

R. 8.358



T.D.
6/24

NUEVAS ORIENTACIONES EN

PSICO TERAPIA BREVE INFANTIL

Dr. C. G. Castrillón de la Rosa

Sevilla, Abril 1.976 .

CAYETANO GARCIA. - CASTRILLON DE LA ROSA

LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGIA

JEFE CLINICO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA INFANTIL
DEL HOSPITAL INFANTIL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE SEVILLA

EXPROFESSOR DE LA ESCUELA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

NUEVAS TENTACIONES EN

PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL

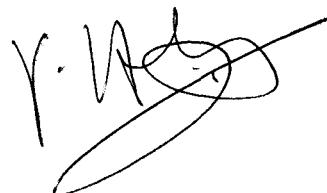
Trabajo realizado para optar el grado
de Doctor en Medicina y Cirugia por
la Facultad de Medicina de Sevilla.

D. FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ

Catedrático numerario de Psiquiatría y Psicología Médica y Director de la Escuela de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla

CERTIFICO: Que D. Cayetano García Castriñán de la Roza, Licenciado en Medicina y Cirugía, exprofesor de la Escuela de Psiquiatría y Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Infantil de la Seguridad Social, ha venido desarrollando a partir de octubre de 1.970 - una labor investigadora con toda esmerada y eficacia, cuyos frutos se han concretado en el presente trabajo que presenta bajo el título de " Nuevas Orientaciones - en Psicoterapia Breve Infantil " para optar el grado de Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla.

Y para que surta sus oportunos efectos legales, expido el presente certificado en Sevilla a cinco de mayo de mil novecientos setenta y seis.



A G R A D E C I M I E N T O

Quedo constancia de mi afecto y agradecimiento al Profesor Dr. D. Francisco Alonso Fernández, por el apoyo, dirección y supervisión entrañable en la realización de este trabajo.

También deseo expresar mi gratitud a la Dirección y colegas del Hospital Infantil por la estrecha colaboración e interés mostrado durante todo el curso de esta investigación.

I N D I C E
=====

Capítulo I	INTRODUCCION
Capítulo II	PROYECTO DE TRABAJO
Capítulo III	INTRODUCCION AL TEMA
Capítulo IV	CONCEPTOS Y FUNDAMENTOS EN PSIQUEIATRIA INFANTIL
Capítulo V	MATERIAL OBSTACO Y ESTADISTICO
Capítulo VI	DESCRIPCION DE LA TECNICA Y RESULTADOS
Capítulo VII	SUMARIO DE LA TECNICA
Capítulo VIII	CONCLUSIONES
Capítulo IX	BIBLIOGRAFIA

=====

A mi Padre

el hombre, amigo y modelo.

I N T R O D U C C I O N

CAPITULO I.

INTRODUCCION

A mi regreso a España en el año 1.970, y gracias a la gentileza y generosidad del Profesor Alonso Fernández, tuve la oportunidad de incorporarme a los trabajos de la Escuela de Psiquiatría y Psicología Médica de Sevilla, bajo su dirección.

Habituado a técnicas utilizadas en una cultura distinta a la nuestra, pronto se puso de manifiesto la necesidad de - readaptación al medio.

El contacto con los alumnos, las sesiones clínicas - diarias, los seminarios periódicamente organizados por la Cátedra, la participación en los Congresos celebrados, etc., amén - del espíritu investigador del Profesor Alonso Fernández, rápidamente hicieron surgir la necesidad de establecer una nueva normativa terapéutica que se adaptase, en el sector de la psicopatología infantil y familiar, a la idiosincrasia de la población necesitada de la asistencia psiquiátrica.

Incitado y estimulado por el Profesor Alonso Fernández a la realización de la Tesis Doctoral; se concluyó qué faceta psicoterapéutica, con énfasis en sus técnicas, podría ser un tema ideal de estudio e investigación, siendo ambos muy conscientes de que la labor a realizar debería ocupar algunos años.

Pocos meses después de haberse iniciado el trabajo, por circunstancias diversas, asentó el puesto de Jefe Clínico en la Sección de Psiquiatría Infantil y Familiar del Hospital Infantil de la Seguridad Social de Sevilla.

Siempre fue motivo de dolor la separación y pérdida - experimentada al desvincularme, al menos parcialmente, de la Cátedra que me acogió y estimuló mi afán al saber. El trabajo estaba iniciado, sólo cabía continuarlo donde fuera bajo la supervisión y constante apoyo del Profesor Alonso Fernández.

Así pues, mediante consultas periódicas, asistencia a las añoradas sesiones clínicas y seminarios, en un continuo intercambio de opiniones, sugerencias y orientaciones, la investigación prosiguió su curso.

Una vez incorporado al Hospital Infantil y especificárseme cuáles eran mis funciones, quedó perfectamente aclarado que mi labor se limitaba a una función de Consultor, es decir, - opinar a un nivel diagnóstico acerca de los niños que me fuesen enviados, y si venía al caso, emitir unas recomendaciones o sugerencias terapéuticas a fin de que estas fuesen llevadas a la práctica por el pediatra consultor.

Durante unos tres meses ésta fué mi labor, tiempo suficiente para definir con absoluta claridad que el citado modus operandis, resultaba sistemáticamente en un perfecto fracaso.

En efecto, el pediatra consultante se veía con frecuencia incapaz de llevar a buen puerto las recomendaciones dinámicas propuestas, a la vez que sentirse incómodo en el manejo de ciertos fármacos no habituales en su práctica diaria.

Los padres del pequeño paciente se veían más que frustrados al percibir que los síntomas de su hijo no desaparecían, que incluso se agravaban, que el pediatra no respondía a sus deseos, y que el problema, en suma, parecía no tener solución.

Y para colmo, el Consultor, se veía igualmente frustrado al operar como una máquina diagnóstica, sin bajar ni resolver problemática alguna. Era hora pues, de preguntarse acerca de la labor médica, y si de ella se excluía el apartado terapéutico.

La solución se adivinaba fácilmente. Independientemente de la labor específica encomendada, practicar aquello para lo que realmente estabas qualificado, es decir la Psicoterapia Infantil y Familiar de base psicoanalítica, tal cual ejercida durante los diez últimos años.

Sueños de una noche de verano.

Los inconvenientes empezaron a surgir como moscas en un tarro de miel, y toda tentativa de apartarlas parecía duplicarlas en número. Creo de interés desglosar los inconvenientes a fin de facilitar la comprensión de los factores motivantes del

presente estudio:

a.- Volúmen Asistencial. Si amén de las entrevistas de evaluación, llevaba una docena de niños en psicoterapia individual, a una o dos sesiones semanales, de cuarenta minutos de duración, este pequeño grupo de pacientes bloqueaba por completo el tratamiento de otros muchos niños, con lo que la lista de espera con fines terapéuticos pronto rebasó el año. A su vez y por el tiempo consumido en terapia, la lista de espera para una primera evaluación, alcanzó rápidamente los cuatro meses. La exasperación del pediatra consultante y de los padres, resultaba comprensible.

b.- Tabúos Culturales. El sugerir a los padres que su hijito podría beneficiarse de un tratamiento psiquiátrico, obtenía como respuesta "que su hijo no estaba loco", y las consecuencias, él no volver por la consulta. A su vez, y en ocasiones, pedían "Explicaciones" al pediatra que había osado referirles.

c.- Falta de Recursos. Amén del ya citado del tiempo, la falta de espacio físico, de salas para terapia de juego, y de personal que colaborase paralelamente con los padres, transformaba la tentativa terapéutica en algo difícil de definir, pero sin duda carente de armonía y conjunción.

d.- Edad de los niños. Según la estructura orgánica -

del Hospital, en el que se acogen niños hasta los siete años — de edad. A los ocho, el parrocer, dejan de ser niños y son atendidos por los médicos generales y asesoriétes de adultos. Señalo es el hecho de que son pocos los niños menores de siete años realmente tributarios de una Psicoterapia individual, amén de que la mayoría de los trastornos presentados a estos edades, son por lo general, reactivos al medio.

e.- Nivel social, cultural y económico de los padres.
Dado que un alto porcentaje de la clientela hospitalaria, está integrado por clases social baja, cultura muy escasa y medios — muy precarios, los sistemas de comunicación, recueramiento, interpretaciones, dinámicas, abstracciones, simbolismos, etc, tal cual utilizado por la clase social más privilegiada hablan de sufrir un importante cambio en cuanto aquellas resultaban inoperantes y no facilitaban la resolución del conflicto.

f.- Y por último el hecho observable de muchos problemas preferidos, con frecuencia no eran sino meras consecuencias de un aprendizaje deficitario, ignorancia en las formas de educación, situaciones de desprivación, resultantes de condicionamiento socio-económico, etc., etc., necesitados de una orientación, información cueling, en suma, donde tributación de una terapéutica — profiláctica más que de una labor curativa.

La gran necesidad de dotar a este nivel de prevención — hoy más que nunca — la huenda de un método, una técnica —

adecuado, efectivo en un tiempo breve, que resultase beneficiosa en la estructura dinámica de la personalidad del niño y de la unidad familiar.

De todos los técnicas transpositivas existentes, el armazón de las terapias a corto plazo se consideró la ideal, si bien este breve ciclo fundamentalmente se basaría a nivel de adulto y en un plazo individual. De aquí pues, la tentativa de estructurar, ponderar, ordenar, etc., con el fin de definir una técnica transpositiva acorde con la orientación específicamente clínica del Servicio de Pediatría del Hospital.

En conclusión quedan las siguientes claves:

- Una técnica adecuada que busque mantener en su núcleo las dificultades sociales y culturales de uno o más miembros de la familia.
- Un paciente con futuro garantizado, comprendido y valorado por los padres en función del niño y de la familia.
- Una regulación a corto plazo a fin de mantener la motivación y consecuencias de las habilidades de acción.
- Un enfermo medianamente hablando, una infancia adecuada con respecto a las necesidades básicas del niño, la

educación de los hijos y del funcionamiento familiar español.

- Una colaboración en la formación global del pediatra.

Y por último, una propuesta realista de lo que es un Servicio de Pediatría Infantil y Familiar.

PROYECTO DEL TRABAJO

CAPITULO II

PROYECTO DE TRABAJO

Tal y como expresamos en la Introducción, la finalidad del presente trabajo se orienta a señalar y concretizar las necesidades y Técnicas de Psicoterapia Breve en un Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar en el que existe una demanda asistencial totalmente desproporcionada a los medios con que se cuenta para satisfacer dicha demanda.

Pero a su vez, poner de manifiesto, como un gran número de casos referidos por el pediatra, pueden ser, o deberían ser, de su total competencia.

En el capítulo III, bajo el título Introducción al Tema, señalamos las corrientes que han inducido al desarrollo de estas técnicas de Psicoterapia Breve, sus fundamentos, a la vez que una descripción muy abreviada de las diferentes escuelas y métodos hoy día en práctica.

En el capítulo IV, Conceptos y Fundamentos en Psiquiatría Infantil, recorremos a vista de pájaro las Necesidades del niño, el Ambiente familiar, Significado del Síntoma, Semionología y Categorías Diagnósticas. Añadimos un apartado especial sobre Teorías del Desarrollo, según distintos autores, a la vez que vertemos algunas ideas sobre Dinámica familiar, con el fin de establecer una base dinámica a los capítulos que siguen.

En el capítulo V, Material, Diagnóstico y Método de Trabajo, se pretende ofrecer una clara visión de todo nuestro trabajo, y de aquí que se halle dividido en una serie de pequeños apartados que abarcan desde el momento mismo en que el paciente se refiere a nuestro Servicio. Los apartados son los siguientes:

- Motivos de Referencia.
- Actitud parental a la consulta psicodéctica.
- Actitudes en la educación de los hijos.
- Técnicas de la primera entrevista.
- Proceso diagnóstico.
- Pronóstico.
- Farceoterapia.
- Proceso terapéutico.
- Follow Up.

El capítulo VI, Selección estadística, presenta, a la vez que todo el material utilizado, con ciertas comentariorias breves sobre el motivo de referencia, una selección estadística diagnosticada en función del niño, y también se incluye una revisión estadística social.

En el capítulo VII, se limita a la descripción de las Técnicas de Psicoterapia que por nosotros utilizada, así como los resultados estadísticos con ella obtenidos.

En el capítulo VIII se incluyen las conclusiones. -

alcanzadas por este Técnica, a la vez que se incluyen algunos Comentarios.

En el capítulo IV, se reseña toda la Bibliografía consultada en función del presente trabajo.

INTRODUCCION AL TEMA

CAPITULO III

INTRODUCCIÓN AL TEMA

Con el transcurso del tiempo, la salud mental del individuo en la sociedad en que se mueve, crece y se desarrolla, parece haber ocupado un lugar de principio en cuanto las repercusiones individuales, políticas y sanitarias a las que da lugar, son importantes.

A medida que ganamos conocimientos sobre la estructura orgánica y psíquica del ser humano, más capacitados nos sentimos de intentar un alivio o resolución de su conflictiva emocional y adaptativa. Y dado que el individuo no se desenvuelve aisladamente, se concibe que toda alteración de su equilibrio hemostático repercuta directa o indirectamente en aquellos que le rodean.

Este continuo intercambio de afectos y emociones, condicionamientos y respuestas, se observan vividamente plasmados en la realidad dinámica, consciente o inconsciente, en la relación padre-hijos.

A grosso modo, y según Ackerman, el 75% de las familias se encuentran sumergidas en una conflictiva tal, que afecta negativamente a todos los elementos que la integran.

Sabemos que los dos tercios de la consulta médica de adultos se basa en una problemática psicosomática. También, que

más de un 50% de la consulta pediátrica consiste en trastornos motivados por un aprendizaje defectuoso, o consecuencias del calido de cultivo afectivo que se origina en la familia.

En un cálculo superficial de las hospitalizaciones y días de estancia en el Hospital Infantil de la Seguridad Social de Sevilla, se alcanza un 5% de niños hospitalizados por trastornos psicosomáticos tributarios de un tratamiento ambulatorio.

Y si señalamos que ese 5% arroja un gasto anual entre los 25 y 30 millones de pesetas, se comprende de la necesidad de perfeccionar técnicas y métodos de tratamiento así como sistemas educativos profilácticos que no den lugar a tales hospitalizaciones.

Para dar una idea de cuanto puede costar a un país su presupuesto sobre cuidados del enfermo mental, por desconocer la cifra en el nuestro, señalamos por ejemplo el de USA en 1.872, - que alcanzó los veinte mil millones de dólares.

En mis diez años de ejercicio como especialista en el sector de la Psiquiatría Infantil, y habiendo ejercido la misma en Canadá y España, siempre he sentido particular apetencia por ejercer dicha especialidad a niveles de Prevención primaria y secundaria.

Mis experiencias han tenido lugar en los Departamentos

Psiquiátricos de los Hospitales Royal Victoria, Allan Memorial, Douglas Protestant, Montt Providence, St. Mary's, Montreal Children's, Montreal General y Ste. Justine, todos ellos localizados en Montreal.

Y una vez en España, gracias a la cordial acogida y - facilidades dadas por el Profesor Alonso Fernández, la suerte de participar activamente en las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación de la Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Sevilla, bajo su dirección.

Posteriormente pasé al Hospital Infantil de la Seguridad Social donde, desde finales de 1.971, ejerzo las funciones - de Jefe Clínico en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar.

Si bien jamás me he ocupado estadísticamente del número de casos evaluados por mi, a nivel de práctica hospitalaria o bien, en la práctica privada, por defecto sospecho que superan los diez mil, y el número de sesiones terapéuticas con las familias, niños y grupos, sin duda doblan la cifra anterior.

Esta experiencia a mi parecer razonable, creo que me cualifica para intentar un estudio objetivo de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas por colegas nacionales y extranjeros, a la vez que plasman las mías propias utilizando exclusivamente el material del Servicio de Psiquiatría Infantil a mi cargo.

El enfoque de las citadas técnicas psicoterapéuticas

va a centrarse concretamente en el tipo de Psicoterapia Breve de base Psicoanalítica, sobre la cual, hasta el momento presente, - que yo conozco, solo se han emitido trabajos procedentes de Estados Unidos, Inglaterra, Escocia, Israel y Holanda, y ninguno en nuestro país.

Los medios con que he contado para el trabajo que se expone, ha sido toda la clientela infantil y familiar referido - al ya citado Servicio de Psiquiatría. El número de casos evaluados y tratados sobre todo los 1.300, pero hemos de señalar el hecho importante, que de acuerdo a la estructura orgánica del Hospital Infantil, los niños que se visitan han de estar por debajo de los ocho años de edad.

Estos niños son referidos habitualmente por un pediatra, si bien en ocasiones lo hacen los psiquiatras de los Ambulatorios, o de cualquier Centro Comercial.

El Servicio está compuesto por una Secretaria Administrativa, un Asistente Social que realiza la Historia Familiar, y quien bajo supervisión lleva a cabo un buen número de casos de - Orientación y Counseling Familiar.

Desde hace unos dos años, la citada Asistente Social, participa en casos de Terapia Familiar, y Terapia Infantil Individual, para los que ha sido preferentemente preparada.

Todas las hojas de Consulta se devuelven debidamente

contestadas a sus puntos de referencia. Se incluye en ella además de la Historia Psiquiátrica clásica, una formulación dinámica del caso, así como unas recomendaciones prácticas para el pediatra. Si se considera que el caso es tributario de un tratamiento en nuestro Servicio, así lo señalamos, encontrando siempre un máximo de colaboración por parte del pediatra ante nuestra tentativa terapéutica.

Una copia de la Historia permanece en nuestro Servicio. La Historia Familiar no se envía al Pediatra, pero a quien se le informa verbalmente sobre la misma si se cree oportuno o él se interesa directamente. Con ello evitamos la salida de una información familiar, íntima, que no creemos debe estar a disposición de cualquiera en los archivos generales.

Una vez facilitada esta información, muy superficial - por cierto, escasa de nuestro modo de proceder en el seno Hospitalario, vamos a pasar a comentar la necesidad de ejercicio de técnicas de Psicoterapia Breve, para lo cual creo muy oportuno hacer un desglose aclaratorio que sobre las mismas desarrolla Harvey - Gartan en su libro Brief Therapies. Señala el autor tal necesidad consecuente a los siguientes puntos:

A.- La evidente e imperiosa necesidad de Servicios Psiquiátricos económicamente asequibles. Recordemos sobre este particular que el coste de la Asistencia Psiquiátrica a niveles de práctica privada, es habitualmente alto, coste que a su vez se ve

sobrecargado por la prolongada duración de dicho tratamiento, además del gasto en productos farmaceúticos que amenudo acompaña.

Si a lo expuesto añadimos que la renta per capita en nuestra región es particularmente baja en relación al resto de la Nación, y a la de otros, se comprende que el factor económico complica notablemente la situación para el necesitado de este tipo de asistencia.

Desgraciada y paradójicamente, la Seguridad Social que cuenta entre sus afiliados a un 82% de la población, por razones varias, pero que sin duda la económica juega un papel fundamental, no se hace por el momento responsable de este factor de la medición, aún reconociendo su existencia.

3.- El merecido reconocimiento de los derechos del pobre y clase socio-económica débil, a Servicios Psiquiátricos adecuados. Solo el "rico", y el socio-económicamente fuerte, puede hasta el momento presente gozar de asistencia psiquiátrica adecuada. Este es el que, precisamente, en caso de necesitarlo, no aparece por los escasos y sobremente dotados Servicios Psiquiátricos de la Sanidad Nacional.

Es el pobre quien inexorablemente se ve forzado a las consultas de Ambulatorios, que si bien se ven dirigidas por Psiquiatras competentes, dada la proporción entre número de pacientes y tiempo disponible, desemboca en una entrevista de escasos minu-

tos, que no ayuda al enfermo y frustra al especialista en su labor terapéutica.

C.- Un claro énfasis en la necesidad de medidas preventivas y de urgencia. No vamos hacer en este punto un desglose de las ventajas de una medicina preventiva y de urgencia, pero si aclarar que el enfermo mental afecta, contamina por así decirlo, el medio que lo rodea. Solo pensar en una madre perturbada, implica la casi inexorable afectación emocional de los hijos. También pensar en aquellas situaciones de crisis, por las que casi todo individuo o familia atraviesa alguna vez en sus vidas, si no resueltas en el momento oportuno, pueden crear un desequilibrio, bien crónico, ya de larga duración y dudosa recuperación.

Si fijamos este punto, de la necesidad de una medicina preventiva y de urgencia, en el campo de la Psiquiatria Infantil, dicha necesidad se hace imperativa e inexcusable, tanto en cuanto el niño se encuentra en una situación de dependencia, siendo nosotros adultos los responsables directos de su salud física y mental. Sin olvidar que el niño, en proceso de crecimiento y desarrollo incluirá en su estructura de personalidad, todos aquellos puntos positivos y negativos con los que se vea confrontado. La salud mental del adulto pues, no es sino una resultante, en la mayoría de los casos, del equilibrio y salud mental alcanzada por el niño en su medio.

D.- Otro factor que aboga por la necesidad del ejercicio

cio y perfeccionamiento de técnicas en psicoterapia breve, es el cambio experimentado en la última década en la filosofía del tratamiento psicoterapéutico, aceptándose como suficiente, metas terapeúticas limitadas a las necesidades actuales del paciente, sin inmiserirse proféticamente en los posibles conflictos que la vida pueda deparar a dicho paciente. El "aquí y ahora" parece ser el tipo terapéutico sin necesidad de tratar futurismos horrorescosos - hipotéticos.

E.- También ha de señalarse la desviación experimentalada dentro de la terapéutica psiquiátrica, que muestra un abandono relativo de las técnicas psicoanalíticas clásicas, que basaban toda conflictiva del individuo en sus instintos y perturbaciones libidinales, que todo conflicto había de ser disecado hasta sus más primitivos orígenes, etc., etc., y en consecuencia daba lugar a unos procesos terapéuticos de años de duración, con el consecuente desembolso de tiempo y dinero.

Estas técnicas eran en consecuencia, solo accesibles a la clase socioeconómica y cultural elevada, como ya dijimos anteriormente, dejando en el más absoluto abandono al resto de la sociedad. Así pues, esta desviación explora y practica técnicas basadas en la Psicología del Yo (Hartmann, Federn, etc.).

F.- No hemos de olvidar en ningún momento, el compromiso profesional que el médico tiene para con la sociedad, para con los individuos que lo componen, que lo obligan deontológicamente

a suministrar sus mejores y más efectivos cuidados a todo aquél - que lo necesita, en el momento que lo necesita. Al igual que a un traumatismo físico no se le puede poner en una lista de espera de tres meses, o seis o doce, para explorar sus posibles fracturas, o para detener su hemorragia, tan poco el traumatizado emocional se la puede olvidar si que contenga su dolor y sufrimiento hasta que nosotros trovemos "tiempo" para explorarlo, y entonces contener - su martirio.

Se evidencia una vez más la necesidad de una terapéutica ágil, fluida, eficaz y pronta, que rectifique las heridas psicológicas en un plazo breve, y que ofrezca un rayo de esperanza y - un punto de apoyo en aquellas crisis reactivas, en las que el mundo parece haberse derrumbado para el paciente.

5.- Conocido es el hecho de que los últimos treinta - años, una serie de profesiones se han visto aisladas al campo Psiquiátrico, dada la existencia de unas metas comunes (alivio del que sufre), así como la aceptación de la Psiquiatría clásica de los factores sociales como precipitantes, catalizadores o mantenedores de la enfermedad mental. En consecuencia vemos incorporadas al campo psiquiátrico, profesiones como la Psicología, Sociología, Psicopedagogía, asistencia Social, Consejeros, Orientadores, Sexólogos, etc., etc. De todo ello resulta consecuente la necesidad de identificación y redefinición de metas y métodos (New Horizons in Psychotherapy).

Tras todo lo expuesto creo que queda bien patente toda la motivación y necesidad de las técnicas de Psicoterapia Brava a fin de atender a un máximo de población infantil necesitada de nuestros cuidados médicos, a la vez que delimitar la estructura de dichas técnicas y verificar sus resultados.

FUNDAMENTOS Y TECNICAS DE PSICOTERAPIA BREVE

La primera tentativa de Psicoterapia Breve puede atribuirse confiadamente a la persona de S.Freud. En sus inicios terapéuticos, Freud siempre intentó una cura rápida del paciente, pronunciándose en la necesidad de un rápido diagnóstico, así como poner de manifiesto sus componentes dinámicos del conflicto neurótico, para que por medio de las interinterpretaciones, estos quedasen resueltos a la máxima brevedad. Recordemos el tratamiento y cura – del compositor Gustav Mahler, en seis sesiones, así como el corto tratamiento de una joven histérica durante unas vacaciones en Suiza (Studies on Hysteria).

Fenichel, recomienda a aquellos interesados en Psicoterapia Breve, releer los estudios sobre Historia, tanto en cuanto en el encontraran muchas de sus dificultades resueltas, o al menos identificadas. El libro de F. Alexandre y T.French, Psicoterapia Psicoanalística, aclara importantes conceptos de Psicoterapia Breve, derivados de la comprensión Psicoanalística de la personalidad y del proceso Psicoterapéutico.

Ya en 1.916 Freud anunció la posibilidad de que las técnicas Psicoanalísticas no fuesen adecuadas en función de las grandes necesidades de salud mental de la comunidad, e igualmente añadió que, el pobre, el socialmente no afortunado, tiene tantos derechos a su bienestar psicológico como puede tenerlo para un tra-

tamiento quirúrgico.

Avnet, en 1.966 informa de forma rotunda, que "el Psicoanálisis, independientemente de sus méritos... no puede ser seriamente considerado como solución a la demanda masiva de salud mental de la sociedad".

El empuje para la búsqueda de métodos breves de Psicoterapia ha sido consecuente a dos hechos fundamentales: a) la enorme demanda asistencial, la escasez de tiempo y económica para atender un largo tratamiento, y b) la escasez de Psicoterapeutas adecuadamente entrenados.

Así pues, en los trabajos de Romano, Wayne & Koegler, Phillips & Wierner, Goldfarb & Turner, Wolberg, Wolf, Pearlman, Jacobson, etc, formula las exigencias, necesidades, disyuntivas, etc, inherentes a los tratamientos Psicoterapéuticos, anuntando todos ellos a la ineludible responsabilidad de ofrecer servicios asequibles y rápidos a todas las escalas sociales.

A su vez, la Psicoterapia Breve, si bien puede aparecer como un sistema terapéutico a nivel de prevención terciaria o secundaria, sin duda ofrece un carácter de profilaxis, no suficientemente reconocido aún. A este respecto, los trabajos de Lindemann son notoriamente acloratorios.

Bellak escribe la influencia de Psicoterapia Breve de

urgencia a los tres niveles de prevención: a) primaria, soslayando problemas que pudieran deformarse y acabar inhabilitando al individuo; b) secundaria, restringiendo y minimizando los efectos de un desorden florido excitante; y c) terciaria, limitando las consecuencias de una inhabilidad crónica.

Podríamos añadir aclaraciones sobre otros muchos autores que han prestado particular atención al difícil problema: Coleman & Zwerling, Farberow, Glasco, Lewin, Dunbar, Rosenthal, Ross etc., etc., pero creo que el punto ha quedado lo suficientemente aclarado.

En resumen pues, podemos señalar concretamente, que los métodos de Psicoterapia Breve, responden a una variedad de necesidades y presiones:

- a. Incremento de la demanda de servicios psicoterapéuticos.
- b. Su carácter preventivo en situaciones agudas y crónicas.
- c. Resolución de situaciones de crisis.
- d. Intervención efectiva en situaciones de desastre.
- e. Como método ideal para ciertos terapeúticas.
- f. Como única aplicable en ciertos medios.
- g. Como idónea para cierto tipo de individuos.

Las diferencias fundamentales entre las técnicas de Psicoterapia Breve y métodos Psicoanalíticos pueden señalarse

esquemáticamente del modo siguiente:

- a. Finalidades y metas para el paciente.
- b. Tiempo, duración, frecuencia de visitas.
- c. Métodos a emplear.

A continuación nos proponemos mencionar, también de forma muy esquemática, algunos de los enfoques, orientaciones, y técnicas de Psicoterapia Breve, más frecuentemente utilizados hoy día para de este modo poder compararlos y exponer nuestro quehacer diario y resultados, siguiendo estas técnicas.

MODELOS DE PROCTERAPIA BREVE

A.- Wolberg:

- a. Establecimiento precoz de una relación de trabajo positiva, con estructuración de la situación terapéutica: simpatía, confianza, comprensión, comunicación y confianza en la curación.
- b. Rápido establecimiento de un diagnóstico dinámico provisional.
- c. Formular conjuntamente con el paciente, una hipótesis dinámica del problema.
- d. Exploración focal de la conducta neurótica del paciente, así como ayudarlo a que él lo reconozca.
- e. Uso ocasional del material onírico.
- f. Resolver resistencias tan pronto como aparezcan.
- g. Prevenir, evitar, el desarrollo de una neurosis - transferencia.
- h. Reconocer los factores negativos en el medio del paciente, y prevenirlo antes de que se hagan peligrosos.
- i. Control de los síntomas claves tan pronto como sea posible: angustia, ansiedad, depresión, etc.
- j. Instruir al paciente sobre los beneficiosos efectos, el insight, mostrándole la relación entre el conflicto psíquico y el síntoma, así como el conocimiento de los mecanismos de defensa.
- k. Desarrollar con el paciente un plan de acción para

cambiar su estilo de vida.

1. Ayudar al paciente a desarrollar su propia filosofía de la vida.

m. Terminación del proceso.

n. Follow up.

B.- PELLAK & SMALL:

a. Identificación del problema presente, formulando a su vez hipótesis dinámicas del conflicto, que la historia confirmará o negará total o parcialmente.

b. Elaboración de la historia clínica que permitirá una formulación diagnóstica.

c. Facilitar las relaciones curiales, a la vez que se consideran las posibilidades de autodeterminación.

d. Momentos de intervención una vez conocidos los síntomas de sus causas. Una buena relación paciente-tratante, debe de haber sido establecida previamente, así como una valoración de las funciones y capacidades del YO del paciente.

e. Se inicia el working through del problema, reforzando e liberando ciertas defensas en favor de la resolución neurótica del paciente.

f. Acabar el tratamiento, intentando dejar una cultivada transferencia positiva, y la clara inteligencia de que el paciente - puede volver cuando lo deseé.

El modelo de ambas, Pellek y Small, se basa en los dos -

principios básicos de toda dinámica psicoanalística. El primero - relacionado con la comunicación, insight y working through, y el segundo relacionado con la transferencia, en este caso de necesidad mantenerla en todo momento positiva.

C.- MORLEY

El terapeuta debe de estar convencido de la efectividad de su técnica de tratamiento, de la limitación en sus metas y a su vez, no considerarlo como sustitutivo de otros.

D.- WOLK

Con el socialmente privado cada contacto que se establece es considerado en si una unidad terapéutica, separado completamente de la anterior y de la siguiente. Cada sesión pues, tiene su análisis específico y sus recomendaciones inmediatas.

E.- GILLMAN

- a. Selección de la dinámica del problema fundamental y no de los síntomas.
- b. Enfoque y análisis de la realidad actual.
- c. Estimular la formación de una transferencia positiva, y no facilitar en ningún momento la regresión.
- d. Confiar en, y estimular, las capacidades del paciente.

F.- BOCCARIDES

- a. Precisa evaluación de la conducta del paciente en la primera sesión, así como interpretación de los aspectos transfrerenciales de la misma.
- b. En la segunda entrevista una actitud más activa, explicando al paciente los aspectos dinámicos directamente relacionados con su conflictiva.
- c. Un tercer estudio, de varias entrevistas, de consolidación conceptual y working through.

G.- BAKER

- a. Aclaración intelectual de la problemática del paciente.
- b. Consejos, orientación, recomendaciones.
- c. Catarsis, ventilación, expresión.
- d. Interpretación de la resistencia y transferencia.
- e. Mantenimiento con técnicas de apoyo y estímulo.
- f. Actitud favorable y positiva del terapeuta.

H.- BURDON

Hacen particular énfasis sobre el control y orientación hacia la salud y equilibrio, acertadamente señalando que "la dinámica de la cura terapéutica no es el aspecto dinámico de la enfermedad, y que el paciente no se beneficia sobre una conferen-

cia de la psicopatología de su personalidad".

I.- STEINERS

La técnica en situaciones de crisis ofrece el siguiente modelo:

- a. Determinación de las necesidades del paciente así como su capacidad para tal o cual tipo de tratamiento debe de hacerse rápidamente.
- b. El tratamiento ha de concibirse por ambos pacientes y terapeutas, como una syntaxis conjunta, basada en el deseo del paciente de ponersse bien.
- c. El desarrollo de la crisis es revisado para el paciente, con el fin de que este comprenda su dinámico y posible curso.
- d. Se ofrecen medidas realistas y prácticas para resolver la citada crisis.
- e. Las acciones antiterapéuticas se ponen de manifiesto, y el paciente confrontado con las mismas.
- f. Al paciente se le enseña a predecir o prevenir situaciones emocionales, que pudieren acabar en crisis similares.
- g. El tratamiento se termina progresivamente, sin envolverse en las peculiaridades caratterológicas del paciente.

J.- JACOBSEN

- a. Exploración crítica e inmediata de la situación

críticas, tratando de identificar los elementos precipitantes inmediatos.

- b. Situaciones análogas del paciente son revisadas.
- c. El problema del paciente es verbalizado para él - en forma sencilla y comprensible.
- d. En este momento el paciente se lo presta un gran apoyo, a medida que él va ganando insight del problema.
- e. La discusión de problemas antiguos, se evita.
- f. El terapeuta debe de estar preparado a aceptar el deseo del paciente de abandonar el tratamiento, en cuanto el equilibrio actual cuado resuelto.

K.- KLEIN & LINDEMAN

Modelo para familia en crisis:

- a. Evaluación y predicción de la situación.
- b. Planificación de la intervención.
- c. Alteración del sistema de fuerzas conflictivas.

L.- RAPPORT

Condiciones para una respuesta saludable del paciente:

- a. Percepción adecuada y precisa de la situación, y curiosidad por hallar nuevos elementos dinámicos, así como un continuo mantenimiento de conciencia del problema existente.

- b. Capacidad de ventilación, concienciación y comunicación de los niños.
- c. Capacidad de buscar y utilizar la ayuda disponible de personas e instituciones.

N.- REPPAN

Específico en reacciones depresivas:

- a. Protección del paciente.
- b. Esfuerzos, exploración, como medio de estimular al paciente a participar en la actividad terapéutica.
- c. Interrupción del ciclo ruminativo.
- d. El uso de tratamientos físicos.
- e. Iniciación, estimular el cambio de actitudes.
- f. Colaboración con otras disponibilidades terapéuticas.

cas.

N.- BELLAK & SWALL

Específico para reacciones depresivas:

- a. Tentativa de elevar la autoestima del paciente.
- b. Recargar al paciente de sus capacidades de ponerte bien.
- c. Inversión de la autoagresión.
- d. Intentar una comprensión intelectual de los elementos dinámicos precipitantes de la depresión, y de situaciones similares anteriores.

e. Manejar situaciones transferenciales, pronta y pre-coziente.

f. Actitud de apoyo, a ser posible en cualquier momento.

g. Guía, orientación, sugerencias de todo tipo, a fin de canalizar, tiempo, actividades, energía, relaciones, etc.

h. Medicación, ECT, hospitalización, etc, si necesario.

P.- GRASS

a. Establecimiento de una efectiva y efectiva relación médico-paciente.

b. Movilización, conseguir una actividad con propósito, ofrecer finalidades.

P.- JOHNSON

Criterios para candidatos a psicoterapia breve:

a. El deseo de ser ayudado es esencial, pero no garantiza el éxito.

b. Buen funcionamiento del Yo.

c. Poca ganancia secundaria.

d. Escasa ambivalencia.

e. El problema es reciente y agudo.

f. La actitud del terapeuta es optimista, pero no en exceso.

R.- DUNBAR

Para los problemas somáticos, ofrece los signos favorables siguientes:

- a. No estructura neurótica anterior a la aparición de los síntomas somáticos.
- b. Adecuada adaptación anterior.
- c. Yo bien estructurado.
- d. Rápida aceptación de la existencia de una conflictiva emocional como base del síntoma.
- e. Aceptación del terapeuta.

R.- VICKER

Criterio para selección de candidatos:

- a. Deseo de cambiar y resolver la situación actual.
- b. Agudeza de la situación conflictiva.
- c. Evidencia de estabilidad ambiental y previa adaptación.

Signos de un pobre pronóstico:

- a. Dificultades maritales o familiares severas.
- b. Problemas caracterológicos.
- c. Comunicación defectuosa.

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA

En función de las técnicas de Psicoterapia Breve, el

terapeuta ha de reunir una serie de rasgos, actitudes y cualidades que a continuación apuntamos:

- a. Habilidad para hacer sus interpretaciones con vividez claridad, y asequibilidad.
- b. Habilidad para comprender el conflicto con rapidez.
- c. Actividad durante la entrevista, alejándose del mudeo pasivo.
- d. Simpatía, aceptación del paciente, sin temor a expresarlo.
- e. Entusiasmo, convencimiento de su actuación y finalidad.
- f. Flexibilidad ante sí, y ante las interpretaciones del paciente.
- g. Capacidad de focalidad del problema.
- h. Interés genuino por el ser humano.
- i. Habilidad en establecer una buena relación médico-paciente.
- j. Capacidad para aceptar una rápida terminación.

RIESGOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE

Como todo ensayo terapéutico, la Psicoterapia breve, también ofrece sus riesgos, comentado por varios autores desde distintos puntos de vista.

Para BARTEN: se trata de una experiencia demasiado li-

mitada en tiempo y conflictiva.

Para FRENCH: Considera que los terapeutas adscritos a esta modalidad terapéutica aspiran a resultados terapéuticos demasiado rápidos, viendo curaciones donde todavía no existen.

Para COLEMAN: Tendencia a formulaciones demasiado amplias y generales, sin fundamentos clínicos suficientes. Tendencia a olvidar, o valorar muy precariamente, las capacidades y realidades ambientales del paciente. Y por último, el gran riesgo de interpretar un material inadecuado.

Para GEIR & ULLMAN: La tendencia frecuente de desconsiderar los síntomas somáticos.

EVALUACION DE LAS FUNCIONES DEL YO (Bellak)

Dada la importancia que posee en las técnicas de Psicoterapia Breve, una rápida y precisa evaluación de las capacidades del Yo del paciente, en función de las cuales ha de suministrarse el tratamiento, creemos oportuno hacer un esquemático desarrollo de los puntos a seguir para dicha evaluación:

- a. Adaptación del paciente a su realidad, a su matriz cultural.
- b. Testing de la realidad, en el que se incluye la percepción, el juicio y la diferenciación entre el mundo que lo rodea

y su mundo interior.

- c. Consecuente sentido de la realidad.
- d. Control de los impulsos, con valoración de la intervención del super-*yo*.
- e. Relaciones objetales, su calidad e intensidad.
- f. Proceso del pensamiento.
- g. Funcionamiento de sus defensas.
- h. Funciones autónomas: percepción, intención, lenguaje productividad, desarrollo motor, etc., que se asumen estar fuera del conflicto.
- i. Funciones de síntesis.

CONCEPTOS Y FUNDAMENTOS EN PSICOLOGIA INFANTIL

CAPITULO IV

FUNDAMENTOS DE PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Con el descubrimiento y desarrollo de las teorías psicoanalíticas, toda psicopatología fue explicada en función de los principios promulgados por las citadas teorías. Y si bien los principios no han perdido en la actualidad su vigencia, nuevas concepciones dinámicas han venido a enriquecer la dotación psicogenética en la clínica infantil.

Para Freud, todo síntoma se encontraba enraizado en los instintos y sus características determinadas según la etapa del desarrollo en que hubiese tenido lugar. Su visión era muy individualista, No consideraba la influencia familiar, social, ambiental cultural o grupal. Al determinismo psíquico le daba absoluta prioridad, no valorando adecuadamente las influencias, exigencias o determinantes que rodean al individuo desde su nacimiento.

El complejo de Edipo aparece en la teoría psicoanalítica como generador de toda psicopatología neurótica, invadida de las apetencias sexuales del niño hacia el padre del sexo opuesto, no prestando, por el contrario, particular atención, a la forma e intensidad del amor materno, ni a vivencias en el seno de la familia, integrada por varios individuos. Igualmente irracional e inconsciente goza de todas las preferencias sobre lo racional y consciente. Igualmente el super-*yo*, aparece como exclusivamente determinado por la influencia parental.

A.- Necesidades básicas del niño:

El acontecimiento de la llegada de un niño al seno familiar, es un acontecimiento en el que el no ha tenido ni arte ni parte. El simplemente llega, por voluntad de los padres, en un estadio primario de total dependencia de sus progenitores. Sin duda, para su salud, evolución y desarrollo, tiene unas necesidades básicas que han de ser satisfechas por sus mayores. En los primeros meses de vida, la madre juega un papel fundamental y posteriormente, el padre y todo el ambiente familiar, se transforma en el "caldo de cultivo vivo", donde el niño podrá crecer adecuadamente.

El chiquito tiene necesidad de ser adecuadamente gratificado en sus necesidades básicas de alimentación, higiene, temperatura, etc, a la vez que ser comprendido, aceptado en sus protestas y exigencias, deseos de experimentación y curiosidades.

Necesidad de estímulo adecuado a su edad, en los sectores de su efectividad, percepción sensorial, cognitiva, ambiental y social. De aquí la importancia de ofrecerle oportunidad para recibir dichos estímulos, el tiempo adecuado y en proporción suficientes para que pueda asimilarlos e integrarlos.

Necesidad de confianza y respeto como individuo que funcione a su propio y limitado nivel, y no al nivel que en un momento u otro, desean los adultos que le rodean. Necesita consistencia, continuidad, control, seguridad y estabilidad del medio, a fin de que se lance a la exploración y conquista del mundo pro-

pio y del que le rodea, en la libertad y confianza de que puede alcanzar un éxito rotundo.

Y en todo su medio, un sincero y abundante afecto de sus padres, que desde un principio podrán ofrecerle esa imagen idónea de identidad a la que poder imitar y admirar.

B.- Ambiente familiar:

Todos estos necesidades básicas del niño han de ser satisfechas por los padres en el seno de esa unidad llamada familia. Pero recordemos que este no es un núcleo estático carente de funciones, sino por el contrario, posee, como organismo vivo, una serie de tareas encomendadas desde el mismo momento de su creación.

Así pues, la familia, posee una función biológica de procreación, de perpetuación de la especie. Una función afectiva, sustrato de toda comunicación y crecimiento. Una función de socialización, centripeta y centrifuga, en cuanto forma parte de un medio con el cual ha de colaborar, y del cual depende. Es igualmente una función de transmisión cultural, para su propio enriquecimiento y poder compartir el mismo nivel de los demás.

Vemos pues y repetimos, que la familia no es el objeto inerte movido por circunstancias, sino que es depositaria de una gran cantidad de energía a emplear en el desarrollo de todas sus funciones. Sin entrar en detalles, pero muy acertadamente, se

ha comparado a la familia a una reacción química en continuo proceso de evolución, adaptación y equilibrio. Como organismo, la familia, crece, se desarrolla y muere para seguir viviendo, de aquí que estropearse por una serie de etapas similares a la de todo individuo, desde el periodo de gestación hasta la senectud.

Dentro del macrocosmos de actitudes, afectos, opiniones conductas, etc., que vienen jugando en el seno de la familia, existen numerosas que pueden afectar negativamente la percepción y conducta de los pequeños.

Así pues, tenemos padres de actitudes rígidas, exigentes, autoritarias, etc., que ven al hijo como un objeto que ha de someterse necesariamente a sus necesidades y dictados, sin permitiéndole una individualización, curiosidad o ensayo.

Otras, bajo una emanación de infinito amor, sobreprotectoras al pequeño hasta abusarles toda iniciativa y expansión. La verdad misma parece ser reprobada por la madre, y el mundo que los rodea como peligroso e incomprendible.

Las hay, que en forma abierta o encubierta, rechazan al niño, expresándoles todo su resentimiento en cada acto en el que entran en contacto, o bien adoptando una actitud de olvido y negligencia, que acaba resultando en una denivación afectiva importante y traumatizante.

También hay madres, que poco definidas en sus sentimientos hacia sus hijos, muestran una arbitrariedad, inconsistencia y falta de criterio, de dejar perplejo y angustiado al pequeño sometido a esa castiza falta de continuidad. Sin duda que rara vez se dan los casos puros, tal cual descritos, y la división artificial apuntada, solo implica una tentativa de señalar actitudes - afectos dominantes, a título de muestra y no de forma exhaustiva.

En las posturas paternas también encontramos actitudes que en modo alguno facilitan el ambiente de armonía y afecto adecuado para un feliz desarrollo individual y familiar. Por razones personales, sociales, laborales, etc, hoy se da con frecuencia el "padre ausente", creciendo los hijos faltos de un modelo vital para su desarrollo. En el otro extremo nos encontramos el rígido moralista, inquisidor, perfeccionista, cuya conducta se asemeja más a un juez punitivo que a un padre amante.

Entre ambos se sitúa, hipotéticamente, el padre pasivo que por razones varias, ha dimitido de su rol de padre, de cabeza de familia, y descarga toda su responsabilidad en la figura de la madre.

Si recordamos aquí la psicopatología mencionada en el apartado de Dinámica Familiar, bien fácil resulta comprender que el ambiente familiar resulta con frecuencia facilitante, catalizador y hasta determinante de la psicopatología infantil.

C.- El Síntoma del niño:

Con frecuencia son manifestaciones resultantes de una desarmonía entre sus necesidades y la facilitación del medio a las mismas.

Eva Lester, especifica que la mayoría de las perturbaciones de la infancia son desviaciones del desarrollo normal, causadas por: a) Deprivación de sus necesidades básicas. b) Interferencia desde el exterior con su normal adaptación y control del medio. c) Limitaciones internas que se oponen al crecimiento y desarrollo normal del niño. De lo expuesto se deduce que en la mayoría de los casos, el síntoma del niño, tiene un carácter reactivo.

Ante toda necesidad, el niño reacciona con un impulso reflejo en sus primeros tiempos de vida, que tiende a la gratificación, satisfacción de la misma. Si esta necesidad no es satisfecha, provoca una frustración causante de una tensión psíquica que ha de controlarse de una forma u otra para no sentirse desbordado por la misma. Dicha tensión puede desplazarse a estructuras somáticas, originando el síntoma psicosomático, o bien controlarla por medio de mecanismos de defensa psicológicos, tan efectivos como la represión, proyección, identificación y sublimación.

No olvidemos que las causes de frustración en el niño son múltiples, bien por sus propias limitaciones (dependencia, inmadurez, etc), bien por la limitación y control parental, ya por

su propia autolimitación cuando ha desarrollado su conciencia e introyectada escala de valores.

Un síntoma antes de ser etiquetado como tal (A.Freud, Normality & Pathology) ha de atravesar por un filtro de consideraciones: a) el Factor constitucional, edad y sexo. b) Factores endógenos (Handicaps físicos). c) Factores exógenos (ambiente familiar). d) Factor sociocultural, ambiental. e) Factores dinámicos familiares. La presencia de uno o varios de estos factores señala la intensidad e importancia del síntoma, así como los valores pronósticos y terapéuticos.

Ante todo síntoma, aún de haber considerado la etapa del desarrollo en que se presenta, así como los factores arriba mencionados, hemos de tener presente el posible significado del mismo, y prácticamente resulta percibirlo habitualmente, como una petición de ayuda por parte del chico, ante una situación de frustración, angustia, no gratificación de sus necesidades.

No debemos de olvidar que el síntoma no es el problema, la conflictiva en sí, sino la consecuencia del mismo. En ocasiones el perjuicio "pone en juego" un síntoma como señal de alarma, de protesta ante una situación inadecuada, o como tentativa de solucionar una conflictiva no intrínsecamente personal, sino familiar,

Esta petición de ayuda, esta protesta o tentativa de resolución, rara vez es percibida en su propio significado por par-

te de los padres, quienes a menudo la interpretan de modo muy diferente.

Así pues, síntomas como la anorexia, el insomnio, vómitos, enuresis, encopresis, etc, son experimentados por los padres como un verdadero estorbo, una carga, y su solución es solo importante en función de sus propias gratificaciones narcisistas.

A veces el síntoma es utilizado como tarjeta de entrada a la consulta psiquiátrica (Leo Kanner), para en ella exponer dificultades personales o matrimoniales, y el síntoma del chico consecuencia de las mismas, y de aquí la necesidad de resolver - primoradamente las causas.

En ocasiones el niño es utilizado como "chico expiatorio", de toda conflictiva familiar, desplazando así los padres - sus propias dificultades en el pequeño, con lo que ellos no tienen necesidad de hacerle frente al problema y mantiene así su propio equilibrio.

Con cierta frecuencia observamos como un síntoma es - mantenido inconscientemente por la madre, por necesidades de ella misma. Vemos niños anémicos, fobicos, enuréticos, tímidos, etc, en los que la actitud de sus mayores perpetua la problemática a todo precio.

Muy a considerar en toda historia, cuando, los padres

dan cuenta del motivo de consulta y del funcionamiento global del pequeño, es el delimitar el área, el sector de expresión del síntoma, en cuanto ello nos apercibe de la gravedad y pronóstico del mismo. Así pues vamos casos en los que el síntoma se circunscribe al niño mismo, a su propio organismo, autocosmico, como son los - síntomas sicosomáticos, los trastornos de los hábitos, etc.

Otras veces, las manifestaciones son algo más amplias microcosmicas, reflejándose la conflictiva solo en el medio familiar (caídas, reacciones de adaptación, etc.). Y por último el síntoma puede dispersarse, hacerse macrocosmico, y expresarse en todas las áreas de la vida del niño: vida familiar, social, académica, etc.

D.- Semiología:

El niño puede presentar, a diferencia del adulto, un gran número de síntomas que afecten a diversas parcelas de su funcionamiento. De forma abreviada expondremos a continuación los - sectores más frecuentemente afectados.

- a. Problemas de alimentación: anorexia, pica, vómitos, etc.
- b. Problemas del sueño: insomnio, terrores, pesadillas, etc.
- c. Problemas de lenguaje: afasia, tartamudez, mutismo etc.
- d. Problemas del funcionamiento motorico.
- e. Problemas de manipulación corporal.

- f. Problemas académicos.
- g. Problemas de eliminación.
- h. Problemas de conducta sexual.
- i. Problemas de expresión emocional.
- j. Problemas de conducta.
- K. Problemas psicosomáticos.
- l. Problemas de relaciones interpersonales.
- m. Problemas de personalidad.

E.- Categorías diagnósticas:

Tras haber expuesto la variedad de psicopatología infantil, vamos a señalar las categorías diagnósticas más frecuentemente utilizadas, pero sin olvidar que en el campo psiquiátrico, el diagnóstico no refleja a menudo toda la conflictiva y manifestaciones sintomáticas del paciente. Veamos pues la clasificación expuesta por Chess & Pearson y aceptada por la A.P.A., efectuada desde el punto de vista clínico.

a. Normalidad: Entendiendo por tal, al niño que se lleva prudencialmente bien con sus padres, hermanos y amigos; da pocas muestras manifiestas de perturbaciones de conducta; emplea adecuadamente su potencial intelectual, y está satisfecho durante una porción razonable de su tiempo.

b. Trastornos orgánicos Cerebrales: Afectación del S.N.C., con repercusión anómala en los sectores de la motilidad, atención, concentración, conducta, efectividad, labilidad emocional.

nal, percepción y juicio.

c. Deficiencia Mental: En sus grados de Torpeza, Deficiencia Ligera, Moderada y Profunda.

d. Trastornos Psicosomáticos: o Reacción Psicofisiológica: Enuresis, encopresis, cerna, obesidad, etc.

e. Trastornos de la Conducta: Descobediencia, testarduz, negativismo, agresividad, destructividad, incapacidad de compartir, de adaptarse a las reglas, intolerancia a la frustración, etc. Tienen habitualmente un carácter reactivo, circunscrito a un sector (familia, colegio, etc), falto de continuidad, influenciable por el medio, y su causa suele ser observable. También se le denomina Reacción de Adaptación.

f. Trastornos de los Hábitos: sueño, alimentación, higiene, eliminación. Igualas características que el apartado anterior. En niños puerinos.

g. Trastornos Neuróticos de la Conducta: Tienen un carácter reactivo, observables sus causas y aún presente las mismas. Pero el comportamiento es diseminado, no circunscrito, aún en circunstancias favorables. Su conducta inadecuada interfiere con su vida.

h. Desorden Neurótico del Carácter: Un paso más avanzado que los anteriores. Implica fijación, rigidez, continuidad

inhibición de identificación. Síntesis entre el comportamiento y las emociones, ideas y actitudes. La manipulación ambiental no da resultados, la actitud es ego-sintónica. La causa no es observable. Puede ser origen de trastornos de personalidad.

j. Trastornos de Personalidad: Inadecuada, esquizoide, ciclotímica, paranoides, inestable, pasiva-agresiva, compulsiva. Desviaciones sexuales.

j. Neurosis: Fobia, ansiedad, depresiva, obsesiva, histérica.

k. Psicosis.

l. Personalidad Psicopática. Pobres relaciones interpersonales, falta de efecto, de simpatía, lealtad, credo y amistad.

m. Adicciones.

Resulta de interés señalar, dentro de las Neurosis Infantiles, la división establecida por Ajuriaguerre en su libro Psiquiatrie de l'Enfant. Así tenemos:

a. Interferencia Evolutiva: Todo acusado que perturbe el proceso normal del desarrollo, maduración, aprendizaje y adaptación, bien sean accidentales, familiares o culturales.

b. Conflicto del Desarrollo: Dificultades propias -

del desarrollo confrontadas con las exigencias del medio, e internalización consecuente del conflicto.

c. Conflicto Neurolítico: Perpetuación del conflicto - del desarrollo, e integrado a la estructura de la personalidad, - originando a su vez, una respuesta adaptativa.

d. Y por último las Neurosis Clásicas Infantiles.

Con respecto a las Psicosis Infantiles, creemos de - interés señalar la clasificación establecida por Leon Eisenberg - (Horwitz).

A. Psicosis Orgánicas: P. asociadas a una lesión cerebral conocida.

B. Psicosis Psicogénas: P. sin lesión cerebral conocida:

a. Psicosis Autistas; Autismo Infantil de Kanner:
P. Simbiótica de M. Mahler.

b. Esquizofrenia: simple, paranoide, indiferenciada.

c. Psicosis asociadas a un fallo en el proceso de maduración:

1. Niño Atípico de Beata Rank.

2. Psicosis Infantil de Szurek.
 3. Escuizofrénia Infantil de L. Bender.
 4. Pprophebefrenia de Weygandt.
- d. Psicosis Maníaco Depresiva.
- e. Folie à Deux.
- f. Trouble ou Dissermentie du Moi.

TEORIAS DEL DESARROLLO

Creemos muy conveniente, antes de comentar el apartado Psicopatología Infantil, hacer un breve resumen de las distintas Teorías del Desarrollo, a fin de que conociendo estas, la identificación del problema del niño nos resulte más fácil en los distintos estados de su evolución.

El desarrollo de todo organismo lleva implícito la existencia de un cambio tanto en cuanto aquél se efectúa gracias a un proceso de diferenciación y madurección. A su vez, el operador - cambio facilita una adaptación al medio, sea éste interno o externo, que una vez conseguido alcanza el digamos título de integración. El punto más importante del desarrollo es que este se efectúe de forma armónica, consiguiendo una unidad en su continuidad, y tiende en todo momento a la integración en su propio medio:

Autores y escuelas presentan teorías distintas sobre el desarrollo en cuanto valoran a este atendiendo parámetros distintos, pero todos pueden considerarse íntimamente ligados, como si fueran ruedas dentadas, todas en movimiento y dependiendo íntimamente una de otra en su funcionalidad. Una teoría no descarta la siguiente, sino que coexiste, a la vez que le proporciona fuerza en su evolución.

Hay teorías que enfocan el desarrollo del niño desde el

punto de vista emocional, como son las de Freud, Erikson, K. Horney, C. Jung, C. Rank, etc. Otras tomas como punto de partida la percepción adquisitivo-intelectual, siendo Piaget el máximo representante de esta escuela. Otras tomas la perspectiva de la motivación, y entre ellos nos encontramos a Seara, C.H. Newer, etc. Otros autores presentan sus teorías atendiendo a aspectos más específicos del desarrollo, mencionando citarse a Kurt Lewin, H.S. Sullivan, A. Baldwin, R. Murphy, etc., pero no vamos a entrar en la descripción de las mismas en cuanto no aportaría nada positivo al trabajo fundamental que nos ocupa.

De forma esquemática y sinóptica, sin entrar en aclaraciones específicas, pasemos a señalar las teorías que forman parte del armamentarium del autor.

A.- E. ERIKSON: Social

Describe el proceso psicosocial del niño, la función adaptativa del Yo, considera al niño dentro de su contexto familiar y social, y señala la importancia de la feliz resolución de cada una de las fases del desarrollo. El juego y su importancia (inconsciente).

1^a fase: Adquisición del sentido de Confianza básica-va.- Desconfianza. Fase Oral-Respiratoria-Sensorial. Función incorporativa...frustración...gratificación.

2^a fase: Adquisición del sentido de Autonomía-vs-Dua-

da y Vergüenza. Fase Anal-Uretral y Muscular. Autoconfianza. Propio control sin perdida de la propia estima. Impulsos, deseos, motilidad y curiosidad. De los 18 meses a los 4 años.

2^a fase: Adquisición del sentido de Iniciativa-vs-Culpa
Fase Infantil-Genital-Locomotriz. De los 3 a 6 años.

4^a fase: Adquisición del sentido de Industrial-vs-Inferioridad. Experimentación, curiosidad, competición, asociación. De los 7 a los 11 años.

5^a fase: Adquisición del sentido de Identidad-vs-Difusión. Perspectivas ideológicas, liderato, preocupación sexual, identificación grupal. Durante pubertad.

6^a fase: De Intimidad y Solidaridad-vs-Aislamiento. Competición y cooperación. Genitalidad.

7^a fase: De Productividad y Egoísmo.

8^a Fase de Integridad-Experiencia-vs-Desesperación.

B.- R, SPITZ: Objetal

- Primer organizador... respuesta de la sonrisa.
- Segundo organizador... angustia del 8º mes.
- Tercer organizador... la respuesta NO.

- Estado pre-ojetel: descargas tensionales de origen somático. Sólo responde a un estímulo exterior si este está en función de una percepción interior. Reconoce su hambre y el acto de mamar (placer) pero no reconoce el seno materno ni el biberón. Es el segundo mes de la vida.
- Estado del objeto precursor: entre los 3 y 6 meses . Reconoce la cara de la madre, la sonrisa. Entre los 6 y 8 meses ya es capaz de diferenciar a la madre de un extraño.
- Estado del objeto libidinal: entre los 8 y 10 meses. Angustia ante los extraños. Desplacer cuando la madre se va. El objeto es la madre.

C.- J. PIAGET: Intelectual

1^a fase: Sensorio-motórica. De cero a dos años.Tendencias intuitivas, reacciones reflejas que originan un esquema - de acción: asimilación, acomodación, reacciones circulares, objetivación del mundo exterior. Estructura cognitiva elemental.

2^a fase: Preconceptual. de dos a cuatro años. Pensamiento concreto. Juego, imitación, lenguaje.

3^a fase: Pensamiento Intuitivo. De tres a siete años. Egocentrismo, subjetivismo, una sola variable social función simbólica.

4^a fase: Operaciones concretas. de siete a once años

Ordena y organiza secuencialmente. Considera puntos de vista, saca conclusiones. Objetividad, espacialidad, causalidad.

5^a fase: Operaciones formales. De once a quince años.
De un mundo primitivamente físico y a través de un contexto social el individuo llega al mundo ideacional.

D.- H. WALLON: Emocional

- Estado impulsivo puro; respuesta al estímulo.
- Estado emocional y de la simbiosis afectiva.
- Estado sensitivo motor. Palabra y marcha. Entre los 18 y 24 meses. Actividad simbólica: representación del objeto, sin significado verbal.
- Estado proyectiva. Conoce el objeto por la acción sobre él.
- Estado del personalismo. Reconoce su personalidad como independiente de la situación y de los otros. Conoce el NO. Entre los 24 y 36 meses.
- Estado de adolescencia. El poder y el deber.

E.- R.B. NIELSEN: Social

- Estado no-social. De cero a tres años. Falta de diferenciación entre él y la sociedad.
- Estado de egocentrismo. De tres a siete años. Toma conciencia de sí y descubre al otro. De jugar solo a hacerlo con

los demás.

- Estado de exploración de factores sociales. De ocho a catorce años. Deseo de comunicarse con los demás. Adaptación al medio social.

- Estado de organización consciente de las relaciones sociales.

F.- L. SPARS: Motivacional.

1^a fase: De comportamiento rudimentario basado en las necesidades básicas y primer aprendizaje del infante.

2^a fase: De un sistema motivacional secundario, basado en el aprendizaje en el seno familiar.

3^a fase: de sistemas motivacionales secundarios, basados en el aprendizaje fuera de la familia.

Para Revisar los Sistemas Motivacionales son:

- Dependencia, alimentación, higiene, sexo y agresión.
- Concede particular importancia en el desarrollo a los procesos de Identificación, juego, mobilitad, razón y concienciación.
- Concede importancia particular a factores sociales: status de los padres, sexo, posición ordinalfamiliar, educación y herencia cultural.

G.- S. FREUD: Psicosexual.

1^a fase: Oral, de cero a 18 meses. Todo lo referente a

la satisfacción o desatisfacción oral: llanto, alimentación, beber, chupar, vomitar, mastigar, etc.

2^a fase: Anal. De los 12 a 36 meses. Todo lo relacionado con la defecación: retención y eliminación.

3^a fase: Fálica. de 3 a 6 años. Descubrimiento del sexo y clitoris. Ansiedad de castigo. Complejo de Edipo.

4^a fase: Latente. de 6 a 12 años.

Ruboridad y Medicina.

Ediciones en una y otra etapa definen a cierto tipo de características de la personalidad ulterior en el individuo.

- Carácter Oral-Recipiente: Reciendo del mundo, actitud amigable, generosa, exceso de confianza, todo saldrá bien para él sin esfuerzo particular; actitud pasiva, fume, habla, bebe. Se da prima con facilidad.

- Carácter Oral-Seductor: Agresivo, explotador, envidia, rivalidad, rechazo, darebho a todo, odio, etc.

- Carácter Anal-Radiante: Hecho gran importancia. Control, dominio, productividad, creatividad, expresividad.

- Carácter Anal-Retencionista: Posesivo, ambicioso egocéntrico, escaperador, habil, obstinado, limpio, meticoloso.

- Temor de Gastroscón. Envidia del perro.

DINAMICA FAMILIAR

Si importante resultan las teorías del Desarrollo en función de un justo conocimiento y valoración de la situación del niño, pudiendo a su vez detectar cuáles factor o factores han interceptado su armónico desarrollo e integración, no lo es menos una adecuada percepción de la Dinámica Familiar, tanto en cuanto es el caldo de cultivo donde el pequeño experimenta, aprende, crece y se desarrolla.

La Psicoterapia Familiar está alcanzando en nuestros tiempos un merecido auge, lo que presupone un reconocimiento de la indivisibilidad del niño de su contexto familiar, a la vez que la identificación de factores sociales, ambientales, culturales, laborales, económicos, etc. como participantes, positiva o negativamente, en la psicopatología del individuo, sea este niño o adulto.

En la actualidad, autores como Ackerman, Fleker, Kempton, Friedman, Jackson, etc., han dedicado sus esfuerzos a poner de manifiesto la conflictiva familiar, su influencia en el niño, así como el modo de detectar y posteriormente aliviar dicha conflictiva.

Ackerman, de forma simplista y profunda, orienta como valorar al individuo dentro de su contexto familiar.

Según él, hay que formularse las siguientes preguntas:

- Qué necesita ?
- Qué hace para conseguirlo ?
- Qué está dispuesto a dar a cambio ?
- Cómo reacciona si no lo consigue ?
- Cómo reacciona ante las necesidades de los demás ?

En toda historia clínica familiar se han de recoger una serie de datos que nos van a servir para identificar el sector conflictivo, su génesis, y las probabilidades terapéuticas para la familia como unidad. Amén de la información clásica, que no es caso exponerla una vez más, por lo conocida, si vamos a señalar las observaciones pertinentes en función de la dinámica familiar:

- Motivos conscientes e inconscientes matrimoniales - (pasividad, dominio, dependencia, etc.).
- Roles presupuestados de cada miembro y roles reales de competencias.
- Actitudes transferenciales.
- Puntos de convergencia y divergencia. Capacidades adaptativas.
- Frustración, tipos de reacción y sistemas de compensación.
- Fases previas de descompensación y sus modos de expresión.

Dentro de la patología familiar también podemos hacer una clasificación diagnóstica, que enunciamos brevemente, sin elaboración específica:

- Desordenes psiquiátricos manifiestos.
- Trastornos de la inteligencia.
- Modelos inadecuados.
- Familias prolongadas.
- Excesiva introversión o extroversión.
- Escisión afectiva.
- Comunicación defectuosa.
- Aberraciones aprendidas.

Toda esta patología puede darse aislada o junto a otras categorías diagnósticas. Presentarse como conflicto leve o severo, y lógicamente conllevando un pronóstico particular en cada caso.

MATERIAL DINAMICO Y ESTADISTICO

CAPITULO V

MOTIVOS DE REFERENCIA.

Nos vamos a referir en este apartado a las causas de - por que el pediatra decide enviar o no a su enfermito a la consulta psiquiatrica a fin de detectar o aliviar tal o cual psicopatología.

El Pediatra refiere a un pequeño al Servicio de Psiquiatría Infantil, habitualmente como respuesta a dos variables. La primera de estas, se refiere al conocimiento que él tiene de dicha especialidad, el campo que abarca y la eficacia de sus sistemas terapéuticos. Así pues, y curiosamente, en los principios de funcionamiento de este Hospital, los pediatras del mismo, poco familiarizados con la psicopatología infantil, referían a los chicos casi exclusivamente para valoración de sus cocientes intelectuales.

Atravesada esta etapa, y con una orientación clasicista, referían la mayoría de los Síndromes Orgánicos Cerebrales, no ya solo con fines psicométricos, sino también para saber como comportar sus Trastornos de Conducta. Prosiguiendo la evolución - natural, y tras haber sido más informados por medio de charlas y Dursillos, los Trastornos psicosomáticos entran en escena.

Y por último, lo que consideramos un aceptable nivel de referencia, envían todo aquello que les parece un poco "raro" incomprendible, así como los conflictos familiares que evidencian

en sus entrevistas con los padres.

La segunda causa de referencia la vemos íntimamente ligada a la personalidad del pediatra, consecuente apreciación del problema, y sentimientos que en él se despiertan el respecto.

Si hiciésemos una clasificación hipotética de los sentimientos catalizadores o precipitantes de las referencias, posiblemente nos encontrariamos con lo siguiente: a) Nativos profesionales justificadas, es decir, la patología del paciente es realmente tributaria de una valoración psiquiátrica. b) Cierta tipo de curiosidad: en este grupo entran los hijos de madres solteras, niños abandonados, maltratados, conflictiva familiar extrema, etc. c) Rechazo: ante pacientes conflictivos, de difícil diagnóstico, que no responden al tratamiento, etc. Sin duda este tipo de pacientes efectúan todo el narcisismo profesional, y lógicamente, a nivel inconsciente se trata de "traspasarlos". d) Sentido: habitualmente, frente a padres contestarios, exigentes, desconfiados, agresivos, etc, se les traease al psiquiatre para que conciencien su postura inadecuada y se conduzcan adecuadamente. e) Temor o desprecio hacia el niño o su conflictivo. En estos casos nos encontramos con chicos particularmente agresivos, problemática sexual, depresiones profundas, etc, ante los cuales el pediatra se siente particularmente incómodo.

Por el contrario y con cierta frecuencia, no nos explicamos el hecho de que tal o cual niño no sea referido a nuestro Servicio, -

cuando existe una psicopatología digne de tal referencia, de la que tenemos conocimiento accidental o indirectamente.

Existen colegas, pocos por suerte, que de forma casi - inoxidable, no consultan este Servicio de Psiquiatría, ni tampoco a otros Servicios extrahospitalarios. Sus actitudes son fácilmente reconocibles, en cuanto ellas las verbalizan abiertamente. Se dan dos situaciones extremas. Una primera de ignorancia en todo lo referente a la psicología del niño, y negación de la psiquiatría como una rama más de la Medicina, con sus posibilidades y limitaciones. Y una segunda actitud, de omnipotencia profesional, de la que deriva unos poderes especiales para resolver todo conflictiva que le planteen sus enfermitos. Sin duda nos abstendremos de "interpretar" dicha postura de omnipotencia.

ACTITUD PARENTAL A LA CONSULTA PSICOTERAPÉUTICA

Los comentarios expuestos en el apartado Motivos de Referencia tal vez sean un análisis retrospectivo de situaciones que son empleas y repetidamente comentadas por los padres en su primer contacto con nuestro Servicio. Si veinte matrimonios hacen el mismo comentario acerca de un determinado colegio, creemos congruente pensar que estos padres "llevan razón". Las posturas con las que más frecuentemente nos encontramos son las siguientes:

a. Una actitud positiva de comprensión y esperanza de que nuestros Servicios faciliten el alivio del conflicto existente. En estos casos, por lo general, los padres vienen perfectamente informados de la finalidad, motivos y posibilidades, por el médico que los refiere.

b. Por el contrario, en ocasiones, la actitud de los padres es de absoluta sorpresa y perplejidad, ignorantes del por qué de la referencia.

c. A veces adoptan posturas de temor, cautela, pasividad y sometimiento, a una exploración que no les ha sido suficientementeclarificada, con una angustia evidente.

d. Se nos dan también el caso esperadíco de indignación a ultranza, negativismo y resistencia, con frases como "mi hijo no está loco", "por que han mandado a mi hijo aquí", etc.

e. Y paradójicamente el caso de " por fin llegamos aquí" "llevó un año pidiéndole a mi médico que envie a mi hijo a un Psi quietra y me contestaba que eran imaginaciones mías", Habitualmente la madre estaba en lo cierto, no eran imaginaciones suyas, el chico necesitaba asistencia.

En suma toda una variedad de actitudes, muy influenciadas por la forma y la persona que refiere, pero que en general tienen un carácter de positividad que va en aumento de día en día.

ACTITUDES HACIA LA EDUCACION DE LOS HIJOS

En la primera entrevista, enfrascados en el proceso - diagnóstico, y una vez aclarado el problema actual del pequeño, siempre investigamos el funcionamiento del niño en todos los sectores de su vida, en íntima relación con la educación que recibe, es decir, las enseñanzas y actitudes de los padres hacia él.

Así pues, nos encontramos con una serie de actitudes - personales, y otras derivadas de concepciones culturales, sociales, económicas, etc., que a mi parecer son importantes a tener en cuenta, no ya solo en función de la psicopatología que nos ocupe, sino también para la formación, desarrollo y evolución, que en su día han de aportar sus propios valores a la sociedad a la que pertenecen. Analizaremos someramente algunas de estas actitudes, que dichas sea de paso, se van escasamente modificadas por el estrato socio-cultural de los padres.

a. En Materia de Alimentación, en nuestra experiencia, en un porcentaje del 75% la única preocupación de la madre es la de que el hijo coma y esté gordo. No importa demasiado que el chico tenga hambre o no, pero que coma. El dejar de comer un día es vivenciado casi como un peligro de muerte. El niño ha de comer para que la madre esté satisfecha, y reafirme su calidad de buena - madre mostrando a un chiquitín de buen peso ante los demás. La actitud lógicamente plantea conflictos, que se perpetúan hasta los

echo, diez años de edad, o incluso hasta la pubertad.

b. En el sector de la Eliminación, la orina es bastante bien tolerada. La enuresis nocturna preocupa por encima de los siete años, tanto en cuanto el uso de pañales amortigua las reacciones molestas que aquella podría ocasionar. La enuresis diurna, por el contrario, preocupa considerablemente por encima de los dos años de edad.

Con respecto a los heces la conflictiva es más acentuada, y se persigue un absoluto control en el menor tiempo posible. Son numerosas las madres que inicien el entrenamiento del bebe - por debajo de los seis meses de edad, y un porcentaje del 50% por debajo del año. La encopresis es una problemática difícilmente tolerada, incomprendida, frente a la que se utilizan duras sanciones reprobatorias.

c. El sueño preocupa por lo general, poco, siempre y cuando, clero esté, el niño no moleste durante la noche. Las necesidades de descanso fijas a las distintas edades, es habitualmente ignorada. La tendencia constante de los padres, anterior a la edad escolar, es sumamente arbitraria, y muy en función de la comprensión de los padres.

El dormitorio de los pequeños, hecho pasado los dos años, es habitualmente el nido de los padres, viéndose desplazado del nido en caso de la llegada de un hermanito. En casos de

hijo único, suelen permanecer con los padres hasta los cinco o seis años de edad.

d. La Autocuflficiencia es un sector, que si no ignorado, es muy adecuadamente valorado. Que la madre a la teta, vista, despiude, lava, baña, chupeche, de de orinar, despierte, acueste, etc., es un quehacer que se escucha sesión tras sesión, sin que los padres perciban la importancia de todo ello y sus repercusiones futuras en la personalidad del pequeño, al que arrastran a una dependencia y pasividad muy distante de las exigencias posteriores de la vida.

e. La Participación en las labores del hogar resulta un sector descriptivo. En nuestra cultura está encamionada la madre, — con escasa o nula participación del padre. A los pequeños se les ofrece una participación a nivel de hotel, no concienciándose que el trabajo en el hogar es una labor en la que la familia, como unidad, debe participar proporcional, pero integralmente.

f. Las etapas del Desarrollo Psicomotor son valoradas comparativamente, y no por un conocimiento más o menos adecuado — de cuales deben ser las adquisiciones y logros del niño a tal o cual edad. Un vecinito cualquiera puede servir como punto de referencia, con el riesgo consecuente a un balance positivo o negativo inadecuado. La marcha preocupa más que el lenguaje, para el — que se muestra una tolerancia muy particular hasta los tres o cuatro años. Los defectos de pronunciación son aceptados sin gran in-

conveniente hasta el momento de la censura social o académica.

g. La Sexualidad merece pocos comentarios tanto en cuan-
to son sobradamente conocidas las actitudes a este respecto. A la
cigüeña se la ve abandonando paulatinamente, pero en lo referente
al parto, impregnación, nombres de los órganos sexuales, coito, -
masturbación, menstruación, etc, el niño y el adolescente siguen
recibiendo la mayoría de la información en la calle y por fortuna
últimamente en los colegios. Tocarse, exhibirse, curiosear, jugar
a los médicos, etc, sigue siendo taboo para muchos padres.

h. La Disciplina parental se fundamenta en un buen -
porcentaje de ocasiones, en una limitación por medio del castigo
físico acompañado de sentimientos negativos de rechazo, repulsa,
etc. Al castigo se le añade una cantidad desproporcionada de tiem-
po a fin de hacerlo más notorio, con la consecuente angustia y -
confusión por parte del pecado. Parece que la imagen de "verdugo"
tras la expresión de "cuando venga papá", va perdiendo vigencia.

i. La Interacción Familiar parece haber aumentado os-
tentablemente, pero de forma poco congruente. Si bien por un la-
do, los fines de semana, la familia permanece bastante unida, y
hay una corriente social que empuja a pesarla fuera de la ciudad,
el resto de la semana, la imagen del padre está prácticamente au-
sente, llegando al hogar a horas en que no hay posibilidad de un
adecuado intercambio afectivo con los hijos.

j. La Relación Fraternal no se enfoca adecuadamente, - siendo numerosos los casos que nos encontramos de celos patológicos que perturban seriamente la evolución de los pequeños. Se tiende a una valoración por medio de la comparación con el otro. Esta problemática es difícilmente identificada por los padres, que no perciben las consecuencias de sus sistemas de estímulo y motivación, comparativos y catastróficas.

1. La Escolaridad, si bien va acompañada de una angustia notable e consecuencia de los nuevos sistemas de enseñanza e incertidumbre académicas futuras, se enfoca bajo el prisma de un rendimiento actual e inmediato, y no como un proceso de formación longitudinal y progresivo. Al colegio se le sigue percibiendo como un centro de formación académica y no como centro de formación del individuo. El cariño del niño por el colegio es poco impulsado. Las notas de las evaluaciones, trádueren en el hogar un sentido de juicio final.

m. El Juego, si bien empieza a percibirse como parte vital en el desarrollo del niño, y base del trabajo futuro, sigue sin ser programado por los padres. Igualmente, en el sector de los juguetes, los automáticos, vistosos, electrónicos, etc, compiten despareadamente con aquellos más formativos en los que la participación del pequeño se requiere. La televisión es un sector utilizado por muchos padres a fin de desprendérse de sus chicos.

Otros puntos englobados en la dinámica familiar y con-

secuentes a las actitudes de los padres podrían ser comentados, - pero los ya expuestos dan una idea de las deficiencias culturales de la familia que repercuten directa y negativamente de la formación de los hijos, y que sin duda son tributarios de un esfuerzo por parte de todos para que sean subsanadas con la máxima rapidez. Las repercusiones de las citadas actitudes, no son comentadas en cuanto no son motivo de este escrito.

RELACION ESTADISTICA Y COMENTARIOS

NUMERO DE NIÑOS REFERIDOS AL SERVICIO 1.805

DISTRIBUCION POR SEXO Varones 817
..... Hombres 566

PROCEDENCIA Sevilla capital 616
..... Sevilla provincia 654
..... Regionales 115

DISTRIBUCION POR EDADES

De cero a dos años 150
De dos a cuatro años 413
De cuatro a seis años 414
De seis a ocho años 346
Más de ocho años 62

NUMERO DE NIÑOS PRESENTADOS A EVALUACION 1.160

NUMERO DE NIÑOS NO PRESENTADOS 225

NUMERO DE NIÑOS PRESENTADOS A REVISIÓN 1.098

NUMERO DE NIÑOS NO PRESENTADOS 300

NUMERO DE HISTORIAS FAUTITARES REALIZADAS 467

NUMERO DE NIÑOS TRATADOS	865
NUMERO DE FAMILIAS TRATADAS	816
PROBLEMA DE REFERENCIAS POR CASO	5
NUMERO DE E.E.B. SOLICITADOS	415
NUMERO DE BATERIA DE TESTS SUMINISTRADOS	837

DETALLE POR MOTIVO DE REFERENCIA

NIÑOS REFERIDOS PARA ESTUDIO PSICOPATICO 329

Durante el primer año de existencia del Servicio esta era la causa más frecuente de referencia, alcanzado hasta un 28% del total. Progresivamente el pediatra ha ido considerando otra psicopatología infantil, y la citada causa no alcanza en la actualidad más de un 25%.

NIÑOS REFERIDOS PARA ESTUDIO (INESPECIFICO) 92

Curiosamente este apartado siguió una trayectoria inversa al anterior. El pediatra percibe anomalías en el niño o en la familia, poco definidas para él, y con una actitud profiláctica los envía para un estudio general.

NUMERO DE NIÑOS POR TRASTORNOS DE CONDUCTA..... 223

NUMERO DE NIÑOS POR TRASTORNOS DEL CARÁCTER..... 48

El Pediatra en pocas ocasiones diferencia entre conducta y carácter en el momento de la referencia, sintiendo la necesidad de referencia en función de las quejas maternas sobre el pequeño, y rara vez se adentra en la dinámica familiar - que pueden explicar dichos trastornos, con frecuencia relatives al medio.

NUMERO DE NIÑOS POR TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE 17

Excepcional que el pediatra considere una deficitaria vida académica como causa justificada - para una evaluación psicológica de un pequeño; parece como si el hecho de ir mal en el colegio en los primeros años de escolaridad, sea algo - "normal" o "transitorio". El número de niños referidos fue consecuencia de un Cursillo sobre - Trastornos del Aprendizaje celebrado por este - Servicio.

NUMERO DE NIÑOS POR TRASTORNOS DE LOS HABITOS..... 233

Por trastornos de la Alimentación 59

Se recurre a la referencia por agotamiento ante las quejas de la madre y fallo terapéutico tras la administración de todo tipo de reconstituyentes. Los factores culturales juegan un importantísimo papel en este sector.

Por Encuresis 45

Por referencia si la madre lo solicita directa o indirectamente. Muy o poca atención en niños por debajo de los seis años, al iniciarse la escolaridad. La frase de que es pequeño y ya se le pasará, resulta frecuente. La tolerancia suele estar en relación inversa al estrato socio-cultural.

Por Encopresis 27

No hay dudas en su referencia por encima de los cuatro años, si bien, tras haber atravesado toda suerte de exploraciones.

Por Trastornos del Sueño 23

Se le dan poca importancia en lo referente al sueño, descanso y actividades del niño, a pesar de sus amplias repercusiones. Se intenta de entrada el control químico, sin intentar una valoración global de la situación.

Por Estrafamiento 6

Alarma fácilmente a los padres y al pediatra.

Provoca toda suerte de exploraciones médicas, dietas y medicaciones. El posible conflicto - psicológico subyacente rara vez se considere.

Por llanto 7

En niños por debajo, de los dos años se trata de remediar quirúnicamente. Por encima de los dos se recurre al castigo. Posteriormente se relaciona con una personalidad deficitaria. Rara vez se investigan sus causas y soluciones dinámicas.

Por manipulación corporal 6

La masturbación alarma exageradamente a los padres, y con frecuencia al pediatra. Es considerado como una actividad sexual, aún en los niños muy pequeños. En las hembras es aún peor tolerado.

NUMERO DE NIÑOS POR TRASTORNO DEL LENGUAJE 60

Muy ocasionalmente valorado en niños por debajo de los cuatro años. El "ya hablaré" es una sentencia demasiado frecuente, sin más investigaciones. La escolaridad precipita la consulta. Se asocia con posibilidad de subnormalidad.

NUMERO DE NIÑOS POR TRASTORNOS PSICOSOMATICOS..... 234

En general se llega a la referencia tras haber agotado todo suerte de exploraciones, siendo la evaluación psicológica del pequeño

un último cartucho a utilizar. Los diagnósticos dinámicos precisos, y el éxito scusado en un alto porcentaje de casos, ha venido a modificar este actitud inicial del pediatra. Los factores culturales con una fuerte barra en el proceso terapéutico, si bien superable si explicado adecuadamente.

- Dolores abdominales	120
- Vómitos	50
- Aaña	43
- Cefaleas	12
- Obesidad	5
- Alopecia	4
- Disfagia	1
- Parálisis	1

NUMERO DE NIÑOS POR MOTIVOS MÁS O MENOS FREQUENTES 80

En todo este escrito de síntesis o cuadros por lo general el pediatra percibe desde el comienzo la necesidad de una colaboración por parte del psicólogo, e incluso que el caso sea llevado completamente por este.

- Convulsiones	26
- Epilepsia	16
- Tics	8
- Intoxicaciones	9
- Idiopat.	6
- Crisis de Asfixia	2
- Alucinaciones	1
- Asfixia, muerte	2
- Crisis histéricas	3
- Pines	2
- Psicosis	2
- Diabetes	1
- Trastornos	3
- Zurdes	2
MÚLTIPLO DE CASOS PARA ESTUDIO FAMILIAR	51

En porcentajes muy limitados el pediatra refiere a una familia para estudio, en tanto de sospechas fundamentadas de maltrato, denuncia oportiva de los hijos, etc., o contacto abierto por parte de la madre sobre una patología familiar importante (alcoholismo, abuso, perversión, abandono, etc), si bien a los padres la referencia, muy adecuadamente.

te, la nota en función de la patología que presente el paciente en estudio.

- Deprivación afectiva	8
- Melancolia	2
- Síntomas patológicos	6
- Estudio, investigación	18
- Sobreinterpretación patológica	9
- Cuadro depresivo en padres	8

RELACION ESTADISTICA DE DIAGNOSTICOS

- SINDROMES DE DISFUNCIÓN CEREBRAL	96
- SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES	120
- DENTRO DE LA NORMALIDAD	113
- TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA	327
- Torpeza	62
- Inteligencia Lenta	26
- Deficiencia Ligera	69
- Deficiencia Moderada	115
- Deficiencia Profunda	36
- Pseudodebilidad	15
- Inteligencia Superior	3
- TRASTORNOS DE LOS HABITS	242
- De la alimentación	72
- Enuresis	71
- Encopresis	24
- Del sueño	14
- Del Lenguaje	49

- Del Llanto	11
- Manipulación corporal	1
- DESVIACIÓN SEXUAL	2
- TRASTORNO PSICOSOMÁTICO	135
- Dolor abdominal	23
- Asma	32
- Vómitos	7
- Cefaleas	7
- Alopecia	6
- Estreñimiento	7
- Obesidad	4
- COMPLEJO NEUROTÍCO O NEUROTIIZANTE	494
- Celos patológicos	109
- Sobreprotección patológica	103
- Trastornos de conducta	211
- Fobia Escolar	13
- Reacción de adaptación, 1 ^a infancia.	22
- Reacc. de adaptación, 2 ^a infancia.	20

- Reacc. de adapta. a la Hospitaliz...	8
- Dependencia Patológica	1
- Trauma psicógeno	1
- Conflicto neurótico	6
- REACCION NEURÓTICA	113
- Reacción Depresiva.....	85
- Timidez Patológica	6
- Reacción Dissociativa	3
- Reacción de Conversión	3
- Tics	6
- Ansiedad de Separación	6
- Tartamudez	2
- Autismo	2
- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	31
- Trastornos Carenteriales	9
- Trastornos de la Personalidad	8
- Psicosis Infantiles	14
- CONFLICTOS FAMILIARES GRAVES	240
- Abandono, deprivación	97

- Disarmonía conyugal	36
- Maltretato, abuso	3
- Sobreprotección patológica	103

RELACION ESTADISTICA SOCIAL

- NUMERO DE HISTORIAS REVISADAS 1.385
- PERTENECIENTES A CLASE SOCIAL BAJA 906 ... 65%
- PERTENECIENTES A CLASE SOCIAL MEDIA 448 ... 32%
- PERTENECIENTES A CLASE SOCIAL ALTA 41 ... 3%
- NUMERO DE PADRES ANALFABETAS 282 ... 21%
- NUMERO DE PADRES ANALFAGETOS 136 ... 10%
- MEDOTOS ANTICONCEPTIVOS OTRAS QUE C/I 8%
- MADRES QUE TRABAJAN FUERA DE CASA inferior 10%
- MEDIA DE NUMERO DE HIJOS 3,14
- Edad media de madres:
 - menos de 30 años 20%
 - menos de 40 " 25%
 - menos de 50 " 5%

DESCRIPCION DE LA TECNICA Y RESULTADOS

CAPITULO VI

TECNICA DE LA PRIMERA ENTREVISTA

Como ya hemos mencionado en otro apartado de este trabajo, los pacientes llegan a este Servicio por referencia directa del pediatra, que bien pertenece a los Servicios Internos o Externos del Hospital, o bien de los Ambulatorios.

Recibida la Hoja de Consulta, en la que se especifican los motivos de la misma, se señala a los padres día y hora exacta que han de venir, por escrito, a fin de evitar confusiones. El tiempo de espera entre la solicitud y la primera entrevista, oscila entre los dos y cuatro meses, si bien ha habido épocas en que los padres han tenido que esperar hasta seis meses.

En los primeros tiempos de nuestro funcionamiento, los padres llegaban a la consulta con mucha antelación, con la esperanza de que se les visse antes; al comprobar que este adelanto de horario no se producía, en la actualidad acuden a la hora señalada, con lo que evitamos todo tipo de aglomeración. Dado el hecho de que muchas familias proceden de pueblos de la provincia, un retraso de media hora es aceptado, pero superpascado esto, se le vuelve a dar nueva cita.

Solicitamos en el momento de dar la cita, la presencia del padre e la niña, si bien por razones laborales, culturales o familiares, no siempre acuden presentándose. La asistencia

de la pareja a lo evaluación, siempre la consideramos un signo pronóstico favorable; sea cual fuere la patología existente.

La oficina que se utiliza es de dimensiones adecuadas. Muebles y sillas son de color, evitando así el blanco clásico hospitalario. No utilizamos bata blanca. Existe un estante con un buen número de juguetes a la vista, que el chico puede utilizar libremente desde el momento en que entra. Al pacúfio, cuando entra se le deja en total libertad, observándose así su juego, manipulaciones, nivel de desarrollo motírico, tolerancia a la frustración, etc, y en el momento en que se considere oportuno, es decir, que se le ve relajado y familiarizado, se realizan con él los tests que se consideren pertinentes de acuerdo al motivo de referencia, e historia ofrecida por los padres. Dado el ambiente establecido, rara vez nos encontramos con resistencias insalvables para realizar dichos tests.

Hacia los padres, además del aprecio y respeto que merecen, se intenta crear un ambiente y postura de alianza, limando así fantasías, prejuicios y resistencias. Su sorpresa suele ser notable al observar que nos interesamos particularmente por ellos como individuos, y todavía más sorprendente, la no aparente preocupación por el factor tiempo, que se deja transcurrir como si el día fuese para ellos en exclusiva. Las incursiones en los sectores de la vida laboral, social, relaciones matrimoniales, conducta y rendimientos de todos los miembros de la familia, etc, motivada y acelera a ambos a contar las grandes y pequeñas dificultades

de sus vidas presentes y pasadas, a confrontar opiniones, a utilizar al médico como juez y parte, o como elemento de ataque o - defensa contra el otro, a hacer preguntas a las que " nadie les ha respondido", etc., e incluso a aventurar sus propias opiniones aunque "yo no sea como Vd. ni tenga sus estudios".

Tal vez una de las barreras más notorias en el primer contacto, particularmente con la clase no privilegiada, sea el sistema de comunicación verbal, tanto en cuanto el vocabulario, sistema de construcción, nivel de abstracción y síntesis, difieren notablemente entre unos y otros. Por descuidado que no hablamos de inteligencia.

Pues bien, en ese sector, el psiquiatra necesita cuidar y vigilar su verbo, con el fin de que la comunicación se establezca en " el terreno de ellos ", y en el sea mantenida durante toda la entrevista. Resulta práctico "afenderse" el vocabulario de los padres, para que sea utilizado; formular preguntas concretas y abiertas que inviten a respuestas similares, utilizar ejemplos pero no de cosecha propia, sino aquellos que se den o puedan darse en la propia vida de los padres. Nada de abstracciones, simbolismos, interpretaciones del inconsciente, comentarios, del acto fallido, interpretaciones de defensas, comentarios sobre la sexualidad del niño, texorización del complejo de Edipo, describirles su estructura de personalidad, ni atiborrarles con una lectura sobre los derechos del niño según la O.M.S.

En suma, y repitiendo, tratar que los padres se asocien, se alíen desde el primer momento con el terapeuta, o tal vez mejor dicho, que aquellos perciban como el terapeuta se alía con ellos, que está de su parte, y dispuesto a un esfuerzo común para resolver la problemática presente, y aquella otra que pueda surgir como génesis del conflicto actual.

La primera entrevista, de una hora a hora y media de duración, termina, y por lo general se acompaña de una nueva cita, a la que traerán o no al niño, según se acuerde. Si se ha alcanzado una conclusión final, siempre se les ofrece la posibilidad de que consulten nuevamente cuando lo crean necesario, sin que para ello tengan que ser referidos nuevamente por su pediatra. La puerta siempre queda abierta, una tentativa de resolución de conflictos, que repercute en el equilibrio y felicidad del individuo.

PROCESO DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico en psiquiatría infantil, no difiere particularmente de cualquier otro que hacer diagnóstico en Medicina, pero tal vez merezca la pena señalar muy brevemente, las etapas por las que este transcurre.

Tras haber obtenido una descripción del problema actual, de la constelación familiar, nivel socio cultural, etc, se investiga el conflicto existente desde sus comienzos, evolución, intensidad y repercusiones. A continuación se exploran todas las áreas de funcionamiento del chico (desarrollo psicomotor, hábitos juegos, escolaridad, afectividad, sociabilidad, etc) para acto seguido hacer lo tanto con los demás hermanos.

Posteriormente entramos en el estudio clínico de la personalidad de los padres, con especial interés en la valoración de sus conflictos individuales, valoración de las capacidades de sus YOS, así como la resultante reflejada en la dinámica matrimonial. A estas alturas la dinámica familiar ha quedado por lo general ampliamente definida, y con ella la posible génesis del conflicto del paciente. (Respondece la Significación del Síntoma en el niño).

Los tests clínicos (Banham, Borden, Vineland, Benton, Roselli, Ravenous, G.A.T., etc), colaboran a una formulación

Diagnóstico Provisional, y en caso de que se estime necesario, — por sospechar alguna participación orgánica, se consulta con la especialidad pediatrية pertinente. A todo diagnóstico le sigue una formulación dinámica del mismo, así como una planificación terapéutica si necesario.

En el proceder diagnóstico en este ordenaria entrevista, si bien existen un buen número de preguntas que se formulan abiertamente en nuestra exploración, hay una serie de otras, no formuladas, implícitas, que con el material fisiológico, el terapeuta ha de tratar de recordarle a sí mismo. Así pues tenemos las siguientes:

¿Cuál es el inicio del problema? ¿Cuál es el síntoma? — ¿Cuál es su significado? ¿Cuál fue la causa precipitante? — Por qué mantiene el síntoma? Hasta qué punto está afectada la estructura de su personalidad? ¿Cuáles son las posibles consecuencias — si se perpetúa el conflicto? ¿Cuál es su evolución si se abandona? ¿Qué cambios dinámicos son necesarios para restablecer el equilibrio? ¿Qué tipo de intervenciones pueden producir el cambio deseado? ¿Qué posibilidades terapéuticas existen de acuerdo a la estructura parental y dinámica familiar? ¿Qué procedimiento puede resultar el más adecuado? ¿Cuál es el pronóstico en función del síntoma, del niño y de la familia? ¿Qué participación orgánica, social cultural, ambiental, etc., puede interferir con la evolución?

Contestadas in mente, sobre la marcha, del proceder — diagnóstico, equipa el terapeuta para acabar formulando y ofrecer,

un planrealista, congruente y asequible, y no aventurarse en -
metas idealistas, paradisiacas, fuera del total alcance de las
posibilidades de los padres.

No siempre en la primera entrevista se alcanza un -
diagnóstico definido, aunque habitualmente si, pero no con igual
frecuencia se consigue una formulación dinámica del mismo, en -
cuanto la dinámica matrimonial y familiar, por causas diversas,
no ha sido suficientementeclarificada. En esta situación, solici-
tamos del Asistente Social, un estudio dinámico profundo de la
familia, que nos ayude a comprender y situar en adecuada perspec-
tiva la conflictiva del niño, y consecuentemente su pronóstico y
posibilidades terapéuticas.

Una vez realizado dicho estudio se reconsidera toda la
información recogida, se formula la situación se planifican los -
pasos a seguir, y se cita nuevamente a los padres para informar-
les de nuestras consideraciones referentes al caso y ofrecerles
lo que hayamos considerado adecuado.

PRONÓSTICO

Dado que el niño es un ser estructuralmente dependiente, el pronóstico de cualquiera de las categorías diagnósticas a las que se vea adscrito, estará en función del propio niño con sus síntomas, y en segundo lugar de sus padres o atmósfera familiar que lo envuelva. Así pues vamos a señalar en función de uno y otro, los signos pronósticos favorables y desfavorables, todo en función de una indicación de Psicoterapia Breve.

Signos favorables (categorías diagnósticas) en el niño (Lester).

- a. Desarrollos fálicos agudos, de corta duración.
- b. Estados regresivos de corta duración.
- c. Inhibición de las funciones instintivas.
- d. Acting out neurótico.
- e. Desproporcionada ansiedad o culpa.

Como signos pronósticos desfavorables, tenemos:

- a. Desordenes caratteriológicos.
- b. Retraso Psicomotor.
- c. Estructura neurótica compleja.
- d. Fobias múltiples.
- e. Trastornos de la personalidad.

Signos favorables en función de la familia (Malan)

- a. El material y estructura dinámica familiar que presentan es comprensible.
- b. Un plan terapéutico adecuado puede ser formulado.
- c. Los padres son capaces de trabajar con elementos dinámicos.
- d. Hay signos de transferencia positiva, en la forma de respeto, confianza, etc.
- e. La motivación inicial para el tratamiento es mantenida durante el proceso.
- f. El terapeuta no se ve frenado por reacciones contra transferenciales, manteniéndose animado, confiado, y dentro de la alianza terapéutica.
- g. Se finaliza el tratamiento de mutuo acuerdo, dentro de un sentimiento de positividad y fealización conjunta.

En ocasiones sucede que se nos refiere para tratamiento al matrimonio directamente. En otras, la sintomatología del pequeño es tan superficial o reactiva el medio que se desenvuelve, que ha de considerarse desde un primer momento el tratamiento exclusivo de la pareja. Los índices pronósticos son derivados de las siguientes consideraciones (Courthey)

- a. Patología moderada y limitada (no dispersa) de la pareja.
- b. Aceptable fortaleza del YC, evidenciado por sus capacidades de hacer frente a la realidad y tolerancia a las frus-

traciones.

- c. Evidencia de relaciones adecuadas y satisfactorias hasta un grado aceptable.
- d. Problemática de comienzo reciente.
- e. Relaciones interpersonales razonables.
- f. Elementos narcisistas identificables.
- g. Buena motivación, deseo de cambio.
- h. Motivación continua para asistir al tratamiento.
- i. Comprensión de las interpretaciones y tentativas de cambio conscientes.
- j. La petición de ayuda parte de la misma pareja.

Como signos de pronóstico desfavorables tenemos:

- a. Narcisismo exagerado y muy estructurado.
- b. Conflicto matrimonial de larga duración y de sintomatología dispersa.
- c. Petición de ayuda con exigencias y condicionamiento.
- d. Falta de cooperación, pasividad, y resistencia ante las interpretaciones dinámicas planteadas.
- e. Evidencia de pobres relaciones interpersonales.
- f. Antagonismo manifiesto durante las entrevistas.
- g. Yo muy rígido y estructurado, poco flexible.
- h. Psicopatología severa y generalizada.
- i. Pasividad ante los motivos de referencia.
- j. Actitud exhibicionista o impositiva en las formas de comunicación.

Así pues ante una conflictiva dada, el terapeuta antes de formular un plan terapéutico ha de valorar todos los signos arriba mencionados, y conjugándolos adecuadamente, determinar si el caso en estudio, es tributario de una psicoterapia breve ya en función del paciente, o bien de los padres, o ya de la familia como unidad.

Muchas más minuciosa y adecuada sea siempre valoración de los signos crónicos, en mayor posición estaremos para orientar hacia un tipo u otro de tratamiento. Por desgracia en ocasiones, por razones múltiples, nos vemos incapacitados de ayudar a la clientela que se nos refiere.

FARMACOTERAPIA

En Psicofarmacología Infantil como en la de adultos, el terapeuta en ciertas ocasiones recurre al uso de fármacos para el alivio o resolución de ciertos síntomas. Los productos utilizados son prácticamente los mismos, si bien las dosis, lógicamente han de ser proporcionales a las edades del pequeño. Ha de señalarse el hecho de que algunas fármacos presentan en el niño una "reacción paradojica", como el bien conocido de las anfetaminas, que ejercen un efecto tranquilizante en las dosis apropiadas, en vez de estimulante.

En tanto presente, y en una concepción dinámica de los conflictos de la infancia, el terapeuta ha de evitar, aunque así sea solicitado por los padres, el control químico del niño, pues si bien esto puede dar el resultado apetecido por los padres, y pueda situar al médico en la posición de mago omnipotente, no resuelve la problemática de base del pequeño, y que en su día se hará notar en la estructura íntima de su personalidad futura.

Qué síntomas son tributarios de una aportación farmacológica? En general son pocos, pero no por ello infrecuentes. Así pues, tenemos la tensión y ansiedad que puede acompañar a cualquier tipo de conflicto. La hiperoxcitabilidad e hiperactividad. El negativismo. Las conductas agresivas e impulsividad.

Fuera de estos síntomas generales, nos encontramos con

cuadros más circunscritos, como son las reacciones depresivas, las psicosis, los síndromes orgánicos cerebrales, etc., con terapéutica más definida.

El terapeuta infantil, además de saber elegir y clasificar los preparados que maneja habitualmente, evita los compuestos, a fin de conocer el resultado exacto de su terapéutica.

Dado que el niño por su dependencia no puede hacerse cargo, responsable, de la ingestión de su medicación, para su administración el terapeuta ha de confiar plenamente en los padres, como individuos capaces de ajustarse a las directrices por el recomendadas, e igualmente si son lo suficientemente hábiles para realizar lo prescrito, tanto en cuanto, su cooperación o negligencia, juega sin duda un papel muy importante.

No olvidemos que a menudo nos vemos enfrentados a padres analfabetos, torpes, que abandonan o rechazan al pequeño, indulgentes, negligentes, etc., lo que sin duda va a quedar reflejado a la hora de suministrar tal o cual preparado.

La forma de administración es muy a considerar. Desde el niño que le encanta tomar toda suerte de comprimidos, hasta el que espumea cualquier tipo de jarabe, nos encontramos con una amplísima gama, y de aquí la necesidad de elegir la forma del preparado, no solo en función del niño, sino también de los padres.

Así pues, además de elegir el preparado adecuado, evitar la polifarmacia, y especificar muy concretamente las dosis, ha de advertirse a los padres las posibles reacciones secundarias, a fin de que consulten, no se asusten si aquellas aparecen, disminuyan la dosis si necesario, etc., pero que no adopten posturas arbitrarias al respecto. Igualmente ha de informarse de la finalidad del producto, tiempo de administración, y resultados probables, a fin de que no esperen soluciones mágicas, o que con solo la administración del preparado todo estará resuelto y su labor, dinámicamente considerada, no resulte necesaria. En los niños de edad escolar han de prevenirse los efectos secundarios que puedan interferir con la vida académica.

Los fármacos no siempre se prescriben totalmente en función de sus efectos químicos, sino que en ocasiones, el efecto psicoterapéutico del mismo es muy deseable. Así pues, se puede recetar un cerebrotonico o un polivitaminico, casi con la exclusiva finalidad de aumentar las relaciones madre-hijo. Obligar un poco a aquella a que esté más pendiente de su hijo y de sus necesidades.

A veces, un tranquilizante suave, persigue que el pequeño esté más tranquilo, que su conducta se haga más tolerable, y de este modo facilitarla que sea aceptada por sus padres, hasta ese entonces intolerantes con la hiperactividad, pongamos por caso, del pequeño.

También hay padres que tienen "necesidad de hacer algo"

y una orientación exclusivamente psicológica de la situación les resulta frustrante e incomprendible. La administración de un preparado en estos casos, da a los padres la sensación de que están tomando parte activa en la curación de su hijo.

Así pues y resumiendo, reconsiderar que el fármaco no se utilice, no se debe de utilizar, como método disciplinario para el niño. Que el fármaco por sí, siendamente, no garantiza en modo alguno la resolución del conflicto. Que en el suministro de una prescripción hay que considerar: el fármaco, los síntomas, su génesis, a los padres, el ambiente, y la actitud del terapeuta. Todos ellos, adecuadamente conjugados pueden resultar en el logro de los fines pretendidos.

PROCESO TERAPEUTICO

Dada la especial estructura de nuestro Servicio de Psicología Infantil, la enorme demanda asistencial, así como la gran escasez - de personal (un psicólogo, un asistente social y un residente), nuestros únicos medios terapéuticos, salvo en contadas excepciones, es la utilización de los padres de los niños como terapeutas de los mismos. Pero no solo por las limitaciones apuntadas, sino por la firme creencia, de que los padres en una buena mayoría de ocasiones, pueden ejercer una psicoterapia objetiva, del "acuí y seco", y a un máximo de intensidad, muy alejado de la clínica visita somal al psiquiatra.

Recordemos de nuestro apartado técnico, Psicoterapia Infantil, que la finalidad terapéutica consecuente tres objetivos fundamentales: a) aumentar la capacidad de percepción de la realidad; b) fortalecer las relaciones objetuales; c) solucionar los subjetos de fijación que dificultan el progreso del chico.

Bien bien, sobre estos tres puntos con los cuales informados y dirigidos para que el proceso tenga lugar en el seno familiar, se dicen, en el medio real o idóneo del hogar, y en el que se presentan mil ocasiones diarias para llevártelos a la práctica. Sobre este punto volvemos a tratar en el apartado de las Recomendaciones.

Todos los tratamientos actuales convencidos de que la -

primera entrevista, la denominada clínicística, tal vez sea en la que fundamentalmente se asienten todo el procedimiento terapéutico, y que el mayor paso hacia la estabilidad y mejoría tiene lugar en la misma. La capacidad del terapeuta podría medirse en función de su actuación en la primera entrevista, y más adelante señalaríamos cuáles deben ser sus características ideales para el logro de su función.

¿Cuál es la misión del terapeuta en esta primera sesión?

Recordemos que los padres, bien por propia iniciativa o por referencia, llegan a la consulta psicodéctica, casi siempre ya ven invadidos por la culpa de haber fracasado en la formación y desarrollo de su hijo. Esta culpa, consciente e inconsciente, genera el temor al castigo, a ser culpabilizados por el propio terapeuta, y de aquí la inexorable necesidad de aliviarlos de la misma, tanto en cuanto la autorreferencia va a ser efectuada proyectándose en la persona del chico, testigo de aquella.

Aliviando la culpa y temor, la ansiedad concomitante, se ve igualmente aliviada, permitiendo así a los padres una mayor libertad psíquica para el ejercicio adecuado de sus funciones como tales padres. Concretando, aliviándolos de los efectos bloqueantes de sus angustias.

Si dentro del proceso terapéutico ya iniciado, prestamos atención, tolerancia y verbalizamos a los padres sus más refe-

vantes actitudes positivas, hacia el niño, hacia la familia, haciendo las dificultades ambientales a las que han sido capaces de hacer frente harmónicamente, facilitando en ellos su autoestima, su propia valoración, tal vez perdida o enajenada, y que se transformarán fuentes de energía para la resolución del conflicto existente.

Si añadimos, realistíicamente, que la situación conflictiva actual, con el esfuerzo de todos, es susceptible de cambio - de mejora, o de resolución total, tal vez hayamos abierto una ventana a la esperanza, a la luz, una posibilidad de equilibrio y - paz, no conocidos u olvidados. Nuevas fuerzas se movilizaran para la consecución de una meta ya existente a pocos pasos.

Si durante nuestro proceder, los padres perciben, sin palabras, nuestro respeto por ellos, nuestra aceptación de sus - personas, si se han visto librados del temor al rechazo y la culpabilización, entrarán fácilmente en un espíritu de alianza (terapéutica), una transmisión positiva, una motivación compartida, que nos facilitará considerablemente nuestro proceder.

Vemos pues tras lo expuesto, que la personalidad del terapeuta, puesta en juego en la relación con los padres, así como sus actitudes y movilización de cuento positivo puede haber, juega un papel fundamentalísimo en el proceso terapéutico desde - el momento mismo en que se entra en contacto.

Pasamos ahora a un hipotético segundo punto en el que venimos a describir el proceso dinámico de esta primera y fundamental entrevista diagnóstica. Una vez recogida la suficiente información para hacernos una idea global del caso y de los elementos y circunstancias motivantes del conflicto actual, el terapeuta pasa a:

a. Re verbalización ordenada y sectorial de la problemática del pequeño. Un ejemplo tal vez aclare perfectamente este punto: "Así pues, Vds. refieren que su hijo, desde hace aproximadamente un año, y coincidiendo con el nacimiento de su hermanito, se ha vuelto muy nervioso, apenas come, ni duerme, es irritable, desobediente, pega al chiquitín, etc., etc., y que desde hace seis meses que lo envían al Jardín de Infancia, las cosas han empeorado: se hace pipí en la cuna, pega a los otros niños, etc. Y que los castigos, en vez de controlarlo, lo ponen aún peor".

Como puede observarse en lo expresado por el terapeuta ya se verbaliza implicitamente, la indicación o considerarán la génesis probable del conflicto.

b. Solicitar las posibles causas del problema presente. Esto implica, que tras aún haber dado a los padres los síntomas - por ellos expuestos, y algunas pistas sobre su posible etiología, el terapeuta no se pronuncia, sino que los invita a pensar, a analizar, a llevar a sus ánimos que cualquier tipo de conducta adecuada o no, responde a unas causas, a unas circunstancias, a unos sentimientos precipitados por tal o cual eventualidad.

Es decir, educar a los padres a pesar, a considerar que su pequeño es un individuo, no un robot, que posee sentimientos, y responde a los estímulos, positivos o negativos, del medio en que se encuentra. Todo esto podría resumirse diciendo que intentemos que los padres trabajen con elementos genéticos, dinámicos de la vida del niño, para de este modo, y una vez conocidos, pueda efectuarse el cambio, o cambios necesarios, que restablezcan su equilibrio.

c. Presentación de la posición conflictiva del niño.

Los padres, en el punto anterior, serán capaces o no de identificar la reacción de celos del niño, su ansiedad de separación y temor al rechazo, su confirmación efectiva al verso enviado al Jardín de Infancia, etc. Pero no, no es frecuente que ellos mismos "vean y desarrollen" dinámicamente el conflicto existente en su totalidad.

Los padres darán respuestas sencillas o no: "Yo creo que es demasiado pequeño para ir al colegio. A él no le ha gustado que lo cambien de habitación, pues antes dormía en nuestro cuarto. Yo creo que ha corrido celos del hermano, pero es una tontería porque ahora estamos aún más pendientes de él. Tal vez porque le hace no ha ido de casa etc., etc."

Se precisamente en este momento cuando el terapeuta explica la situación conflictiva del niño, incorporando a la misma, todas las formulaciones positivas (solturas dinámicas) expresadas

por los padres, y apoyándose durante la explicación, en ejemplos en los que sitúa al padre y madre, en la posición del niño, para que de este modo conciencien la respuesta efectiva del pequeño.

Ejemplo: Como se sentiría Vd. señor, si su padre no lo enviese a otra sección de la fábrica, sin Vd. saber exactamente - porqué?, o su esposa cegezara a prestarle atención a otro hombre? o en su trabajo le estuviesen chillando y corrigiendo sin causa justificada para Vd.? Y Vd. señora, como se siente cuando su marido la deja sola y se va con los amigos, o con sus suegros ? Como se sentiría ? Las respuestas son obvias y no se hacen esperar, y aquí intervienen el terapeuta, para anunciarlo, diciendo "pues exactamente así se siente su hijo, y así reacciona lo mismo que Vd. en una situación similar".

d. A continuación el terapeuta formula el conflicto - completo, en función de su génesis, dinámica, evolución, y manifestaciones externas actuales, adheriéndose a formulaciones pioneras efectuadas por los padres.

e. Adherencia a las formulaciones paternas. Este es un apartado muy especial al que se lo ha de prestar un máximo de atención, tanto en cuanto el terapeuta facilmente puede caer en la tentación narcisista de dar una clase sobre dinámica y psicopatología infantil, que a los padres ni les interesa ni les ayuda. Ellos vienen resolver al problema con el hijo, y no ser espectadores forzados de la sapientia del terapeuta.

Estos "conferencias" corren el grave riesgo de distanciar a los padres, del terapeuta, sabotear la alianza terapéutica y culpeabilizar a los padres al enumerarseles el sinnúmero de errores cometidos en la educación de sus hijos. Así pues, el terapeuta ha de ser concreto, utilizando todo lo positivo ofrecido por los padres, lo que al fin y al poste será casi lo único que serán capaces de manejar tras la primera entrevista, la titulada - diagnóstica.

f. A continuación se pasa al sector ya más evidenciado como terapéutico: qué podemos hacer para resolver el conflicto ? Qué creen Vds. (a los padres) qué se puede hacer ? Observese que no se solicitan opiniones ni sugerencias para escalar los síntomas sino una movilización de afectos, actitudes y conductas, que resuelvan el conflicto de base, en la certeza de que resuelto el estímulo conflictivo, la respuesta al mismo ha de cambiar necesariamente.

De nuevo aquí el terapeuta ha de adherirse a la sugerencia de los padres si positivas, matizárlas o mediatarlas, - con el fin de que resulten en una "experiencia correctiva" para el paciente, y se deshaga el conflicto de base.

g. Recomendaciones concretas. Si bien el caso ha quedado lo suficientementeclaro, y los padres ya tienen una idea - de como manejar la situación, y como el hijo se ve afectado positivamente o negativamente por tal o cual actitud, resulta con frecuen-

cía práctica añadir algunas aclaraciones que faciliten la conducta y relaciones padres-hijo (Green & Rothenberg). Los puntos más concretos y frecuentes son los siguientes:

1. Aconsejar, sugerir lo conveniente para que no se produzca más daño al niño.
2. Informar a los padres de las posibles repercusiones que el conflicto o situación actual pueden ejercer en la futura personalidad del pequeño.
3. Aconsejar a los padres de las medidas y actitudes positivas que deben de ser tomadas de inmediato.
4. Advertir a los padres de actitudes o acciones que deben de ser evitadas a todo precio (ridiculizar, castigo físico, comparaciones, maltrato, etc.).
5. Mantener el control y armonía conyugal en la presencia del pequeño, así como unidad de criterio.
6. Evolución y Pronóstico. A la vez que a los padres se les ha aclarado la situación y ofrecido algunas normas básicas para la resolución del problema actual, también han de ser cuidadosamente informados de la posible evolución del niño, en función de cambios de conducta del pequeño, posible empeoramiento, necesidad de consistencia y tiempo que puede durar la situa-

ción; Cuando este punto de la evolución no es perfectamente aclarado y concienciado por los padres, resulta frecuente que a la primera visita de follow-up, los padres nos digan: "pues el chico sigue igual o peor, y nosotros hemos seguido todas sus indicaciones".

Este error del terapeuta, tras poca consigo, desconfianza en la capacidad del mismo, a la vez que desconfianza de los propios padres en su actuación. La alianza terapéutica se ve así amenazada, así como la autoestima; la culpa, la angustia, etc, todo adquiere una mayor intensidad.

El pronóstico va íntimamente ligado a la evolución, y de aquí que ello deba ser valorado cuando se plantea aquella. Para intensa señalar, que sea cual fuere el caso (Psicosis, deficiencia mental etc.), siempre resulta práctico valorar el pronóstico con tendencia a la positividad, dejando así una puerta abierta al trabajo, a la motivación, al estímulo y a la esperanza.

i. Y por último la programación terapéutica que si bien ya se ha venido gestando desde el primer minuto de la entrevista, en los últimos queda plasmada por el concierto de visitas periódicas pero "móviles" (diagnóstico-terapéutica) de la situación. Prescripción de fármacos, y detallada explicación de su empleo, duración de su administración, posibles efectos secundarios, resultados que se esperan, etc, etc. Si hubiera lugar, referir a los padres para counseling, terapia conjugal etc, o cualquier o-

tra medida que se considerase oportuna.

Volvemos ahora a la finalidad del proceso de socialización, y su realización a través de los padres-tutoraportes. Recordemos — una escueta se construye en tres puntos: a) aumentar la posibilidad de socialización de la medida. b) Fortalecer las relaciones objetuales, y c) aflojar los nudos de fijación que dificultan el progreso del niño.

Como se aumenta la posibilidad de socialización de la realidad ? En la práctica se consigue orientando a los padres a que faciliten y estimulen todo lo concerniente a la autosuficiencia de forma tal que el niño tenga que enfrentarse al mundo que le rodea, cumplir con las obligaciones propias de su edad, sentir las consecuencias de sus actos, hacerle ver la necesidad y ventajas de compartir y participar, mostrando las virtudes de la iniciativa propia, etc., etc., a la vez que establecer límites y control para sus exigencias conflictivas.

El niño acaba percibiendo que un menor adecuado de su realidad, siempre responde positivamente en su autoestima, fortaleciendo en el medio ambiente, que de este modo se le aparece más certificante.

Como se fortalecen las relaciones objetuales ? Sin duda la relación más importante se refiere a la de hijo-padres, de aquí que, si estos son capaces de establecer un clima de afecto,

tolerancia, aceptación, libertad para el ensayo, oportunidad para entrar en contacto con otros individuos, niños y adultos, eliminan el castigo físico, la opresión, el ridículo, neutralizan el miedopimiento, el posible rechazo, etc,etc, la corriente afectiva concurriendo a todo este camino, facilitará las relaciones interpersonales, y el equilibrio del niño con el mundo exterior.

Y como se aflojan los puntos de fijación ? Dando al chico oportunidad de experimentación y ensayo en el sector conflictivo, de forma adecuada a su edad y circunstancias.

FOLLOW UP

Como ya comentamos, al finalizar la entrevista diagnóstica, se formula en una mayoría de casos, un plan psicoterapéutico. Se sugiere a los padres la necesidad de revisar periódicamente la problemática actual a fin de seguir su evolución y conocer a su resolución, así como la necesidad de reconsiderar las actitudes y cambios propuestos, su viabilidad, consecuencias y resultados finales. Los padres de este modo se ven "comprometidos a una acción", que va a ser revisada y reorientada si fuere necesario. No se ven solos, se ven apoyados perciben que el terapeuta está de su lado y genuinamente interesado en llevar la situación conflictiva a puerto feliz.

Dependiendo de la problemática se les cita en un espacio de tiempo que se prejuzga adecuado para un cambio, o tentativa de cambio, en la dinámica familiar, de aquí que con frecuencia en la primera entrevista de follow up, se les de entre uno y tres meses más tarde. Lógicamente, en casos donde la conflictiva es cruda, (maltrato físico, tentativas de suicidio, conducta grave, etc), la próxima entrevista se cita para una semana más tarde. Otros casos, como los de simple valoración psicométrica, se revisan un año más tarde para simplemente seguir su evolución.

En los casos en los que el médico que consulta, solo solicita una impresión diagnóstica o sugerencia de tratamiento

no se les cita nuevamente, pero en el caso de considerarlo necesario, en nuestro informe notificando nuestra creencia de que el niño o la familia, es tributaria de un tratamiento por nuestra parte, y que si al lo considera oportuno, nos lo remita para ello nuevamente.

A veces ocurre que llegada la fecha de la primera entrevista de follow up la familia no se presente sin haber previamente notificado su ausencia. Nosotros hemos analizado los motivos de dichas ausencia y nos encontramos con cuatro causas fundamentales:

a. Desaparición de la problemática motivo de la primera consulta, el chico se ha puesto bien. Esta es lógico en cuanto muchos síndromes son situacionales, reacciones adaptativas, fallos de información, etc, en los que la mayoría hubiese ocurrido aún sin necesidad de entrevista alguna. Por ejemplo citemos pequeñas reacciones de celos, reacciones de separación al entrar en el colegio, persistencia de pañales en un chico neurótico, etc. Pasada la reacción de stress, o bien la aplicación de la oportuna orientación, el síntoma desaparece, y los padres no ven la necesidad de volver a la consulta. A veces ocurre que el síntoma desaparece y reaparece en otro sector, y otro colega nos lo vuelve a referir.

b. En ocasiones los padres no vienen a revisión en cuanto han percibido la referencia como un insulto, y en este apartado influyen considerablemente la forma en la que el médico los

he referido (ya comentado en otro apartado de este trabajo). En consecuencia asisten forzados a la primera entrevista, pero no vuelven a presentarse.

c. Curiosa y casualmente encontramos padres, que al preguntarles el motivo de su ausencia, nos comentan que su médico así se los había sugerido: " Su hijo no está para psiquiatras", o bien, " los psiquiatras van a liarlo más", etc. No ignoraremos la subjetividad y dinámica de estos casos, pero también concedemos un elemento de realidad a los mismos.

d. Por último ausencia por motivos diversos: enfermedad de los padres, dificultades económicas, traslados, dificultades laborales, olvidos (?), etc.

Pasemos ahora al tiempo que invertimos en las entrevistas de follow up. Nos ajustamos a la dinámica del caso, de aquí que no es un tiempo definido y constante, si bien oscila entre los cuarenta y treinta minutos. Si la problemática es muy concreta (enuresis, alimentación, etc), y ya adquirido previamente, con diez - minutos no resulta suficiente.

Si el conflicto es más disperso y en él juega un papel importante la dinámica familiar, actitudes y posible psicopatología de los padres, bien podemos invitar hasta una hora con ellos.

En qué consiste el follow up? Cuál es su proceder ta-

terapéutico ? Hemos de recordar para ello que en psicoterapia breve, cada entrevista es un proceso terapéutico en sí mismo, des-
conectado de lo anterior y de lo siguiente. Es el suministro de
una "unidad terapéutica", del mismo modo que podría suministrarse
un comprimido de tal o cual preparado. Si proceder en una unidad
terapéutica discurre por los puntos que a continuación considera-
mos:

a. Revisión, reconsidéración de los resultados obteni-
dos con las normas, actitudes, fármacos, sugeridos en la entrevista
anterior, y con énfasis especial en todos los "aciertos" con-
seguidos por los padres, valorándolos y ratificándolos en su flexi-
bilidad y capacidad de cambio (alianza terapéutica), y en mo-
do alguno abaluyándose el tratante las mejorías conseguidas. Es
máximo indiscutible de los padres.

b. Planteamiento de la problemática actual, de forma
tal que este segundo apartado se asemeje, condensadamente, a una
entrevista diagnóstica en su primera mitad, por lo que evitamos
su repeticIÓN.

c. Comprendiendo dinámica y efectiva (a nivel adecuado
a la capacidad de los padres), del conflicto a nivel familiar, re-
percusión efectiva en el niño. Este paso tiene una gran simili-
tud al working through, si bien más limitado y consciente.

d. Y por último la orientación o resolución de los

problemas planteados en esta sesión, de forma concreta, definida con directrices viables y ejecutables a los padres, lo que a su vez será revisado en el próximo encuentro.

Hay ocasiones, en las que por la naturaleza del conflicto convugal o familiar, y la necesidad de un tratamiento más intenso, los padres son referidos al Asistente Social, quien se ocupa del trámite de dicha patología, o bien, en ciertos casos ejerce una función orientadora e incluso instructora de muchos aspectos básicos de la vida (Recuerdese el bajo nivel de mucha de las familias atendidas en ese Servicio). Así pues, el Asistente Social, se dedica a los padres, y el terapeuta a la revisión de la problemática infantil, lógicamente ambos tratamientos funcionan al unísono, y perfectamente coordinados,

Llegado es el momento en que el niño es dado de alta, pero siempre advirtiendo a los padres de la conveniencia de que nos consulten cuando aparezcan y consideren al Servicio de Psiquiatría como algo suyo, y a su entera disposición. Agradable y curiosamente se nos presentan en ocasiones los padres para decírnos que todo va bien, que el pequeño aprechó su cura, o que parecen haber surgido algunas dificultades por las que les gustaría consultar de nuevo. De inmediato se le facilita una entrevista.

TECNICA DE PSICOTERAPIA BREVE

RESULTADOS OBTENIDOS:

Clave: Resolución del Conflicto.... R.C.
Mayoría Acusada M.A.
Sin cambios S.C.

- ESTADÍSTICAS GENERALES

nº de casos ...	296
R.C.	nº ... 0 0%
M.A.	nº ... 186 63%
S.C.	nº ... 80 31%

Tanto en los Síndromes de Disfunción, como en los Cráneos propiamente dichos, los resultados obtenidos con nuestra técnica son muy valiosos, si bien y lógicamente, el conflicto base es primariamente tributario de un tratamiento cuimotterapéutico. Pero de lo que no hay duda es que la comprensión por parte de los padres del conflicto del paciente, a la vez que una orientación adecuada, en la forma de tratarlo, resulta en una notable mayoría de los habituales Trastornos de Conducta presentados por estos pacientes.

- TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA

En este apartado solo nos cabe señalar los casos de - Pseudodebilidad en niños, por lo general, efectos de una gran deprivación de estímulo y aprendizaje, por causas múltiples que no son de caso.

nº de casos	15	
R.G.	nº 6	..... 53%
M.A.	nº 4	..... 27%
S.C.	nº 3	..... 20%

- TRASTORNO DE LOS HABITS

+ De la Alimentación

nº de casos	72	
R.G.	nº 51	..... 71,8%
M.A.	nº 12	..... 16,9%
S.C.	nº 9	..... 12,6%

- Enuresis

nº de casos	71	
R.G.	nº 63	..... 88,7%
M.A.	nº 2	..... 2,8%
S.C.	nº 6	..... 8,4%

- Encopresis

nº de casos	24	
-------------------	----	--

R.C.	nº	19	....	79%
M.A.	nº	3	....	12,5%
S.C.	nº	3	....	6,5%

- Del sueño

nº de casos	14			
R.C.	nº	12	....	85%
M.A.	nº	1	....	7,5%
S.C.	nº	1	....	7,5%

- Del lenguaje

nº de casos	49			
R.C.	nº	20	....	40,8%
M.A.	nº	16	....	32,6%
S.C.	nº	14	....	28,6%

- Del llanto

nº de casos	11			
R.C.	nº	11	....	100%

- Manipulación Corporal

nº de casos	1			
R.C.	nº	1	....	100%

- TRAUMATISMOS PSYCHOMATIQUES

- Dejar Abdominal

nº de casos	73			
-------------------	----	--	--	--

R.C.	nº	52	... 21,2%
M.A.	nº	10	... 13,6%
S.C.	nº	11	... 15,2%

- Aneis

nº de casos	32		
R.C.	nº	18	... 40,6%
M.A.	nº	10	... 31,2%
S.C.	nº	9	... 28,1%

- Vômitos

nº de casos	7		
R.C.	nº	5	... 71,4 %
M.A.	nº	2	... 28,6%

- Cefaléias

nº de casos	7		
R.C.	nº	4	... 57,1%
M.A.	nº	1	... 14,3%
S.C.	nº	2	... 28%

- Alucnia

nº de casos	5		
R.C.	nº	3	... 60%
M.A.	nº	1	... 20%
S.C.	nº	1	... 20%

- Entrenamiento

nº de casos	7
R.G. n°	4 ... 57%
M.A. n°	3 ... 43%

- Obediencia

nº de casos	417
R.G. n°	1 ... 2%
M.A. n°	3 ... 73%

- COMPLETO DESARROLLO DE IDENTITANTE

- Celos patológicos

nº de casos	199
R.G. n°	76 ... 38,8%
M.A. n°	23 ... 21,1%
S.G. n°	11 ... 10,6%

- Subpersonalidad Psicológica

nº de casos	163
R.G. n°	86 ... 53,4%
M.A. n°	6 ... 3,7%
S.G. n°	13 ... 12,3%

- Trastornos de Conducta

nº de casos	211
-------------------	-----

R.G.	nº	168	...	20%
M.A.	nº	12	...	6,6%
O.G.	nº	30	...	14,3%

- Fájico Rosales

nº de errores 13

R.G.	nº	10	...	26%
M.A.	nº	0	...	0%
O.G.	nº	3	...	23%

- Recorrido de orientación de 1a Primaria Infancia

nº de errores 22

R.G.	nº	18	...	63,6%
M.A.	nº	2	...	9%
O.G.	nº	2	...	22,7%

- Recorrido de orientación de 1a Secunda Infancia

nº de errores 20

R.G.	nº	12	...	60%
M.A.	nº	6	...	30%
O.G.	nº	2	...	10%

- Recorrido de orientación a la localización

nº de errores 0

R.G.	nº	0	...	0%
-----------	----------	---	-----	----

- Tendencia Patológica

nº de casos 1

R.G. nº 1 ... 100%

- Tendencia Patológica

nº de casos 1

R.G. nº 1 ... 100%

- Conflicto Neuropático

nº de casos 6

R.G. nº 3 ... 50%

M.G. nº 3 ... 50%

REACCIÓN ANTIGÓICA

- Reacción Preoperatoria

nº de casos 56

R.G. nº 70 ... 82,1%

M.G. nº 10 ... 11,7%

S.G. nº 6 ... 6,8%

- Tendencia patológica

nº de casos 6

R.G. nº 5 ... 83%

S.G. nº 1 ... 17%

- Recisión Disociativa

nº de casos 3
R.G. nº 1 ... 33%
P.A. nº 1 ... 33%
S.G. nº 1 ... 33%

- Recisión de Convención

nº de casos 3
R.G. nº 3 ... 100%

- Tics

nº de casos 6
R.G. nº 2 ... 33%
S.G. nº 4 ... 66%

- Anécdota de Separación

nº de casos 6
R.G. nº 3 ... 50%
P.A. nº 3 ... 50%

- Tartrazides

nº de casos 2
R.G. nº 2 ... 100%

- Nutriente

nº de casos 2

R.C.	nº	1	... 50%
S.C.	nº	1	... 50%

- TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN ALTA

- Trastornos sensoriales

nº de casos	6		
R.C.	nº	4	... 44%
M.A.	nº	2	... 22%
S.C.	nº	3	... 33%

- Trastornos de la percepción medida

nº de casos	8		
R.C.	nº	2	... 25%
M.A.	nº	0	... 0%
S.C.	nº	6	... 75%

- Psicosis Infantiles

nº de casos	14		
R.C.	nº	6	... 43%
M.A.	nº	6	... 42,9%
S.C.	nº	8	... 57,1%

- CONFLICTOS EMOCIONALES GRAVES

- Abandono, deprivación

nº de casos 97
R.C. nº 66 ... 57%
P.A. nº 22 ... 22%
S.C. nº 19 ... 21%

- Discerniente Conyugal

nº de casos 36
R.C. nº 10 ... 27%
P.A. nº 6 ... 16,7%
S.C. nº 21 ... 58%

- Maltrato, abuso

nº de casos 3
R.C. nº 1 ... 33%
S.C. nº 2 ... 66%

S U M A R I O D E L A T E C N I C A

C A P T U L O V I I

DESCRIPCION DE LA TECNICA PSICOTERAPÉUTICA BREVE

A.- CONDUCTA DEL TERAPUTA:

1. Aclaración completa del motivo de referencia y circunstancias concomitantes.
2. Establecimiento inmediato de un sistema de comunicación adecuado al nivel socio-cultural de los padres.
3. Adopción por parte del terapeuta del vocabulario por ellos utilizado.
4. Valoración de las cualidades de comprensión, tolerancia y cambio por parte de los padres, en función de la situación actual.
5. Acceptación de las resistencias verbalizadas por los padres sin resistencia por parte del terapeuta.
6. Comprensión de las actitudes negativas en los padres para con sus hijos.
7. Infusión precoz de los elementos positivos en los padres para con sus hijos.

8. Postura abierta, cordial, activa, verbal, flexible y confiada por parte del terapeuta hacia los padres.

B.- A EVITAR:

1. Evitar la culabilización de los padres.
2. No utilización de abstracciones, simbolismos, términos científicos, "conferencias" sobre psicopatología, etc.
3. Evitar la exposición de formulaciones dinámicas magistrales, teorías del inconsciente, etc.
4. Evitar sugerencias, recomendaciones, o fórmulas terapéuticas, no viables en la situación de los padres.
5. Evitar presentar un fármaco como elemento curativo para el problema existente.

C.- ASPECTOS DIFERENTES:

1. Solicitar de los padres una formulación dinámica de la situación.
2. Completar dicha formulación dinámica, adheriéndose cuanto

fuero posible a la formulación de los pedres. Si incluso aceptarla en su totalidad, si en su manojo se puede alcanzar la reolución del conflicto.

3. Realizar toda interpretación en el "aquí y ahora", utilizando ejemplos reales, y concretos para su comprensión.
4. Mostrarles en que forma, la dinámica familiar (el ambiente del hogar), participar en el conflicto del pequeño.
5. Informarlos de la posible evolución y consecuencias del conflicto, si este no se resuelve.
6. Mostrarles como la problemática actual es soluble con cambios operados a nivel personal y familiar. La solución puede estar en sus manos.
7. Informarles del tiempo probable que el cambio (mayoría) puede tardar en ser evidente para ellos, si el plan formulado se lleva a cabo.
8. Informarles de normas básicas para la educación de los hijos (alimentación, autocuñencia, disciplina, etc.).

D.- NORMAS TERAPÉUTICAS:

1. Recomendación clara y directa sobre toda situación que renne-

sente dolores o polipos (fisicos o psicicos) para el niño.

2. Si existe permiso del conductor (escuela) a poner en práctica de forma inmediata.
3. Prescripción de cambios ambientales realistas, si posible.
4. Prescripción de algún fármaco, si necesario, como coadyuvante del plan terapéutico formulado.
5. Acuerdo entre una primera entrevista a fin de "revisar" los cambios operados a nivel personal, familiar y del propio paciente.
6. En las entrevistas de follow-up se repite el mismo esquema de actuación.
7. Las entrevistas se espacian entre tres y diez meses, con un medio de seis, y un máximo habitual comprendido entre los cinco y diez entrevistas.

C O N C L U S I O N E S

C A P T U R E — V F F T

CONCLUSIONES

- 1.- El aumento de demanda asistencial en Servicio Psiquiátrico Infantil y Familiar, pone de manifiesto la necesidad de creación de nuevo Servicio, a fin de atender las necesidades de la Comunidad.
- 2.- Los "desarrollos humanos" de la clase social no privilegiada, no difieren en absoluto de los de la clase acomodada, y de aquí resulta inconveniente tener de ofrecerles las mismas medidas para la regulación de su conflictivo.
- 3.- La Asistencia Psiquiátrica Infantil y Familiar, es un elemento fundamental en la práctica pediátrica, ofreciendo una labor a nivel profiláctico y terapéutico de repercusiones vitales, tanto para el niño como para la familia.
- 4.- Se evidencia la necesidad de una mayor formación del Pediatra en el sector de la Psicopatología Infantil, así como en el de la estructura y dinámica familiar, a fin de que su Terapéutica fundamentalmente orientadora, se vea apoyada y complementada por la resolución de conflictivas psicologíaas concomitantes.
- 5.- Se pone de manifiesto en la educación y actitudes de los padres hacia los hijos, numerosas fases conflictivas de ori-

- igen cultural o receptivo al medio, tributarios de una asistencia informativa, pedagógica, por parte del profesional, hacia dichos padres.
- 6.- Se señala como las técnicas psicoterapéuticas clásicas no son eficaces frente a una demanda masiva de asistencia; ni frente a la clase social no privilegiada.
- 7.- A través de una experiencia con 1.160 niños y familias evaluadas, se elabora una Técnica de Psicoterapia Breve en Psicoconciencia, utilizando fundamentalmente a los padres como terapeutas.
- 8.- Se evidencia como con una técnica, fundamentada en conceptos dinámicos, los déficits sociales, culturales, etc., son en una mayoría de casos, fácilmente soslayables.
- 9.- Sobre la citada Técnica describimos la Conducta del Terapeuta, así como las fuentes narrativas en las que aquel puede incursionar. Se elabore su carácter dinámico con los padres, y el modo de establecer las normas terapéuticas e recomendaciones, y subsiguiente follow-up.
- 10.- A la vez que se señalan los resultados obtenidos para con cada uno de los categorías diagnósticas, se concluye que con este técnico resulta eficaz en un porcentaje aproximado del 70%.

S I B L I O G R A F I A

CAPITULO IX

BIBLIOGRAFIA.-

001. ACKERMAN, N. Psicoterapia de la Familia Neurotica. Norma 1.969.
002. " " The Psychodynamics of Family Life. Basic Books, 1.968.
003. ADAMAS, P.L. Obsessive Children. Bruner & Mazel, 1973.
004. ATCHORN, A. Delinquency & Child Guidance. I.U.P., 1964.
005. ALDRICH, C.K. Brief Psychotherapy. A reappraisal of some theoretical assumptions. Am. J. Psych. 1968.
006. ALEXANDRE, F. Psychoanalysis & Psychotherapy. W.W. Norton, 1966.
007. ALONSO FERNANDEZ, F. Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Tomo II, cap. X. Ed. Paz Montalvo, 1968.
008. AJURIAGUIRRA, J. Psychiatrie de l'enfant. Masson, 1970.
009. AUGENDRAUN, B. Brief Intervention as a Preventive Force in Disorders of Early Childhood. Am. J. of Orthopsych., 1967.

010. AVNET, H.H. How effective is Short-term Therapy.
Grunne & Stratton, 1966.
011. BAIN, M. Crisis-focused Treatment in a Child-Guidance Clinic. Informe presentado a la 42 asamblea de la As. Amer. de Ortopsichiatria, 1965.
012. BAKER, E. Brief Psychotherapy. J. Med. Soc. 1947.
013. SALINT, M. The Basic Fault. Tavistock, 1968.
014. BAUM, D.E. Activity in initial interview with lowerclass patients. Arch. Gen. Psych., 1974
015. BARTEN, H.H. The coming of age of the Brief Psychotherapies. Progress in Community Mental Health. Vol. I, Grunne & Stratton, 1969.
016. " " Brief Therapies. Behavioral Publications, 1971.
017. BETTELHEIM, B. The Empty Fortress. Free Press, 1967.
018. BELLAK, L. & SMALL, L. Emergency Psychotherapy & Brief Psychotherapy. Grune & Stratton, 1965.
019. BARKIN & BAKWIN Clinical Management of Behavior Disorders in Children. Saunders, 1968.

020. BIERMANN, G. Psicoterapia Infantil. Vol. I-II, Epaxs,
1.973.
- 1
021. BONINE, W. Some principles of Brief Psychotherapy.
Psych. Quater. 1963.
022. BOOS, G. Short-term Psychotherapy. Can. Psych. Ass.
Journal, 1969.
023. BOWLBY, J. Separation Anxiety. Inter. Jem. of Psycho-
analysis, 1960.
024. BRODY, S. Patterns of Mothering. T.U.P., 1966
025. BURDON, A.P. Principles of Brief Psychotherapy. J. Louis-
siana Med. Soc. 1963.
026. SUXBAUM, E. Your Child makes sense. T.U.P.
027. CAPLAN, S. Theory & Practice of Mental Health Consulta-
tion. Basic Books, 1970.
028. CATTELL, J.P. Limited goal-therapy in a psychiatric clinic.
Am. J. Psych. 1963.
029. CHESS, E. Child Psychiatry. Brune & Stratton, 1959.

030. CHESS, S. Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development. Bruner & Mazel. Vols. 1968 & 1974.
031. CODDINGTON, R.D. The Use of Brief Psychotherapy in a Paediatric Practice. Jour. of Paediatrics, Vol. 60, 1962.
032. COLEMAN, M. Emergency Psychotherapy. Progress in Psychiatry. Vol. V., Brune & Stretton on 1960.
033. DANIELS, R. Training in Adaptive Psychotherapies. Comprehens. Psych. 1968.
034. DESPONT, L. Schizophrenia in Children. Brunner 1969.
035. DEUTSCH, F. The Clinical Interview. I.U.P., 1966.
036. " " " The Tactics of Psychotherapy. I.U.P. 1965.
037. EISENBERG, L. If not Now, Then ? Am. Journ. Orthopsych. vol. 32, 1962.
038. " " " A Controlled Study of the Differential Application of Outpatient Psychiatric Treatment - for Children. Jour. J. Child Psych. 1965.
039. ERICKSON, F. Children & Society. Norton 1963.

040. ERIKSON, E. Identity, Youth & Crisis. Norton 1968
041. ERSTEIN, R. Children of Time & Space, of Action & Impulse. Appleton Century,
042. " " From Learning for to Love of Learning. Brunner & Mazel, 1969.
043. EYSENCK, H.J. Handbook of Abnormal Psychology. London 1966.
044. FEDERN, P. Ego Psychology & the Psychosis. Basic Books 1952.
045. FENICHEL, O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Norton, 1945.
046. FLITZS, R. Ego & Body Ego. I.U.P., 1961.
047. FREUD, A. Normality & Pathology in Children. I.U.P. 1965.
048. " " The Psychoanalytic Treatment of Children I.U.P.
049. " " The Writings of Ana Freud. Vol. VII. I.U.P. 1966-1970

050. FREUD, A. Ego & Defence Mechanisms. T.U.P.
051. FREUD, S. Papers on Technique. Vol. XII, Hogart Press.
052. " " Two Case Histories. Vol. X. Hogart Press.
053. " " The Psychopathology of Everyday Life. Vol.VI
Hogart Press.
054. " " The Ego & the Id. Vol. XIX Hogart Press.
055. " " Inhibitions, Symptoms & Anxiety. Vol. XX.
056. " " An Infantile Neuroses. Vol. XVII. H. P.
057. FRANK, J.O. The Dynamics of the Psychotherapeutic Rela-
tionship. Psychiatry, 1959.
058. FROHMAN;B.S. Brief Psychotherapy. Lea & Febiger, 1948.
059. FUERST, R.A. Problemes of Short-time Psychotherapy. Am.
Jour. Orthopsych. 1938.
060. GARNER, H.H. Brief Psychotherapy. Int. Journ.Neuropsych.
1966.
061. GELFERO, S. The Child Analyst at Work. T.U. 1967.

062. GESSELL, L. Developmental Diagnosis. Hoeber, 1956
063. " The first Five Years of Life. Harper & Row
1940.
064. GILL, M.M. The initial Interview in Psychiatric Practice. N.Y. I.U.P. 1954.
065. GILLMAN, R.D. Brief Psychotherapy: A Psychoanalytic View. Am. Jour. Psychiatry. Decem. 1965.
066. BLOVER, E. The Technique of Psychoanalysis. I.U.P.
067. BLOVER, E. On the Early Development of the Mind. I.U.P.
068. GETTECHALK, L.A. A Prediction & Evaluation of Outcome in an Emergency Brief Psychotherapy.
069. GREENACRE, P. The Quest for the Father. I.U. 1963.
070. " " " Affective Disorders. I.U.P. 1962.
071. " " " Trauma, Growth & Personality. I.U.P.
072. GREENSON, R.R. The Technique & Practice of Psychoanalysis. I.U.P., 1967.

073. GRINKER, R.R. Brief Psychotherapy in Psychosomatic Problems. *Psychosomatic Medicine*, 1947.
074. BRUENBERG, E.M. The social break-down syndrome - some criteria. *Am. Jour. Psych.* 1967.
075. GUTHRIE, E.E. Psychoanalysis & Brief Psychotherapy. *Jour. Clin. Psychopathology*, 1933.
076. HAMILTON, G. Psychotherapy in Child Guidance. Columbia 1947.
077. HAMILTON, M.R. Child Psychotherapy. Basic Books, 1964.
078. HALEY, J. Contro in Brief Psychotherapy. *Arch. Gen. Psych.* 1961.
079. HALEY, J. & HOFFMAN, L. Techniques of Family Therapy. Basic Books, 1967.
080. HARTMANN, H. Essays on Ego Psychology. T.U.P. 1964.
081. " " . Ego Psychology & the Problem of Adeptation. T.U.P., 1968.
082. HARRIS, N.R. Precipitating Stress: an approach to Brief Therapy. *Am. Jour. Psych.*, 1963.

083. HAWORTH, M.R. Child Psychotherapy. Basic Books, 1964.
084. HELLMUTH, J. Disadvantaged Child. Vol. I-II-III. Bruner & Mazel, 1967 a 1969.
085. HOLLOWELLER, M.H. The Practice of Psychoanalytic Psychotherapy. Grune & Stratton, 1965.
086. HOLLINGSHEAD, A.B. Social Class & Mental Illness: A community study. N.Y. Wiley, 1958.
087. HOLT, R.B. New Horizons for Psychotherapy. I.U.P. 1971
088. HOLLOWELLER, M.H. Selection of Patients for definitive forms of Psychotherapy. Arch. Gen. Psych. 1961.
089. HOOD, W. J. The Results of Psychotherapy with Children Jour. of Consult. Psychology. Vol. 24.
090. HOWELS, J.B. Theory & Practice of Family Psychiatry. Bruner & Mazel, 1971.
091. " " Modern Perspectives in Child Psychiatry. Bruner & Mazel, 1967.
092. " " Modern Perspectives in International Child Psychiatry. Bruner & Mazel, 1968.

093. ISAMBERT, A. L'Education des Patients. Press Univ. de France, 1960.
094. JACKSON, D.D. Conjoint Family Therapy: Some considerations on theory, technique & results. Psychiatry 24, 1961.
095. JACKSON, D.D. The question of family homeostasis. Psych. Quarterly, supplement., 1957.
096. JACKSON, S. The Briefest Psychiatric Encounter: Acute effects on evaluation. Arch. of Genr. Psychiatry, 1968.
- 097 " " The Scope & Practice of an early-access - brief treatment psychiatric center. Amer. Journ. Psych. 1968.
- 098 KAFFMAN, M. Short-term Family Therapy. Family Process 1968.
- 099 KANNER, L. Text Book of Child Psychiatry. Thomas, 1952
- 100 KAPLAN, H.G. & SAGER, C. J. Progress in Group & Family Therapy. Brunner & Mazel, 1972.
- 101 KENNEDY, W.A. School Phobia: Rapid Treatment of 80 cases. Journ. of Abnormal Psychology, 1968.

102. KNIGHT, R.P. A Critique of the Present Status of Psychotherapy. Bull. N.Y. Acad. of Medicine, 1949.
103. KOEGLER, R.R. Brief Therapy with Children. Brown 1966.
104. LANG, R. Psychoanalytic Psychotherapy. Vol I-II, Aronson, 1970.
105. LANSDALE, D.C. Family crisis therapy-results & implications. Family Process, 1968.
106. LESTER, E.V. Brief Psychotherapy in Child Psychiatry. Canad. Psych. Assn. 1968.
107. LEVITT, E.E. Psychotherapy with Children: a further evaluation. Behavior Therapy, 1968.
108. LEVY, D.M. Maternal Overprotection. C.H.P., 1943.
109. LEWIN, K.K. A Brief Psychotherapy Method. Pensylv. Med. Jour. 1968.
110. LEVYTOF, S. La Psychotherapie Infertile. cap. 41 de la Psychiatrie Sociale de l'Enfant, 1951.
111. LINDEMANN, S. Symptomatology & Management of Acute - Brief, Jour. Amer. Psych. 1944.

112. LINDEMANN, F. A Conceptual framework for preventive Psychiatry. Unpublished.
113. LIEMAN, P. The Predicament of the Family. J.M.P., 1967.
114. MAHLER, M. On Human Symbiosis & the vicissitudes of Individualization. J.M.P.
115. MATTER, H.W. Three Theories of Children Development. Harper & Row., 1968.
116. MELAM, D.H. A Study of Brief Psychotherapy. Tavistock Publications, 1969.
117. " " On Assessing the Results of Psychotherapy. Brit. Jour. Med. Psychiatry, 1969.
118. MARGERIN, J.H. Current Psychiatric Therapies. Vols. I-VI, N.Y. Grune & Stratton, 1961-1966.
119. MORTON, R.B. An Experiment in Brief Psychotherapy. Psychole, Monographs, 69. 1965.
120. NOKAY, A. Les psychotherapies breves de l'Enfant en Clinique Externe. Hpt. Ste. Justine, 1967.
121. McCUTCHEON, M. T. The Process of short-term insight Psychotherapy. Jour. New. Ment. Diss., 1966.

122. NAGERA, H. Early Childhood Disturbances. The Infantile Neuroses. Monograph Series of the Psychoanal. Study of the Child, No. 2, 1966.
123. NEFFMAN, W. A Systematic Approach to Brief Therapy for patients from low socio-economic class. Meeting of Am. Orthopsych. Assn. 1966.
124. PARAD, H.J. A Framework for studying Families in crisis. Social Work, 1966.
125. PHILLIPS, E.L. Theoretical & Clinical Aspects of Short Term Parent-Child Psychotherapy. Psychiatry. Vol. 17, 1964.
126. QUAY, C.H. Psychopathological Disorders of Childhood. Wiley, 1972.
127. RABO, S. The Relationship of Patient to Therapist. Am. Jour. of Orthopsych. 1942.
128. ROGERS, C.R. Client Centered Therapy. Boston, 1951.
129. ROSENBAUM, M. Events of Early Therapy & Brief Therapy. Archv. Gen. Psych. 1964.
130. ROSENTHAL, M.J. The Syndrome of the Inconsistent Mother. Am. J. Orthopsych. 1962.

131. ROGGE, S.D. Treating Children in Groups. Jossey & Bass
1973.
132. ROTHENBERG, S. Brief Psychodynamically oriented Therapy.
Psychosomat. Med. 1959.
133. RYLE, A. Neurosis in the Ordinaly Family. Tavistock
1967.
134. SCHAFER, R. Aspects of Internalization. I.U.P. 1968.
135. SARVIO, M.A. A concept of Eco-Oriented Psychotherapy. Psychiatry, 1969.
136. SHAW, R.B. Psiquiatria Infantil. Interamericana, 1969
137. SHLTER, J.M. Gross-theoretical criteria in Time Limited
Therapy. Sixth Intern. Cong. of Psychother.
London, 1964. Selected Lectures.
138. SENRAD, W.H. Brief Psychotherapy. Am. Jour. Psychother.
1966.
139. SFENESS, P.E. The Role of Learning in Psychotherapy. Intern
Psych. Clinics, Vol. 6, 1969.
140. " " Seven years' experience with Short-term dyna-
mic Psychotherapy. Sixth Intern. Cong. London. 1964

141. BENNECS, P.E. A concept of Emotional Crisis. *Ment. Hyg.* 1960.
142. " " The Motivational Process: A selection & Prognostic criterion for Psychotherapy of Short duration. Fourth World Congress of Psych., Madrid 1966.
143. SPERLING, M. Analytic Aidsin School Phobias. *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol 30, 1961.
144. SPITZ, R. Psychogenic Diseases of Infancy. In the Psychoanalytic Study of the Child, Vol. VI.
145. " " The First Year of Life. I.U.P. 1965.
146. SNYDER, W.H. The Psychotherapy Relationship. MacMillan 1961.
147. STEVENSON, I. Direct instigation of behavioral changes in Psychotherapy. *Arch. Gen. Psych.* 1969.
148. STONE, L. Psychoanalysis & Brief Psychotherapy. The Psychoanalytic Quarterly, Vol. 29, 1961.
149. STRUPP, H. Psychotherapy in Action. Grune & Stratton 1960.

150. TARACHOW, R. An Introduction to Psychotherapy. I.U.P. 1963.
151. TUCKING, H.J. Short-term Therapy of the Neuroses. Lippincott, 1966.
152. URBAN, H. & Ford, D. Systems of Psychotherapy: A Comparative Study. Wiley, 1966.
153. VIBHER, J.S. Brief Psychotherapy in a Mental Hygiene Clinic. Am. Jour. of Psychother., 1959.
154. WENKART, A. Self-acceptance. Am. Jor. Psychoanaly. 1960
155. WHITTINGTON, H.C. Transference in Brief Psychotherapy. Psychiatric Quarterly, Vol. 26, 1962.
156. WINNICOTT, D.W. The Maturation Process & the Facilitating environment. I.U.P. 1966.
157. " " Through Pediatrics to Psychoanalysis.
158. WOLBERG, L.B. Short-term Psychotherapy. Grune & Stratton 1965.
159. " " Methodology in Short-term Therapy. Am. Jor. Psych. 1965.

160. WOLBERG, L.B. Perspectives in Short-term Therapy. Brune & Stratton, 1966.
161. YAMAKOTO, J. On the Treatment of the Poor. Am. Jour. of Psychiatry, 1965.