a explicar. Hay un interés en concretizar más la información con el fin de comprender mejor al paciente.

  Por ejemplo: Toni, cómo es esto que papa llama todos los días: explícamelo un poco más. ¿Cómo fue ayer cuando te llamó? ¿qué pasó?

- **Afirmar**. Se trata de empatizar con el niño en aquello que explica y que muestra una dificultad o un sufrimiento, o por el contrario, en aquello que disfruta. Sin entrar a valorar ni dar la razón en ninguna dirección, sólo apoyando al niño.

  Por ejemplo: entiendo que esto que los papas no se hablen ente ellos es muy complicado para ti.

- **Informar.** Se trata de decir u ofrecer al niño alguna información relevante que creemos debe saber, al mismo tiempo que lo incluimos en el tema.

  Terapeuta: La próxima semana hablaré con tu tutora. ¿Quieres que pensemos juntos alguna cosa para decirle?

- **Ayudar al niño a pensar, mostrando cómo lo hace el terapeuta** El terapeuta muestra al niño cómo elabora las ideas a partir de lo que él le dice: le muestra cómo el terapeuta lo vincula con información que ya ha aparecido y la relaciona entre sí para desarrollar una idea o pensamiento nuevo.
  En el caso que nos ocupa: cuando el niño muestra su enfado, a veces imitando la voz de su padre, en tono de burla incluso, la terapeuta le muestra cómo puede ser que la distancia que hay entre ellos sea uno de los motivos del enfado, la forma en cómo se han de relacionar por estar lejos el uno del otro.

- **Señalar elementos de realidad existentes en la mente del niño** El niño a menudo se enfrenta a situaciones que no dependen de él y que no puede

gestionar ni modificar. El niño necesita sentir que esas son situaciones reales que, en ningún caso han dependido de él, y un adulto se lo reconoce.

En el caso del ejemplo, el paciente lo dice claro: él no tiene la culpa que la mama se viniera a vivir a otra ciudad y la terapeuta le señala que esas son decisiones de los papas en las que él no intervino, pero que le afectan.

- **Señalar elementos de realidad que ayuden a aproximar los pensamientos escindidos que el niño no vincula.** El paciente no siempre sabe relacionar su malestar emocional, no sólo con su malestar físico / somático, sino entre situaciones y experiencias que aparentemente están separadas.

  En el caso de Toni, él tiene problemas de relación en el colegio con un compañero y es uno de los motivos de su malestar físico por lo que siempre acaba yéndose a casa para estar con la mama y el hermano.

  Terapeuta: A ver Toni, qué te parecería si podemos conseguir que puedas estar con la mama y con tu hermano, sin tener que dejar de ir al cole y no tener tantos problemas con tu amigo.

- **Confrontar al niño con la realidad especialmente cuando presenta mecanismos de negación.** Intentamos mostrar al paciente cómo puede haber desajustes entre lo que dice, lo que hace o lo que acaba pasando, siempre respetando el momento y la capacidad para aceptar una contradicción suya, que aunque para el terapeuta puede ser muy evidente, para el paciente muy a menudo NO lo es. Casi siempre es necesario ir señalándolo varias veces a largo de una misma sesión y en sesiones diferentes para que el paciente lo acepte.

  En el ejemplo que vamos siguiendo, mostrar cómo hay momentos y experiencias que las vive de forma saludable y placentera con el papa pero que él no las refiere o no las reconoce como tal.

  Terapeuta: Ese juego que haces con el papa mientras viajas parece que te gusta y te lo pasas bien.

- **Realizar sugerencias**. A menudo un niño se bloquea, no sabe cómo seguir un tema o una explicación; la terapeuta puede ofrecer ideas para seguir construyendo juntos, sin imponerlas, sólo como opción para seguir conociendo más y mejor lo que el paciente quiere comunicar.

  Terapeuta: se me ocurre una cosa que nos puede ayudar… ¿vamos a mirar cómo es Cuenca en el ordenador y dónde vives con el papa y los abuelos?

  Los tres puntos que describimos a continuación forman parte del tratamiento psicoterapéutico focal porque se pueden presentar en todo tipo de pacientes en algún momento, pero hay que recordar que si la estructura del paciente es grave, la psicoterapia focal y breve ya no está indicada.

- **Limitar la acción.** En el contexto del tratamiento terapéutico las limitaciones que ponemos y verbalizamos a los pacientes al inicio del trabajo terapéutico son: no hacerse daño a ellos mismos, no hacer daño al terapeuta y no agredir al entorno de trabajo. Estas indicaciones forman parte de lo que llamamos el *setting* terapéutico. En este sentido limitar y prohibir forman un continuum con el que trabajamos y queremos mostrar un gradiente en la acción del terapeuta. El terapeuta primero intenta mostrar la acción, señalándola, verbalizando al paciente cómo necesita manifestar su enfado, su rabia, su ira; le ponemos palabras al enfado verbalizando hipótesis que lo puedan explicar y le decimos que entendemos que de esa forma nos quiere comunicar su malestar, en ocasiones de una forma tan real, incluso para que lo vivamos junto a él. Pero al mismo tiempo le decimos que aquí lo que vamos a hacer, o queremos intentar hacer, es entenderlo sin hacer daño.

  Terapeuta: con estos golpes que te das en la mesa entiendo que me quieres decir que estas enfadado, que lo que sientes te irrita, te pone de mal humor y te enoja mucho y sabes que aquí lo podemos hablar; recuerda que aquí no voy a dejar que te lesiones, quiero ayudarte a entender.

- **Prohibir la acción destructiva***.* Limitar de forma activa aquella acción en la que el paciente se pueda, o pueda lesionar: morderse o intentar morder, arañarse o arañar al terapeuta; coger una silla del despacho y tirarla. En estos casos hay que realizar una contención física acompañada de las verbalizaciones que el paciente pueda asimilar en ese momento.

  Terapeuta: dame la mano, no te muerdas ni te arañes más y vamos a intentar pensar qué te aportan esas sensaciones y qué notas con ellas.

  En el ejemplo que hemos venido trabajando no ha sido necesario ponerlas en práctica: el paciente no ha presentado ningún comportamiento que haya sido necesario limitar.

- **Hay otro tipo de limitación de la acción** que tiene que ver con las muestras de cariño que un niño o niña puede tener con su terapeuta. Es cierto que en niños pequeños es más difícil limitar y reconducir a lo verbal, pero hay igualmente que poner en palabras los sentimientos de agradecimiento y bienestar del niño, justo para fomentar y ayudar a elaborar el pensamiento. En el caso de niños más mayores, latentes y púberes lo señalamos en un sentido de emoción positiva y la necesidad que tienen de mostrarlo. Pensar también en estos casos, sin rechazarlo, las vivencias de carencias emocionales que el niño pueda tener y cómo las está manifestando con éste comportamiento.

Estas intervenciones no son lineales ni sucesivas; la terapeuta usa una u otra en función de la observación del funcionamiento mental que presenta el niño en cada momento y de lo que éste permite aceptar y/o asimilar.

6. OBSERVACIONES

En el transcurso del trabajo terapéutico, Toni ha podido manifestar, verbalizar, comunicar cuáles son sus inquietudes y su malestar actual, y los papás han iniciado nuevos trámites judiciales para modificar el actual régimen de visitas establecido y adecuarlo a las necesidades que su hijo de 9 años, ya está expresando.

BIBLIOGRAFÍA

Cuatrecasas, E. (2018). *Orientació psicodinàmica. Tractament focal*. Barcelona: UOC.

Cuatrecasas, E. (2018). *Orientación psicodinámica. Tratamiento focal*. Barcelona: UOC

Farré, LL; Hernández, V. y Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. Una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado.* Barcelona: Paidós: Psiquiatría, psicopatología i psicosomática.

Sala, J. (2013). *Psicoterapia focal de niños. Una aplicación del modelo psicoanalítico en la red de salud pública.* Barcelona. Octaedro.