



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA ATENCION PSICOLOGICA A LOS PROBLEMAS
DE CONDUCTA DE ESCOLARES DEL INS_aMe - DIF
A TRAVES DE LA TERAPIA DE GRUPO

REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
FELICITAS MARIA EUGENIA GOMEZ PEYRET

ASESOR: MTRA. MARIA CRISTINA HEREDIA ANCONA



MEXICO, D. F.

MARZO DE 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A todos mis compañeros y amigos del Instituto Nacional de Salud Mental, DIF que me motivaron para relatar mi experiencia laboral.

A la Psic. Ma. Eugenia Navarrete Tovar como iniciadora de la Clínica de Escolares.

A la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología, por su organización y exhortación a la titulación.

Con amor a mi familia especialmente a la pequeña Ana Gabriel y a Graciela.

A la L.A. Ma. de Jesús Gómez Peyret por todo su apoyo, ya que sin este no hubiera sido posible alcanzar mi objetivo.

A mi maestro el Dr. Manuel de Jesús Gómez Peyret por su vida ejemplar.

A la memoria de Jesús y Carlota.

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCION	1 - 2
II JUSTIFICACION	3 - 5
III ANTECEDENTES	
3.1 Características del Desarrollo Psicológico del escolar	6 - 10
3.2 Problemas de Conducta	11 - 15
3.3 Etiología de los problemas de conducta	16 - 18
3.4 Terapia Psicológica	19 - 27
3.5 Breve Historia del Instituto Nacional de Salud Mental, DIF.	28 - 29
3.6 Características de la población demandante del servicio	30 - 32
IV PROCEDIMIENTO	33
4.1 Prevaloración	34 - 36
4.2 Valoración	37 - 42
4.3 Tratamiento Psicológico	43 - 48
4.4 Evaluación del Proceso Grupal	47 - 49
4.5 Terminación del Tratamiento	50
4.6 Viñeta Clínica	51 - 65
V EVALUACION	66 - 68
VI ANALISIS	69 - 72
VII CONTRIBUCION	73 - 76
VIII BIBLIOGRAFIA	77 - 79
IX ANEXOS	80 - 108

I INTRODUCCION

Con el presente trabajo pongo en consideración mi experiencia sobre el procedimiento en el tratamiento de niños escolares a través de la terapia de grupo en una Institución Gubernamental de Salud Mental.

Al comienzo de mi desempeño laboral me encontré con la dificultad para dar tratamiento psicológico a una población infantil y adolescente, fue necesario sumergirme en la búsqueda de herramientas teórico-prácticas que me otorgaran las bases para entender el fantástico mundo infantil y así servir a la población de una manera óptima y con el respeto que cada niño y su familia merecían.

Descubrí que la mayoría de los niños vivían inmersos en una familia disfuncional y fue necesario incrementar estrategias para sensibilizar e involucrar a los padres en el tratamiento a través de sesiones grupales, donde tenían la oportunidad de hablar sobre la problemática de su hijo y también de poder ventilar sus sentimientos a otros padres y juntos se apoyaran y buscaran alternativas de solución.

Existen diferentes estrategias para la atención infantil, en este caso se retomó a la Terapia Grupal, para la cual me basé en los conocimientos teórico-prácticos de Virginia Axline basados en la hipótesis de la capacidad del individuo para crecer y autodirigirse desarrollando la terapia de juego no directiva. Así mismo, tuve la necesidad de ampliar el conocimiento del desarrollo psicodinámico del niño, tomando como autores primordiales a Ana Freud, Melanie Klein, Margareth Mahler entre otros. Con dicha estrategia se observaron ventajas, como es la atención a un mayor número de niños, en menor tiempo y la atención a sus padres, con los cuales sin su apoyo e involucración no sería posible lograr modificación en la conducta de los niños.

Es importante señalar que se trabaja en equipo interdisciplinario, donde intervienen psicopediatras, pediatras, neurólogos, trabajadores sociales psiquiátricos y enfermeras psiquiátricas, cada uno delimitando su quehacer profesional, con el fin de retroalimentarse en el bienestar de la salud mental del niño.

Como en todo trabajo profesional , existen logros importantes , pero también nos encontramos con limitaciones , como es la deserción del paciente , la intervención periférica de los padres, la gran demanda de atención que tienen las instituciones gubernamentales , que en ocasiones no permiten otorgar una atención individualizada , de ahí la necesidad de realizar una adecuada selección de pacientes para la formación de grupos terapéuticos .

Por lo tanto , queda abierto un abanico de alternativas propositivas para pulir las bondades de este tipo de tratamiento para niños.

II JUSTIFICACION

Actualmente nos encontramos en un proceso socio-cultural en transición donde los fenómenos de comunicación y educación trascienden desde un macro a un micro contexto social y en particular a la Institución de la Familia que es el cimiento para la formación de nuevos seres en los cuales influye en su formación de la personalidad. Ante este fenómeno social y como medida de atención a los niños existe a nivel gubernamental en nuestro país diferentes instituciones de salud mental como es el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL, dependiente del SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, dicho Instituto tiene como objetivo central la Prevención, el Diagnóstico y Tratamiento de los diferentes trastornos mentales de la población infantil y adolescente de México. Tomando en cuenta dichos fenómenos socioculturales y alteraciones en el desarrollo psicológico, se cuenta con programas especializados para la prevención de la Salud Mental de los niños y adolescentes.

La prevención en ocasiones se dificulta cuando se trata de intervenciones en fenómenos sociales donde el nivel de conocimientos alcanzados, no permiten señalar con precisión la etiología de los mismos. La prevención entonces, no tiene otra función sino la de posibilitar la existencia de un individuo más equilibrado en un ambiente más estructurado, tratando de evitar una intervención remedial.

En los últimos cinco años de funcionamiento del Instituto Nacional de Salud Mental, se tiene registrado en las estadísticas que los padres de familia asisten a solicitar atención médica para sus hijos porque presentan problemas de conducta, como es la rebeldía, la agresión, falta de atención, oposicionismo, etc.. Estas causas ocupan el 29.55% de 4,352 consultas que se atendieron en el año 1993. Aunado a éste fenómeno se considera importante comentar que las familias de estos niños presentan conflictos dentro del hogar en el 52.8% otorgándose como un segundo diagnóstico la disfunción familiar.

Por lo tanto ,podemos decir que los problemas de conducta son los síntomas de una conflictiva emocional que presenta el niño en su desarrollo psicológico y es uno de

los resultados que pueden ser provocados por los divorcios, las separaciones de los padres, las pérdidas de familiares importantes como abuelos, tíos, casa, escuelas, etc. El niño ante esta situación vive en inestabilidad real en cuanto a la relación con sus figuras paternas.

Los problemas de conducta también pueden ser causados por alteraciones orgánicas que están relacionados con alteraciones en los diversos sistemas neuronales, incluso las regiones frontal y parietal, las estructuras límbicas y las regiones subcortical e incluso las de tallo cerebral. No podemos decir que la conducta es controlada por una parte específica del sistema nervioso.

Por otro lado, también los problemas de conducta son originados por una alteración en el desarrollo de la estructura psíquica, existiendo una variedad de cuadros clínicos en donde la conducta y la sintomatología son similares, aunque de acuerdo al origen son diferentes y tienen distintos enfoques psicoterapéuticos.

Socialmente los niños escolares con problemas de conducta tienen una repercusión en su entorno, como es en su familia, en la escuela y su medio social, por lo cual se deben de tomar en cuenta las medidas preventivas para trabajar en la integración y adaptación a su medio. Dichas medidas preventivas son consideradas por el Psicólogo a fin de determinar las estrategias de tratamiento para abordar el problema tanto con los padres como con el niño.

Retomando el alto índice de consultas y el trabajo en una institución de gobierno, es que el Psicólogo Clínico busca acciones y estrategias que le permitan abordar el alto índice de demanda para la mejor atención al menor, pues cuenta con las herramientas científicas para el abordaje terapéutico.

En el ejercicio de su profesión ha contribuido a la salud mental del niño de una manera integral, se ha dado a la tarea de trabajar en la terapia de grupos con los niños y el trabajo con los padres a través de sesiones de orientación, donde se les permite

identificar problemas o situaciones específicas y promueve alternativas de solución modificando patrones de conducta y actitudes.

A través de las sesiones en grupo con los padres se ventilan sus sentimientos y llegan al conocimiento de que no son los únicos que tienen dificultad para atender de manera más óptima a sus hijos.

Las ventajas del trabajo integral con los niños y con los padres conllevan a lograr mejores resultados , en menor tiempo y así conjuntamente se obtiene un equilibrio de la personalidad del niño.

Con la terapia de grupo se le permite al niño la descarga de sus emociones y se le ayuda al conocimiento de su problemática y la adaptación a su medio ambiente es una oportunidad que se le ofrece para experimentar el crecimiento bajo condiciones más favorables.

Para el logro de este objetivo, el trabajo del Psicólogo Clínico tiene un carácter interdisciplinario que permite abordar de manera integral los casos clínicos, por medio de la historia clínica y la evaluación psicodiagnóstica , mismos que a través de los diversos aportes de las disciplinas permiten llegar a un diagnóstico más preciso y en menor tiempo.

III ANTECEDENTES

3.1. CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL ESCOLAR

Como parte primordial de este Reporte Laboral, se hace necesario hablar sobre el desarrollo del niño en la etapa escolar para ubicarnos en que proceso se encuentra y que debemos de esperar de su comportamiento.

Por lo tanto el niño en esta etapa escolar se encuentra entre las edades de 6 años hasta los 12 años, donde sus sentimientos son expresados, sobre todo por sus acciones. Algunos niños son aventureros, activos, extrovertidos, independientes, curiosos, agresivos, en tanto otros, se muestran pasivos, dependientes, introvertidos, tímidos. Cada niño manifiesta una personalidad única, es decir, una pauta de características o manera de sentir.

Al comienzo de la edad escolar aún no tiene un lenguaje estructurado requeriendo para describir sus sentimientos cuando se encuentra en estado de tensión, sus acciones dirán más que sus palabras.

Durante este período existe un desarrollo y maduración de sus capacidades físicas e intelectuales, una ampliación de intereses y de su identidad psicosexual; el niño crece y siente que es semejante a otra persona (modelo), es decir, comparte algunos de sus atributos y actúa como si fuera el modelo.

Su autoestima es de gran importancia en el buen ajuste psicológico. Se habla del término de concepto de sí mismo o de autoestima para designar a los juicios que las personas hacen de sí mismas, y las actitudes que adopten respecto de sí mismos. De la relación padres-hijo, dependerá la autoestima del niño.

En cuanto a su proceso de pensamiento, este es más lógico, va desde lo concreto a lo abstracto, es la etapa de las operaciones concretas (7 a los 12 años), el niño ha desarrollado un nuevo conjunto de reglas, llamadas agrupamientos, que poseen cualidades lógicas. Aumenta su capacidad intelectual y entra al mundo del conocimiento

sistemático, su capacidad verbal se desarrolla significativamente y permite la síntesis de diversas experiencias.

Su juego es de competencia, sus relaciones con sus compañeros fomentan un fenómeno competitivo, esto le ayuda a desarrollar la competencia social y su capacidad de compromiso.

Los escolares se insultan, se hacen burlas y se ponen apodos unos a otros .Con mayor frecuencia entre ellos se manifiesta su agresión excluyendo a un niño de un club o de un equipo.

El juego en los niños de 6 a 8 años, proporcionan reglas colectivas que le permiten aprender los métodos de responsabilidad mutua y social y aprenden la solidaridad en grupo.

También el juego desarrolla la sublimación y dominio, lo utiliza para manejar situaciones desagradables, repitiendo o simulando el peligro. La sublimación facilita el aprendizaje y éste ayuda al yo y produce sentimientos de dominio y de competencia.

En esta etapa esperamos la presencia de un cierto grado de ansiedad la cual puede estar provocada por el control de la agresividad, por presentarse ante situaciones nuevas. Entendiendo por ansiedad un estado desagradable de tensión, incomodidad, preocupación o miedo generalizado.

Un grado mínimo de ansiedad en los escolares puede servir como fin constructivo, productivo, como proveedor de la creatividad y la solución de problemas; sin embargo un alto grado de ansiedad puede actuar como paralizadora emocionalmente y el niño se puede sentir desesperado.

En los escolares iniciales se avanza hacia el juego que los involucra en interacciones y reglas comunes que son aceptadas o promulgadas por los compañeros.

De acuerdo a Erik Erikson "el juego trata de establecer el pasado y anticipar el futuro" . (Lieberman p.62)

Las actividades del niño expresan mayor independencia, menor egocentrismo que lo llevan a involucrarse con los compañeros y obtener experiencias más amplias fuera del hogar.

La relación con los compañeros les ayuda a separarse más de su familia. Es importante el papel de los padres ante la aceptación de los amigos pues este proceso es una oportunidad para crecer y es un agente de socialización.

La personalidad de los padres y la naturaleza de las interacciones padres-hijos tienen importancia vital en el desarrollo del niño, pero también las relaciones con los hermanos, cuando hay, pueden ejercer influencias significativas en la personalidad y en su conducta social. Con la interacción con ellos, aprenden patrones de lealtad, ayuda, competencia que pueden generalizarse a otras relaciones sociales.

Desde el punto de vista psicoanalítico S. Freud (1983) llamó a éste período de latencia; "donde las fuerzas instintivas sexuales son desviadas de sus fines sexuales y orientadas hacia otros distintos, proporcionan poderosos elementos para todas las funciones culturales". (p.44)

J. Laplanche (1983) " el período de la latencia tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo; corresponde a una intensificación de la represión, una transformación de las catexis de objetos en identificación con los padres y un desarrollo de las sublimaciones" (p.209)

Los niños en la etapa de latencia, vacilan entre comportarse como bebés y como un niño mayor, por eso decimos que están en frecuentes regresiones y progresiones. Su yo es relativamente inestable y el niño utiliza la regresión y la represión contra deseos de la libido y la agresión, en su esfuerzo por contener la ansiedad.

Aumenta la independencia de los objetos de amor, puede ausentarse cada vez más del hogar sin que esto le pueda provocar conflictos. Con la socialización, el escolar puede obtener aprobación social que precede a emprender, elaborar, terminar y refuerza su opinión de sí mismo.

En la latencia intermedia, las tareas más importantes son el control de impulsos y la adaptación al mundo real.

Su yo se va fortaleciendo por medio del dominio de tareas escolares y a través del aprendizaje de sus experiencias. Se desarrolla mejor en el funcionamiento del intelecto, afecto y control sobre la motilidad, todo esto va organizando y consolidando al yo.

El contacto con los padres y otros adultos se relaciona con la que tiene el niño de identificarse con ellos en el control y modulación de impulsos, pensamiento, comunicación y prueba de la realidad.

Haciendo referencia a la Psicoanalista Ana Freud (1991), ubica al niño desde el punto de vista social en la fase que corresponde desde el egocentrismo al compañerismo, esto es, "el niño considera a los otros niños como socios y objetos con derecho propio a quienes puede admirar, temer o competir con ellos, a los cuales ama u odia, con cuyos sentimientos se identifica, cuyos deseos reconoce y a menudo respeta, y con quien puede compartir posesiones sobre una base de igualdad" (p.67).

En esta fase el niño está equipado para el compañerismo y para entablar amistades y enemistades sobre todo tipo y duración.

Esto nos habla de la necesidad del niño de poder mantener relaciones interpersonales y así poderse socializar con sus iguales. La capacidad lúdica se convierte en laboral, el niño tiene que mantener un control, inhibición o modificación de sus impulsos para la utilización de diferentes materiales de manera positiva y constructiva.

Existe en el niño una transición desde el placer instintivo primitivo hacia el placer sublimado junto con un alto grado de neutralización de energía empleada.

Por otro lado, Erik Erikson, ubica a los escolares en la etapa de Industria vs Inferioridad pues considera que el niño está preparado para la entrada a la vida y primero tiene que ser la vida escolar. Comienza a ser más trabajador y a obtener conocimientos por medio de la construcción, está dispuesto a dedicarse a nuevas tareas y habilidades. En esta etapa se desarrolla un primer sentido de la división de trabajo.

3.2. PROBLEMAS DE CONDUCTA

Siendo uno de los objetivos del Instituto Nacional de Salud Mental, la Asistencia Social, el presente Reporte Laboral, hará notar la participación del Psicólogo Clínico como servidor público en la atención de la población que requiere de salud mental, específicamente en la población infantil y adolescente.

Son los problemas de conducta en los niños el motivo de mayor demanda que se registra en las estadísticas del Instituto, en el año 1994, se registraron 1,317 pacientes, el abordaje a este problema es cuestión de investigación y llegar al conocimiento de la etiología la cual puede ser multifactorial.

A través de la historia los problemas de conducta en los niños han sido un sufrimiento y un estado de alerta para los padres, maestros y familiares, también presentan un problema para la sociedad, como es la escuela y lugares recreativos, pues en ocasiones a los padres se les dificulta controlarlos. Anteriormente eran utilizados métodos punitivos para corregir las conductas tanto por los maestros como por los padres.

En años recientes la actitud ante los problemas ha cambiado a medida del desarrollo de las disciplinas como es la Paidopsiquiatría y la Psicología Clínica Infantil, que han realizado progresos en la comprensión de la Salud Mental y en el tratamiento de los problemas de conducta.

En el niño escolar es un problema complejo hablar de trastornos de conducta ya que es un ente en desarrollo y es movible es su organización psíquica.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-III-R caracteriza a los problemas de conducta como un patrón persistente de conductas en el que se violan los derechos básicos y las normas sociales propios del hogar, de la escuela y de las relaciones sociales.

En el DSM-IV, se da un cambio en cuanto al nombre del trastorno y lo designa como Trastorno Disocial y está definido como un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 6 meses.

Agresión a personas y animales:

- a) A menudo amenaza o intimida a otros.
- b) A menudo inicia peleas físicas
- c) Ha utilizado un arma y puede causar daño.
- d) Crueldad física con personas
- e) Crueldad física con animales
- f) Ha robado enfrentándose a la víctima.

Otro trastorno sería, Trastorno Negativista Desafiante

Un patrón de comportamiento negativista, hostil, desafiante que dura por lo menos 5 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

- a) A menudo se encolariza e incurre a pataletas
- b) Disente con adultos
- c) Desafía activamente a los adultos o rehúsa a cumplir promesas
- d) Molesta deliberadamente a otras personas
- e) Acusa a otros de sus errores
- f) Es colérico y resentido
- g) Es rencoroso y vengativo

Smith y Smith, (pp 469-475) utiliza el término de problemas de conducta para descubrir la incapacidad de intervenir en alguna situación de la vida acorde a sus necesidades y con las normas de la sociedad. Por lo tanto la presencia de problemas de conducta indican trastornos emocionales que pueden conducir a dificultades más profundas en el desarrollo psicológico del niño.

"El síntoma que presenta el niño será un signo con algún significado durante el desarrollo, pero no por ello es patológico". (J. Ajuriaguerra p.135).

Los problemas de conducta en el escolar pueden considerarse como un período pasajero o como parte de su evolución. Puede deberse a una reacción de condiciones externas, objetivas y reales del medio ambiente y esto se puede manifestar en el plano individual, en la esfera escolar y en el plano social, el niño puede sentirse rechazado, aislado y sin reconocimiento.

Generalmente los padres o familiares solicitan ayuda ante el Psicólogo Clínico porque su hijo presenta agresividad ante sus compañeros, maestros o contra ellos mismos, dicen mentiras, se pelean en la escuela o en la calle, otros hacen mención que sus hijos presentan problemas de atención por hiperactividad, otros que son opositores, negativistas o por sus actitudes de hostilidad y desafío.

"Los niños no son intrínsecamente malos y con frecuencia su conducta se considera razonable una vez que se comprendan las presiones que generan su familia y su vida temprana" (West 1994). Podemos considerar que el niño es producto de su medio y debemos tomar en cuenta a la familia para que el cambio se dé.

También debemos de considerar que los niños con problemas de conducta discuten con frecuencia con adultos, son desobedientes y retan a sus padres o maestros ante peticiones y reglas, podemos observar que las manifestaciones de este trastorno se presenta invariablemente en el hogar o en relación con otros adultos o compañeros.

Por otro lado, podemos mencionar que una separación o divorcio en los padres conlleva a que el niño manifieste sentimientos especiales ante el abandono o pérdida de su padre que puede ser una interferencia en el desarrollo psicológico del niño, es una situación que perturba el desenvolvimiento normal. Los padres privan al niño de la relación personal con alguno de ellos, que en nuestra cultura es más frecuente que sea la figura paterna. En el proceso de separación se presentan hostilidades entre la pareja.

peleas para obtener el poder ante el hijo lo que provoca una sobrecarga de conflictos emocionales manifestados en problemas de conducta, como pueden ser, agresión, rebeldía, coraje, tristeza, oposicionismo, ansiedad que le puede provocar bajo rendimiento escolar, apatía, etc. La agresión que presenta el niño es de las respuestas ante la frustración.

El desarrollo y la modificación de la conducta agresiva en los niños son influenciados en gran medida, por los padres o tutores, ya que estos pueden reforzar las expresiones de agresión sirviendo de modelos a estas conductas.

Al comienzo de la edad escolar, figura la conducta de mentir o robar, en el caso de mentiras, consideramos importante distinguir entre casos más bien inocuos de "estirar la verdad". Ana Freud distingue tres tipos de mentiras, la mentira con inocencia, la cual manifiesta un yo débil, y que algunos niños necesitan más tiempo que otros para perfeccionar las funciones del yo, la segunda mentira, sería la mentira pseudología fantástica, cuando el niño se enfrenta a frustraciones y desilusiones excesivas en las circunstancias de sus vidas, que encara realidades intolerables por medio de la regresión y formas infantiles de la expresión de los deseos. La otra mentira, sería la delincente, donde el niño tiene un desarrollo avanzado del yo, pero cuyas razones para evitar o deformar la verdad son otras que el nivel de su desarrollo. Su motivación es la ganancia de ventajas materiales, el temor a la autoridad, la huida de críticas y castigos. (Ana Freud 1991).

Ahora bien, se hace mención de algunos autores que resaltan el aspecto emocional como primordial para comprender los problemas de conducta y además cuando esto es reactivo a la separación de sus padres, como son:

Deutsch (1937), Gardner (1976) y Tessman (1978), citado en Charlie E., señalan la importancia de ayudar a los niños a tolerar y a expresar su dolor, la furia, la tristeza y el temor que acompañan al dolor por la pérdida de uno de los padres.

Con el escrito de este escrito, ampliamos nuestra concepción acerca de los problemas de conducta, su manifestación y pasamos a explicar la etiología de los mismos.

3.3. ETIOLOGIA DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

En el quehacer profesional se ha detectado que una de las causas primordiales de los problemas de conducta en los niños se debe a una disfunción familiar, entendiéndose ésta como la incapacidad de los miembros de la familia de llevar a cabo sus roles y la inhabilidad para el manejo de la crianza y educación y no poder asimilar y trabajar las situaciones de crecimiento que les impone el ciclo vital que atraviesan.

Encontramos dificultad en la educación y en la disciplina de los niños por falta de límites por parte de los padres o la inconsistencia en los métodos disciplinarios, la intervención de la familia de origen así como la sobreprotección o el rechazo.

En 1994, se realizó una investigación con la población preescolar en el INSaMe, DIF., donde se resalta el mal manejo familiar y la alteración en la relación materno infantil, ya que se observa la ineficacia por parte de los padres al tratar de conducir a sus hijos creando ansiedad y malestar en ellos lo que se manifiesta, según el estudio, en una Desviación en el Desarrollo en el área Psicoafectiva, se toman en cuenta estos datos ya que pueden considerarse como el origen de un trastorno de conducta en el escolar o en el adolescente. (Orcajo 1994).

Retomando a S. Shaw y Vondra (1994) quienes realizan una investigación sobre la problemática de las familias crónicas y los problemas de conducta en niños pequeños, hacen referencia a la relevancia en la prevención de la psicopatología en el niño y trata de identificar las condiciones asociadas con la incidencia alta de los problemas de conducta. Los resultados proveen evidencias longitudinales para sustentar la noción de que diferentes componentes de las adversidades familiares generan efectos en el ajuste de la conducta de niños pequeños. Estos datos de estudios con niños preescolares advierten la importancia de la prevención y que las familias con una estructura disfuncional, pueden ser los generadores de la patología futura.

Investigaciones y estudios clínicos han demostrado que los problemas de la conducta están asociados con factores sociales y familiares adversos, y han sido

particularmente dirigidos al entendimiento de como la interacción familiar contribuye al desarrollo de problemas de conducta.

Gardner, F. (1994), en su investigación sobre *The Quality of Joint Activity Between Mothers and Their Children With Behavior Problems*, hace gran énfasis en la interacción de los padres y sus hijos, pero estas interacciones como aversivas involucrando la inconsistencia paternal, regaños y mandos ineficaces. En el estudio usa un sistema observacional en el caso detallado para analizar la interacción madre-hijo durante el acoplamiento espontáneo. Se demostró menor afecto positivo en el grupo problema. Los hallazgos implicaron que el pobre involucramiento maternal en el juego puede ser un factor importante en el desarrollo de problemas de conducta.

Por otro lado y haciendo mención a la experiencia se ha observado que los padres hacen referencia en la primera entrevista sobre el comportamiento que detectan en sus hijos, el malestar que les provoca que los suspendan de clases, o las quejas de los familiares o vecinos. El síntoma generalmente se presentan después de un evento significativo, como puede ser, la muerte de un familiar, un accidente, cambio de domicilio, abuso sexual o el abandono de alguno de los padres.

Cuando se detecta la disfunción familiar como un diagnóstico secundario al problema de conducta, generalmente se debe por una disfunción en el sub-sistema pareja lo que provoca inseguridad en el niño y éste puede actuar de manera agresiva, rebelde, hostil, y el menor se puede alarmar por el impacto que le provoca al ver en sus padres dolor y aflicción del proceso de separación.

Tomando en cuenta estas consideraciones, se hace necesario comentar que en las últimas décadas ha aumentado el número de divorcios y rematrimonios por lo tanto se observa que el manejo de los niños en estos hogares no es el idóneo, causando conflictos interfamiliares entre las nuevas parejas.

Ahora bien, se ha hecho referencia sobre el papel tan importante que juega la familia en el origen de posibles problemas de conducta en el niño, sin embargo no debemos de olvidar que existen otras causas que provocan la alteración en la conducta, como pueden ser: la estructura psíquica del niño, la presencia de daño orgánico cerebral, las alteraciones sensoriales como es la ceguera, la sordera, el lenguaje, la privación materna y social, así como el maltrato físico y emocional, que aunados a una conflictiva externa son mas susceptibles de sufrir una alteración en la conducta o darse una patología.

Retomando este análisis es que surge la necesidad del abordaje terapéutico con los padres a los cuales no los podemos dejar al margen del tratamiento, en virtud de que la orientación que se establezca con ellos apoyará al mejor desarrollo psicológico del niño, ya que sin la participación y sensibilización de los padres no sería posible el tratamiento en el niño.

3.4 TERAPIA PSICOLOGICA

En los primeros años de funcionamiento de Instituto Nacional de Salud Mental, el Psicólogo Clínico desempeñaba funciones en apoyo a las disciplinas de Psiquiatría, Neurología y Pediatría con la aplicación e integración de Estudios Psicológicos. Posteriormente se desarrolla como terapeuta tanto individual como grupal, siendo las corrientes conductista y humanistas las bases científicas para el manejo de los pacientes.

En algunos casos el Psicólogo (a) otorga tratamiento Psicopedagógico, como otra alternativa, que consiste en la evaluación e intervención con los niños preescolares y escolares que presentan problemas de aprendizaje asociados al retardo en el desarrollo. Este tratamiento toma como base los modelos diagnósticos-prescriptivos, como es el análisis de tareas que de acuerdo a Bijou, Resnick, Wang y Kalpan, consideran que la evaluación y la enseñanza deben apoyarse en un análisis de tareas relativas a objetivos instruccionales y en una intervención diseñada para enseñar habilidades específicas que son componentes de objetivos más complejos.

Ahora bien, también podemos hacer referencia sobre el tratamiento en grupos de socialización con niños escolares que tienen como objetivo que el niño logre darse cuenta de su potencialidad de ser un individuo, pensar por sí mismo, que tome sus propias decisiones para lograr así hacerse más maduro psicológicamente y tomar conciencia de su individualidad con respecto a su medio social, todo esto bajo condiciones más favorables y que permitan que el niño modifique sus propios patrones de conducta y desarrolle actitudes alternativas para adaptarse.

Cabe mencionar que en el grupo de socialización, como otra opción de intervención terapéutica, los menores no cubren un diagnóstico de trastorno de conducta, pero que presentan dificultad para relacionarse con los demás y para aceptar reglas sociales y que no presentan ninguna patología específica.

Es a partir de 1990, que se crea la Clínica de Escolares por la necesidad de atender el alto índice de la población, que como ya se ha mencionado, presenta principalmente problemas de conducta y de aprendizaje (ver el anexo 1).

La Clínica de Escolares tiene como objetivo general otorgar un diagnóstico y tratamiento a niños de 6 a 12 años que a través de una atención interdisciplinaria se pueden analizar los factores orgánicos y psicológicos asociados al desarrollo emocional e intelectual del niño.

Ante esta necesidad el psicólogo clínico se basa en el conocimiento psicodinámico con el fin de entender el proceso psicológico del niño y la relación padres-hijo ya que como parte del tratamiento es indispensable el conocimiento de las actitudes y procedimientos de los padres para trabajar paralelamente con ellos en sesiones de orientación.

Como profesionales de la Salud Mental en niños es que retomamos las bases teóricas de Ana Freud, Melanie Klein, Margaret Mahler y otros, así como los principios teóricos de Virginia Axline quien introduce la técnica de terapia de juego no directiva en grupos, que está basada en la técnica de orientación no-directiva, descubierta por el Dr. Carl R. Rogers, que considera que es una filosofía básica sobre la capacidad humana que enfatiza la habilidad que existe en todo individuo para ser autodirectivo. Axline hace referencia, "que la experiencia en grupo introduce un elemento realista, ya que el niño vive en un mundo con otros niños, tiene que tomar en cuenta las reacciones de otros individuos y aprender a ser considerados con los sentimientos de los demás". (Axline p. 33)

En la Técnica de Terapia de juego no directiva, al juego se le considera un medio de expresión natural, el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio, expresar todos sus sentimientos de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, etc.

Retomando a la misma autora se hace referencia de los principios básicos con los que contribuye para el tratamiento de niños y de los cuales son considerados para el tratamiento en terapia de grupos:

1. El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
2. Acepta al niño tal como es.
3. Crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. Está alerta y reconoce los sentimientos que el niño esta expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
5. Observa con gran respeto la habilidad del niño para solucionar sus problemas, se le responsabiliza al niño de decidir y realizar cambios.
6. No intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño en forma alguna. El niño guía el camino, el terapeuta lo sigue.
7. No pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso grupal, y como tal, reconocido por el terapeuta.
8. Establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación." (Axline p. 81)

Ahora bien, es de vital importancia aclarar que para el trabajo con niños en terapia de grupos, se tomaron en cuenta las corrientes analíticas mencionadas para la fundamentación teórica metodológica para enfrentar conceptualmente la explicación fenomenológica y metapsicológica de los sujetos en estudio y en donde el aspecto técnico operativo se basa principalmente en el trabajo desarrollado por Virginia Axline, quien trabaja el aquí y el ahora de la conflictiva del niño. Con la teoría psicoanalítica podemos entender la importancia del vínculo primario, el papel del padre como el facilitador de la ruptura de la diada madre-hijo y el papel de la madre en el crecimiento y desarrollo emocional del niño.

Hug-Hellmuth en 1919, se puede considerar uno de los pioneros en utilizar el juego en la terapia infantil, reemplaza los datos recogidos a través de las asociaciones libres, recurriendo a los juegos con el niño, observándose en su propio ambiente. (Citado en A. Freud p. 104)

Ana Freud (1928) menciona que el análisis de niños surge de las experiencias y descubrimientos sobre el origen de las patologías del adulto el método de reconstruir los acontecimientos de la infancia se estimaba suficiente y era empleado para obtener datos que constituye el núcleo de la psicología psicoanalítica del niño. Posteriormente de una o dos décadas los analistas utilizan este método para trabajar con la crianza de niños y la educación de los padres y la modificación de las condiciones de crianza serviría para prevenir la neurosis.

Ana Freud y Heinz Hartmman en 1950 hacen un análisis sobre las técnicas psicoanalíticas que se utilizan en el trabajo con los adultos y las diferencias que existen con el trabajo de niños, y coinciden en que en los niños no existe una tendencia curativa que es la que activa el tratamiento en los pacientes adultos. En los niños no existe una conciencia de enfermedad. (A Freud pp 28, 30)

Ana Freud y Melanie Klein, señalan lo difícil que es ubicar al niño en las líneas de desarrollo y hablar sobre la normalidad y lo patológico ya que el niño se encuentra en continua evolución y los aspectos ambientales influyen en el desarrollo.

Klein, "además del análisis de los juegos, también en los niños se analizan todas sus actitudes que manifiestan durante la sesión, ya sean actos voluntarios o involuntarios. Para llevar a cabo esto, es necesario que el niño haya establecido una sólida fijación en el terapeuta, una relación de dependencia con él o en otros términos una relación de transferencia". (Citado en A. Freud p. 105)

La condición previa de todo análisis es la existencia de la vinculación cariñosa o transferencia positiva, puesto que el niño sólo cree en las personas amadas y sólo es capaz de hacer algo cuando lo hace por amor a alguien.

Klein, "El niño no está dispuesto a reeditar sus vínculos amorosos, porque sus primitivos objetos de amor, los padres, todavía existen en la realidad y no sólo en la fantasía. El terapeuta representa un nuevo personaje en esta situación y probablemente compartirá con los padres, el amor o el odio del niño". (Citado en A. Freud p.105)

Ana Freud estudia las interrelaciones entre el ambiente concreto del niño y el desarrollo de sus capacidades, pero también con esta técnica se facilitó el estudio de gran cantidad de información de carácter íntimo del niño de manera que las fantasías de este y de sus experiencias diarias se hicieron accesibles a la observación. (A. Freud p 15)

En 1923, Donald Winnicott a través de su propio análisis y su experiencia como pediatra y la observación de la conducta de los niños y de sus madres influyó de manera decisiva en su enfoque de terapeuta de niños y advierte el origen de los problemas emocionales a las etapas tempranas del desarrollo.

En 1940-1944 Winnicott supervisa su trabajo con Melanie Klein y su principal desacuerdo con ella, consistió en la importancia que Winnicott le daba a las fallas ambientales como la etiología principal de la psicopatía.

Hanna Segal en su libro "Introducción a la obra de Melanie Klein", hace un análisis sobre las contribuciones de esta autora a la teoría y práctica del análisis del niño, hablando sobre las fases del desarrollo mismas que el psicoterapeuta debe de tomar en cuenta para el manejo.

Ahora bien, haciendo referencia a otro enfoque, podemos citar a Axline quién menciona que "la terapia de juego, esta basada en una teoría positiva de las habilidades que posee el individuo, no limita ningún aspecto de crecimiento individual, es una terapia abierta activa, que comienza en la etapa en que está el individuo y permite que esta llegue hasta donde él es capaz de hacerlo" (Axline p. 31).

"En todo individuo hay una fuerza poderosa que continuamente lucha por alcanzar su plena autorrealización, es un impulso hacia la madurez, la independencia y la autorrealización, pero se necesita de un ambiente que favorezca este desarrollo." (Axline p.19)

"A través de la terapia el niño tiene la oportunidad de actuar todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión para así enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos y así lograr alcanzar una relajación emocional y lograr una mayor maduración psicológica". (Anny Speir p. 78)

Citando a Smirnof (1976) refiere que en la psicoterapia de grupo se permite reducir considerablemente las posiciones ambivalentes de agresión y de sumisión con respecto al terapeuta. Su efecto principal reside, en la mayoría de los casos en la ventilación de la culpabilidad aferente de la situación psicoterapéutica del niño, en la reducción de cierto número de mecanismos de agresividad o de inhibición respecto a los problemas educativos, en aumentar la tolerancia en relación con los trastornos infantiles.

Por la importancia del trabajo terapéutico con el Infante, se retoma el escrito de la Mtra. Rosa María Dupont Villanueva, quien habla sobre la interpretación del juego y del juguete en la psicoterapia infantil.

Dupont, (1993) considera a la interpretación diferente cuando se trata del trabajo con menores, parte de la premisa básica de que "el niño expresa sus fantasías, sus deseos y experiencias de modo simbólico por medio del juguete y del juego, por lo cual se pueden elaborar interpretaciones desde su juego, su comportamiento y su comunicación verbal con el objetivo de ir reduciendo la ansiedad que la acompaña" (Dupont .p 36).

Señala puntos técnicos que permiten ir ubicando el escenario sobre el cual se da la psicoterapia infantil y a la vez facilita la comunicación. Primero, los medios de comunicación se van modificando de acuerdo con la edad del niño, el cual se comunica

mediante el movimiento y el juego, que se encuentra en el período de latencia y puede ir alternado con la comunicación verbal.

"Jugar es el medio que le permite al niño ir venciendo realidades dolorosas, así como ir dominando sus miedos instintivos que a través de los juegos los proyecta y desplaza. Esta proyección y desplazamiento de las situaciones internas hacia el mundo externo aumenta, por una parte y permite que sea un medio de expresión de temores, deseos y fantasías".(Dupont p.37).

"El juguete se transforma así en un objeto a través del cual representará a sus objetos internos y externos; será un medio por el cual descargará sus impulsos y fantasías que le permitirán ir venciendo los miedos a los objetos y a los peligros internos, el juego es el puente entre la fantasía y la realidad. La función del juego es la de elaborar las situaciones excesivas para el yo, para cumplir una función catártica y de asimilación lenta mediante la repetición de hechos diarios. De esta manera, el juego no suprime las tendencias, las canaliza". (Dupont p 37)

Para Telma Reca (1976) es importante tomar en cuenta las condiciones necesarias para llegar a un Diagnóstico Integral, por lo tanto se tiene que hacer un diagnóstico del niño, de su familia y de su medio que le rodea, esto lo hace necesario para otorgar un tratamiento terapéutico. Comenta que un Diagnóstico Familiar es con la finalidad de tomar en cuenta el grado de funcionalidad del ambiente familiar, donde vive el niño, sus relaciones interpersonales, tanto con su familia como con sus compañeros.

El objetivo del Diagnóstico es descartar a los pacientes en donde no es posible otorgar la Terapia, por ejemplo: los casos de psicosis infantil, retraso mental, enfermedades orgánicas y un rechazo profundo de sus progenitores o responsables para que asistan a sus sesiones.

Es de suma importancia hacer la selección de pacientes que serán atendidos a través de la terapia de grupo, entendiéndose ésta como un procedimiento terapéutico que tiene como objetivo solucionar en grupo problemas emocionales.

Glasserman (1979) "Se estima como objetivo de la psicoterapia de grupo la adquisición de un yo maduro, que se percibe en la capacidad de comprometerse así mismo, de comprender y compartir con los demás, de dar y recibir y de tener un nivel de tolerancia a las frustraciones. Sabemos que los niños en su desarrollo psicoafectivo han tenido carencias fundamentales, como son la seguridad, confianza, autoestima, etc. y son integrantes de familias en extremo conflictuadas o rechazantes, pueden beneficiarse con la psicoterapia de grupo. Nosotros no sólo interpretamos fantasmas inconsistentes; sino actitudes, roles, formas de comunicación y expresión". (Glasserman p.44)

En la terapia de grupo, al niño le ayudamos a adquirir Insight si le demostramos que un tipo de conducta, que provoca determinada reacción en el grupo, también se repite en otros ámbitos; hogar, escuela, etc. señalándole las dificultades que eso le causa.

Telma Reca (1976), refiere que en "el grupo se da una solución de la culpa, disminución y neutralización de la ansiedad", rasgos característicos que se han observado en los niños que asisten al Instituto y que son integrantes de familias disfuncionales principalmente.

En el trabajo con niños se dan procesos importantes como es la vivencia común que es el sentimiento de compartir problemas entre ellos, por ejemplo los grupos de niños que sus padres están divorciados o en proceso de separación, comparten el sentimiento de abandono, de culpas, miedos y de ahí la importancia de retenerlos a su lado.

Siguiendo a la misma autora "En un grupo hay contagio de la emoción porque confirma y fortalece al otro, se le permite la desinhibición más rápida, la descarga catártica adquiere mayor intensificación cuando es en grupo, la vivencia emocional que acompaña las fantasmas es más intensa y permite la elaboración de los conflictos más profundos, al niño se le da la posibilidad de expresar los conflictos, experiencias, sentimientos y emociones reprimidas y desconocidas para el mismo que le han de llevar a una situación actual"(p.35.)

Dallal (1993), habla sobre "el proceso analítico en niños y adolescentes, estudia de manera individual a cada paciente y compara sus características biológicas, psicológicas y socio culturales, determinando las distorsiones de dicho desarrollo". (p.32) Estas distorsiones de cada uno de los niños como ente individual se toman en cuenta para la formación de grupos y el mismo proceso grupal.

3.5 BREVE HISTORIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DIF.

El Instituto Nacional de Salud Mental, DIF (INSaMe) se desprende de una estructura orgánica del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia y la realización de sus funciones están contempladas en los lineamientos, propósitos y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, articulado en el Sistema Nacional de Salud, cuyo establecimiento se dispuso para el uso más productivo de los recursos que la sociedad destina a la Asistencia Social.

Bajo estos lineamientos gubernamentales se sustenta el accionar del DIF, que con su estructura orgánica hace frente a sus responsabilidades de promover el bienestar social de la población y prestar a esta los servicios de Asistencia Social que procuren la satisfacción de sus necesidades básicas.

En 1977 se reorganiza la Asistencia Social al fusionarse el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) para dar lugar al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y prestar servicios de asistencia médica y social a menores y personas de escasos recursos.

Tomando en consideración las actividades asistenciales que desempeña el Sistema DIF, están encaminadas a la consecución de los siguiente objetivo:

- Realizar estudios e investigaciones para obtener los problemas de las familias, de los menores, de los ancianos y de los minusválidos y por ende la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (octubre de 1979) que se debe a la atribución que se le confiere como órgano normativo en la realización de programas de investigación médica y social en el campo de la salud mental.

Las funciones del Sistema DIF, se ubican dentro del Modelo de Asistencia Social cuya definición es "El conjunto de acciones tendientes a modificar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social en personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja

física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva" (Ley General de Salud, 1984).

De acuerdo a dicho modelo se involucra la medicina Psicosocial y se establece como objetivo institucional "Atender las alteraciones de la Salud Mental de niños, adolescentes y ancianos que residen tanto en el Distrito Federal como en los Estados de la República".

Para el logro de sus objetivos el INSaMe cuenta con programas de Enseñanza, Investigación y Asistencia Social que retroalimentan la necesidad de crear acciones para prevenir trastornos mentales de detección temprana para su oportuno tratamiento y terapia rehabilitatoria, por lo que se ubica como una institución de tercer nivel de atención.

Dentro de los lineamientos generales es este nivel de atención que promueve el desarrollo de la Investigación Clínica y Social que tiene como objetivo "diseñar e instrumentar, los proyectos de investigación científica de los problemas que afectan a la salud mental y proponer bases para el manejo y tratamiento adecuado y oportuno para favorecer su prevención. También desarrollan investigaciones sobre la operación de los estados patológicos del individuo a fin de propiciar las condiciones para el desarrollo de sus capacidades y finalmente fomentar el desarrollo y formación de recursos humanos así como la investigación científica y tecnológica para la asistencia social.

Para el logro de los objetivos de asistencia social, el INSaMe, DIF cuenta con una Coordinación Técnica de Psiquiatría, Coordinación Técnica de Neurología, Coordinación Técnica de Pediatría, Coordinación Técnica del Adolescente, Coordinación Técnica de Ancianos, las cuales dependen jerárquicamente del Departamento de Investigación. La Coordinación Técnica de Educación Comunitaria y la de Apoyo a la Enseñanza que dependen del Departamento de Enseñanza; La Coordinación Técnica de Psicología, la Coordinación Técnica de Trabajo Social Psiquiátrico, la Coordinación Técnica de Enfermería que depende del Departamento de Consulta Externa (véase el anexo 2).

3.6 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DEMANDANTE DEL SERVICIO

Es necesario hacer referencia acerca de la población que asiste al Instituto Nacional de Salud Mental, pues como una Institución Gubernamental se atienden niños desde 0 a 18 años de edad y a la población de la tercera edad.

En 1994 se obtuvo un total de 4,551 pacientes, de los cuales 2,991 eran del sexo masculino, y la mayor demanda se encuentra entre las edades de 5 a 14 años (véase anexos 3 y 4).

Las familias provienen de un estrato socioeconómico bajo y medio bajo y se observa que un número considerable son de pobres niveles intelectuales y culturales, lo cual los convierte en sujetos más susceptibles para el manejo de la orientación directiva, sin embargo en los grupos de orientación a padres cuyos hijos se encuentran en terapia de grupo el tipo de orientación es no directiva, ya que ellos expresan sus sentimientos de preocupación, miedo y angustia ante la problemática de su hijo buscando conjuntamente alternativas de solución.

Los domicilios de los pacientes se ubican preponderantemente en las delegaciones políticas de Alvaro Obregón, Tlalpan y Magdalena Contreras, siendo las principales delegaciones por la cercanía con el Instituto. (véase el anexo 5).

Las diez principales causas de atención al ingreso en 1994 fueron: trastornos de conducta 1,317, trastornos de aprendizaje 579, trastornos de lenguaje 315, trastornos de ansiedad 248, depresión 209, crisis de la adolescencia 191, hiperquinesia con trastorno de atención 165, epilepsia 163, trastorno del desarrollo 132, retraso psicomotor 100 (véase el anexo 1).

Los servicios más solicitados para la atención de pacientes son: primer lugar el servicio de psiquiatría, segundo lugar el servicio de audición, fonatría y aprendizaje y el tercer lugar el servicio de psicología, que en 1994 se registran 3,173 citas de primera vez

y 9,011 de consultas subsecuentes, dando un total de 12,184 pacientes atendidos por los psicólogos del Instituto (véase el anexo 6).

Es importante señalar que en 1994, el 52% de los casos, presentaron un diagnóstico de disfunción familiar, relacionado con el diagnóstico clínico, específicamente por desacuerdos parentales en la crianza y educación de los hijos. Los pacientes provienen de familias nucleares en un 55% y el resto pertenece a familias reconstruidas.

De mayo de 1993 a abril de 1994, se realizó una investigación dentro del INSaMe (Margain 1994), con el fin de establecer la tipología de las familias no nucleares que acudieron a la Clínica de Familia, el total de la muestra fue de 372; familias nucleares 202 (54.3%), no nucleares 170 (45.7%). Dentro de las familias no nucleares, existen las familias reconstruidas y familias uniparentales.

Se encontró que las alteraciones en la estructura familiar conllevan una serie de problemas que complican las relaciones familiares, rebasando los mecanismos habituales de solución de problemas y creando una tensión que somete a la familia a un estado de crisis que se manifiesta sintomáticamente en uno de sus miembros y finalmente la autora concluye que ante los problemas de conducta y aprendizaje reportados, siempre está involucrada la familia. (Margain 1994).

Podemos hacer referencia que la clínica de mayor demanda es la de escolares. En 1993, se atendieron a 3,042 en edad escolar (6-12 años) y fueron 29.55% los que presentaron problemas de conducta.

En el período de septiembre 93 a marzo 94, se realizó una investigación de 500 pacientes que llegaron a la clínica de preescolares, se seleccionaron al azar 175, siendo el 35% del total. Entre los datos de mayor prevalencia encontramos que la edad de los padres oscila entre los 31-40 años, el nivel de escolaridad de los padres es medio-básico y su nivel socioeconómico es bajo, lo que ratifica con los datos de la población total. Los síntomas en los niños pequeños en orden de prevalencia son: agresión, berrinches, desobediencia y retardo en el lenguaje y como diagnósticos asociados el mal manejo

familiar y la alteración en la relación materno-infantil, traduciéndose, según el estudio, en una Desviación del Desarrollo en el Area Afectiva como un diagnóstico principal. (Orcajo 1994).

IV PROCEDIMIENTO

Las funciones que realiza el Psicólogo Clínico ofrece un panorama sobre el desempeño profesional dentro de una institución gubernamental como es el INSaMe-DIF.

Sus acciones se enfocan a las actividades englobadas dentro de los programas de Enseñanza, Investigación y Asistencia Social.

A través de los programas de Enseñanza, el Instituto promueve la formación de recursos humanos y su capacitación para el mejor desempeño de sus funciones.

El Psicólogo clínico cuenta con una curricula que otorga educación superior que lo acredita académicamente y con el ejercicio de su profesión enriquece sus conocimientos.

Para la realización de este trabajo, se obtiene la capacitación en Psicología Clínica, Infantil, mediante el curso de especialización efectuado del 11 de enero de 1993 al 30 de noviembre de 1994, que tiene como objetivo básico ampliar los conocimientos sobre la psicodinámica del niño.

A continuación se describirá detalladamente las funciones inherentes a dicha formación y la participación que el psicólogo tiene en el trabajo interdisciplinario.

4.1 PREVALORACION

El estado de bienestar del individuo se basa en un desarrollo biopsicosocial armonioso, sin embargo existen múltiples factores que pueden afectarlo, y si estos son de tal intensidad y duración que sobrepasen las defensas naturales del individuo, puede conducirlo a la patología. Además el desarrollo emocional de cada persona en su camino hacia la madurez, atraviesa por etapas críticas, como es el caso del niño, del adolescente, el minusválido y el anciano, que lo enfrentan a tareas que tiene que resolver funcionalmente o en caso contrario sufrir una desviación en su desarrollo integral.

Es por esto que se cuenta con instituciones gubernamentales, como es el Instituto Nacional de Salud Mental-DIF, que está especializado en el estudio, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, que por su gravedad y repercusiones familiares y sociales ameritan un elevado nivel de atención (3er nivel).

El Instituto cuenta con servicios especializados como es la psiquiatría infantil y de la adolescencia y de la tercera edad, a fin de otorgar mejor atención a las situaciones de riesgo en los individuos de mayor vulnerabilidad.

El Servicio de Psiquiatría Infantil y de la adolescencia, tiene como función el estudio, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, para el desempeño de esta función se auxilia de otros especialistas en diversas disciplinas, a los que solicita su intervención; como son los siguientes servicios:

- Neurología pediátrica
- Psicología
- Terapeuta de lenguaje, aprendizaje y audición
- Pediatría
- Genética
- Odontología
- Oftalmología
- Trabajo Social Psiquiátrico
- Enfermería Psiquiátrica

- Rehabilitación integral del adolescente con retraso mental leve
- Radiología y Tomografía axial computarizada
- Electroencefalografía y mapeo cerebral, potenciales evocados visuales, auditivos y soma-sensoriales.
- Laboratorio de análisis clínicos.

Cada disciplina tiene sus criterios de inclusión para la atención del menor y es por esto que el profesionista encargado de la Admisión del paciente lo podrá ubicar en el servicio que le corresponde.

Ahora bien, a continuación se describe el procedimiento a seguir desde el momento en que el paciente y su familia llegan al INSaMe (véase el anexo 7).

Cuando llega el paciente por primera vez al Instituto, es atendido por el Servicio de Admisión, donde se registran los datos personales del niño; edad, sexo, escolaridad, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, domicilio, delegación política y teléfono. Posteriormente, un Médico Pediatra se responsabiliza de conocer el motivo de la consulta, el especialista decide si el paciente es atendido dentro del Instituto o por la naturaleza del problema es necesario enviarlo a otras Instituciones de Asistencia Social, como lo es el Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Neurología, Coordinaciones de Educación Especial, Instituto de Medicina de Rehabilitación o el Instituto Mexicano de Psiquiatría entre otros.

En caso de que el niño sea atendido dentro del Instituto, se envía a la clínica que le corresponde (preescolares, escolares, adolescentes, ancianos); dependiendo de la edad cronológica, a fin de que sea valorado por primera vez por un equipo interdisciplinario, el cual está integrado por: un psiquiatra, un psicólogo clínico, un trabajador social psiquiátrico y un terapeuta de aprendizaje.

Cada profesionista realiza una entrevista para obtener datos acerca de su área. Al psicólogo le corresponde indagar acerca del desarrollo del niño y su estado actual como: antecedentes de embarazo, embarazo, desarrollo psicomotor, alimentación, historia

escolar, relaciones sociales, adaptación a su medio, métodos disciplinarios y en general la dinámica familiar que prevalece en el momento.

Con la información obtenida el equipo interdisciplinario formula una impresión diagnóstica y decide si es necesario la interconsulta con otros servicios como: Neurología, Otorrinolaringología, Estomatología, Terapia Familiar o derivarlos a la Clínica de Preman (atención al niño maltratado).

En equipo, se realiza un Plan de Tratamiento y en ese momento el psicólogo decide si el niño es candidato a una atención mas profunda, con el fin de llegar a una Impresión Diagnóstica con mayores fundamentos.

Cabe mencionar que a la Coordinación de Psicología llegan pacientes enviados por otros servicios únicamente para la evaluación de un coeficiente Intelectual, o conocer rasgos de la personalidad.

Cuando se tiene contacto por primera vez con los padres es necesario indagar acerca de los sentimientos de los padres en cuanto al motivo de consulta que los llevó a la institución y saber que creen ellos acerca de la causa que le origina el problema da niño. Para los padres es difícil hablar de los que le sucede a su hijo, se muestran resistentes a hacerlo. El equipo interdisciplinario ayuda en ese momento para que disminuya la angustia inicial. Es importante indagar sobre el inicio del problema, cuanto tiempo ha pasado y que fue lo que sucedió para que busquen ayuda. Todos los datos son valiosos en la entrevista de prevaloración porque nos ayudan a formular hipótesis sobre la etiología del problema.

4.2 VALORACION

Cuando hablemos de valoración es para referirnos a la atención directa que tiene el psicólogo con el paciente y su familia, es el momento en que se tendrá una relación más estrecha a través de la aplicación de pruebas psicológicas y de la entrevista con el fin de realizar una exploración general del psiquismo, de las actitudes y conflictos fundamentales del niño, también llegar al conocimiento del contenido mental y efectuar el análisis del material que aporta el niño y los padres, hasta llegar al descubrimiento del origen de los síntomas y la aclaración de sus sentimientos reales.

Al niño como ente individual, se le explica el procedimiento a seguir, es necesario e indispensable realizar una entrevista individual con el niño la cual debe ser no estructurada, no dirigida, no directiva y libre.

Piaget citado en Nahoum Charles, (1985) escribe. "Es difícil no hablar demasiado cuando se interroga a un niño, es tan difícil no sugerir, tan difícil, sobre todo, evitar la sistematización debido a la carencia de toda hipótesis directiva".

El niño no tiene una idea muy clara de lo que es una conversación seria y su propio comportamiento verbal sólo se puede presentar como juego. No tiene la preocupación de transmitir un pensamiento exactamente ya que su pensamiento esta en formación.

Shaw y Lucas citado en Caso Muñoz (1984) habla del "síndrome" de la infelicidad que queda implicado en una constelación de síntomas que comprende: ansiedad, depresión, apatía, aislamiento, ira, miedo, pánico y celos y define la ausencia de felicidad como "es la ausencia de alegría, de placer, de gozo, de todos aquellos sentimientos que son agradables, satisfactorios e interesantes y que hacen que una persona se sienta atraída hacia otra y hacia la vida misma" (Caso p. 54).

La entrevista la podemos empezar, preguntando al niño que le han dicho sus padres acerca del objetivo de su visita al Instituto o cual cree que sea el motivo de la

consulta. El niño podrá exponer su creencia o su imaginación acerca del por que sus padres lo llevan.

En este sentido se ha tenido la experiencia de que el niño nos diga "dicen que estoy loco", "estoy enfermo", "tengo problemas", "estoy mal en la escuela", y en otros casos el niño responde "no se".

Si el paciente carece de información se le sugiere que piense por que otros niños acuden al Instituto igual que él, si expresa temores acerca de la visita, se le explica la manera de como trabaja un psicólogo con los niños, que concepto tiene acerca del trabajo de los profesionistas. Si es un niño llevado a la fuerza o amenazado por sus padres, también se sentirá amenazado por la Institución.

Se le pregunta directamente sobre sus aficiones o el tipo de cosas que le gusta hacer, que juegos le interesan más o que tipo de actividades le resultan más interesantes o divertidas. En este momento podemos revisar el curso de pensamiento, se observa su organización y su capacidad de fijar la atención así como dar una impresión de su capacidad intelectual.

Se explora sobre los lugares que acostumbra asistir, como pueden ser: los parques, con sus vecinos, los lugares donde hay juegos mecánicos (maquinitas) y preguntarle que opinan sus padres acerca de sus visitas a estos lugares. Que cosas le gustan más sobre estos sitios y como es la gente con la que se encuentra, y que es lo que le agrada de esa gente que conoce.

En cuanto a su estado actual académico, se indaga acerca del nombre de su escuela, en que año se encuentra cursando, en que turno asiste, si ha reprobado año o no, si lo han cambiado de escuela y porque, etc.

Las relaciones con sus compañeros es un dato importante de considerar pues ésta información nos proporciona su capacidad de establecer relaciones significativas, sus

identificaciones y sus deseos de relacionarse con los adultos. Ver que planes tienen para el futuro e inferir su identificación psicosexual con actividades que realiza.

Preguntarle con quien vive en su casa, nos da un panorama de las personas significativas para él. Interesa indagar sobre la información que tenga sobre todos los integrantes (padres, hermanos, abuelos, tíos, etc.)

Debemos de alentar al niño para que hable sobre las relaciones familiares placenteras, la relación entre sus padres, o como eran en caso de separaciones o divorcio, y en el caso de una familia reconstruida nos interesa indagar sobre las nuevas relaciones entre la pareja y entre los hijos con la nueva pareja del padre o de la madre.

Siempre es conveniente hablar con el niño sobre las áreas de conflicto ya sea, la escuela, su familia o su vida social.

Al Instituto, llegan niños y adolescentes que les causa ansiedad estar frente a una persona desconocida y no hay la suficiente confianza para poder expresar sus sentimientos; pero también encontramos aquellos niños con facilidad de expresión y podemos valorar el grado en que se ha dado la alianza terapéutica. En algunos casos nos lleva tiempo para lograrla.

En la entrevista con el niño, podemos presuponer la rigidez del super-yo, a través de lo que el niño considere como bueno o como malo, si lo que hace es correcto o incorrecto para la sociedad.

Una vez realizada la entrevista con el niño, se procede a la aplicación de las pruebas psicológicas mismas que son aplicadas e interpretadas por la misma Psicóloga.

La batería aplicada en los niños escolares es la siguiente:

- A. Test de Intelligencia de la Escaia de Wechsler para escolares. WISC-WIPSI.
- B. Test Gestaltico Visomotor de L. Bender

C. Test Proyectivos:

1. Machover. Figura Humana.
2. Familia
3. Casa, Arbol y Persona.
4. Test de Apercepción Infantil. C.A.T. Animales o personas.
5. Frases Incompletas de Sacks para niños.
6. Dibujo Libre (Cromático)

Después de haber realizado la Evaluación Psicológica con el niño se cita a los padres solos para realizar la historia clínica (véase el anexo 8). Con este proceso surge una imagen más clara del mundo interior y exterior del niño y es entonces cuando el psicólogo puede sacar sus propias conclusiones acerca de lo que le perturba al niño en mayor grado, lo cual confirma o niega lo que han dicho los padres o sus tutores.

Con la información obtenida se llega a un Diagnóstico, basándose en el GAT (Manual del Grupo de Avance de la Psiquiatría) que es una tarea de conjuntar el desarrollo del niño con los aspectos somáticos, intelectuales, emocionales y sociales y el DSM-IV. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

Se presenta un plan de tratamiento y sugerencias para los demás profesionistas que participan en el caso clínico.

A continuación se describe un ejemplo de una entrevista con un escolar de 6 años quien se presenta por primera vez con el Psicólogo: Luis José llega acompañado de su madre con media hora de retraso, la madre pide disculpas por su tardanza ya que "tenía otra cosa que hacer". (sic)

Se trata de un escolar de 6 años de edad, parece tener físicamente menos edad, es delgado, bajo de peso, activo, tiende a ser un niño educado, saluda de mano, se desplaza por el consultorio y observa los juguetes, impresiona su coeficiente intelectual brillante, tiene capacidad de verbalizar su problemática, no se observan alteraciones en el curso de su pensamiento.

Después de que el Psicólogo se presentó, se le pregunta al niño sobre su visita al Instituto y responde:

L.J. Mi mamá me trajo, porque ya nos liberamos de mi papá.

E ¿Se liberaron?

L.J. Si, el es un brusco y raro

E ¿Porqué?

L.J. Asustaba a mi hermana

E ¿A tu hermana?

L.J. Si, era un brusco y malvado

E ¿Que quiere decir brusco?

L.J. (Se queda pensativo) yo le dije a mi mamá que nos fuéramos de ese porque era un brusco

E ¿Brusco?

L.J. Si, cuando juega con nosotros nos hace enojar, nos hace maldades y bromas pesadas, mis papás siempre se peleaban.

E Y mamá, ¿Que quería?

L.J. Que nos liberáramos | hasta que me libre!

E ¿Te libraste?

L.J. Mi mamá y mi hermana también, comienza a construir una jaula y dice. Mira esta es una jaula ¿quien crees que esta aquí?

E No sé

L.J. Mira me estoy imaginando una jaula donde hay un león y un águila, ellos adentro se pelean como mi mamá y mi papá.

E ¿Se pelean?

L.J. Si, ¿quien crees que sea el más débil?

E No se, dime tú

- L.J. Pues el águila (se queda pensativo), ella es mi mamá y el león con sus garras le gana al águila, es más indefensa, y ella es mi mamá, mi papá es el león, el león se enoja primero
- E ¿Se enoja?
- L.J. Si, y nos liberamos (jugando deshace la Jaula) has de cuenta, que llega una persona buena atrás de ti y te libera, esa persona es mi mamá.
- E ¿Y papá que hace?
- L.J. Antes me pegaba mucho, ahora ya me libere de él, ya no estoy dentro de él
- E ¿Y mamá?
- L.J. Ya nos liberamos, ya no se pelean
- E ¿Y tu que quieres?
- L.J. Así somos felices todos, ahora vivimos con mi abuelita Silvia y mi abuelito Víctor....

Con éste ejemplo se hace un análisis de la capacidad de los niños de poder expresar sus sentimientos de miedo, preocupación, "de sentirse liberados" ante una problemática de sus padres. En este caso se trata de una pareja con severos problemas de agresión física y verbal desde el comienzo de su matrimonio.

4.3 TRATAMIENTO PSICOLOGICO

El tratamiento debe de llevar al niño a un estado de equilibrio y adaptación en forma constructiva y activa a su medio. A partir del momento en el que se formula un diagnóstico se establece un plan de tratamiento y el éxito dependerá de los conocimientos y habilidades del psicólogo, de la capacidad para examinar con un punto de vista crítico su propia actuación, tiene que estar alerta frente al niño y que éste se sienta comprendido y aceptado.

El psicólogo debe de proponer sus objetivos tomando en consideración las características de personalidad (resultados de la evaluación psicológica) y los síntomas que presenta, así como el medio familiar y social en que se desarrolla.

Para seleccionar a los niños en un grupo se debe de tomar en cuenta el Diagnóstico psicológico, la Historia Clínica, el Diagnóstico Psiquiatrico, Diagnostico Familiar y en ocasiones un Diagnóstico Neurológico.

Los criterios de inclusión a la terapia de grupo son:

- a) Pacientes que se encuentren dentro de la etapa escolar (6-8 años, 8-10 años y 11 a 12 años).
- b) Pacientes que presenten problemas de conducta como un primer diagnóstico y como resultado de una conflictiva emocional.
- c) Pacientes que hayan sido evaluados con pruebas psicológicas y que obtengan un coeficiente intelectual dentro de los parámetros normal promedio (90-109), normal brillante (110-119) o más arriba de lo esperado para su edad.
- d) Pacientes que tengan tiempo disponible para asistir una vez a la semana a la sesión de grupo.
- e) Pacientes que provengan de familias que se involucren en el tratamiento y que tengan tiempo de asistir a su sesión de orientación.
- f) Pacientes que radiquen dentro del Distrito Federal o en la Zona Metropolitana.

Cuando ya se seleccionaron a los niños se hacen grupos de 3 a 5 integrantes. La terapia es otorgada una vez a la semana, con duración de 55 minutos.

Anterior a esta etapa, se tiene que tomar en cuenta la comprensión y la aceptación que demuestren los padres acerca de las sugerencias de tratamiento. Se les explica el seguimiento y se les pide su autorización. El psicólogo debe descubrir la involucración de los padres e hipotetizar su participación activa en el tratamiento.

Cabe hacer mención que los padres reciben orientación paralelamente cuando el niño esta en la sesión y este grupo de orientación a los padres esta dirigido por enfermeras psiquiátricas y por trabajadoras sociales psiquiátricas.

El psicólogo cita a los padres una vez al mes, con el fin de retroalimentar la orientación y que entre ellos surjan alternativas de solución para el manejo de los niños.

La técnica del trabajo grupal con los padres permitirá revisar y en algunos casos rectificar la estructura de las imágenes y representaciones que los padres tienen de los distintos miembros de la familia, así como la imagen propia que tienen de ellos.

En estas sesiones los padres se escuchan mutuamente y trabajan sus preocupaciones, sus culpas, pero esto no los inhibe de su responsabilidad ante el problema. Entre los padres en el grupo se llegan a conclusiones, a la búsqueda de acciones para mejorar las relaciones ambientales que están causando problemas emocionales en el niño, entre ellos se da un proceso de retroalimentación y cada uno con sus experiencias actúa para apoyar al otro. Sin este proceso terapéutico sería menos exitoso el trabajo con el niño, pues debemos trabajar su ambiente familiar a través de los padres. En ocasiones los padres solicitan atención individual y se les otorga una cita subsecuente o se les atiende al término de la sesión cuando el caso lo amerite.

El Doctor Estrada-Inda, en su artículo titulado El Papel de los Padres en la Psicoterapia de Niños (1991) hace referencia de la importancia de trabajar con todo el sistema familiar, padres, hermanos, tíos, etc. "se sabe con certeza que intervenir con un

niño es intervenir en toda la familia. No es de extrañarse entonces, que las resistencias a las modificaciones que exige el tratamiento se produzca no solamente en el niño, sino en todo el sistema al que pertenece”.

Ante esta reflexión se tiene que considerar las relaciones psicológicas, familiares y sociales con las que cuenta el niño, pues es incapaz de realizar por su propia fuerza una transformación dentro de su ámbito familiar para poder escapar de una atmósfera que lo enferma, no puede elegir el lugar o buscar un ambiente diferente para desarrollarse, a su edad no puede separarse de las personas que lo están perjudicando. En el círculo de su familia muchas veces se ve obligado a desempeñar un papel que no le corresponde, si se le ayuda al niño al cambio de su entorno familiar podrá obtener energías y podrá fortalecer a su yo en el curso del tratamiento.

Ahora bien, en cuanto al trabajo con los niños a ellos también se les explica que tendrán que asistir sus padres y estarán en otro consultorio mientras ellos están en grupo, con la finalidad de que ellos reciban orientación .

En la primera sesión de trabajo en grupo con los niños, se hace la presentación tanto de la Psicóloga como de todos los integrantes, se trata de que ellos mismos se presenten y digan que piensan acerca de estar en grupo, con esto podemos conocer sus expectativas, sus fantasías, sus deseos de asistir o su negación al tratamiento.

Cuando se trabaja en grupo, una de las formas de promover la comunicación y la cohesión grupal entre el niño y el psicólogo es de situarse a un mismo nivel, ya sea sentados en círculos en el piso y/o en sillas pequeñas.

Esta disposición pone en contacto visual al niño con sus iguales y con el psicólogo, nadie es más importante dentro del grupo.

Se establece el rapport entre el grupo con el fin de obtener confianza y participación esto facilita la apertura, la experiencia y las Interacciones.

Se comenta sobre las "cosas" que pueden hacer dentro del grupo y lo que no es permitido, aquí cabe hacer mención de lo dice Bixler (1949) citado en Charles. E, en su artículo titulado " Limits are therapy ", que sugiere que el terapeuta establezca límites. No se le debe de permitir al niño que destruya las propiedades de la habitación excepto el equipo de juego. No se le debe de permitir al niño que ataque físicamente al terapeuta y a los demás niños. No se le debe de permitir al niño que permanezca más tiempo del programado para la sesión. No se le debe de permitir al niño que saque los juguetes del consultorio.

Para el tratamiento en grupo debemos de considerar estas limitaciones, pues recordemos que el escolar esta en proceso de controlar sus impulsos agresivos, su motricidad, su acting-out. Debemos de estar alertas al contenido de la sesión que nos da la pauta para que el niño se ponga en acción. Por ejemplo, durante una sesión se observa a un escolar con pobre control de la agresividad y puede llegar a golpear a otro integrante, el psicólogo deberá de controlar su actitud antes de que se de la acción.

A través de la técnica de señalamientos y confrontación los niños se enfrentan a sus experiencias reales y actuales, aquí cabe mencionar que el psicólogo trabaja el aquí y el ahora de la conflictiva emocional. Cuando el niño procesa de manera adecuada la información, podemos entender la madurez emocional y la capacidad de empatía.

Es importante destacar que el tiempo mínimo de tratamiento será de seis meses, esto puede prolongarse dependiendo del avance que presente el compromiso de la familia.

4.4 EVALUACION DEL PROCESO GRUPAL

Todo proceso terapéutico no se desarrolla de manera automática, va a depender de la alianza terapéutica que se haya establecido entre el psicólogo y el paciente.

Para evaluar el proceso del grupo, es de vital importancia tomar en cuenta las primeras sesiones de trabajo, registrar de manera detallada las palabras, actitudes, el afecto que presentan los niños, la relación interpersonal entre ellos y con la psicóloga, las identificaciones y las resistencias al tratamiento que puedan presentarse.

En sesiones continuas habrá cambios que debemos de identificar, regresiones o progresiones en su conducta; en otras sesiones observaremos resistencias que se trabajarán, sin embargo esto no debe de preocuparnos pues lo contemplamos dentro del mismo proceso.

El niño puede dirigir su enojo o coraje contra sí mismo, contra sus compañeros o en contra del psicólogo, lo que le dará más seguridad pues cada vez es más capaz de enfocar su agresividad fuera de él mismo y en este momento si el psicólogo acepta su actitud, el niño sentirá que es comprendido y aceptado y se dará la transferencia.

El enojo puede haber sido transmitido en las primeras sesiones en contra de los mismos juguetes, golpeándolos, destruyéndolos, aventándolos y este enojo o este impulso agresivo poco controlado, puede después ser desplazado a sus hermanos, a sus padres o a otro objeto de amor. Es en este momento que la familia puede estar a disgusto y volcar su preocupación hacia el terapeuta el cual deberá de orientar sobre el proceso normal y conductas esperadas, esto con el fin de tranquilizar a los padres, de no hacerlo de esta manera se corre el riesgo de que los padres suspendan el tratamiento, de aquí la importancia del trabajo con los padres y del contrato terapéutico que se haya establecido.

En la experiencia clínica, se registra el surgimiento de temores, de sentimientos de agresividad, de enojo, coraje, inconformidad y de una regresión a etapas primitivas y a

medida que el niño pueda expresar y liberar sus sentimientos negativos en forma directa y que el psicólogo pueda aceptar estas expresiones, el niño ya no dependerá de sus sentimientos atemorizantes.

Cuando el niño registra que el terapeuta acepta esta liberación de sentimientos, a través de la acción o verbalización, el niño se podrá habilitar para sentirse bien internamente como una persona con sus propias expectativas y sus propios sentimientos.

Durante el proceso, el niño se va sintiendo menos malo, con más valor, aceptado y sus sentimientos ambivalentes que pudo haber sentido al comienzo del tratamiento hacia el terapeuta van desapareciendo, pero entre más se exprese durante las sesiones, la misma ambivalencia va disminuyendo .

Ahora bien, tomando en cuenta la experiencia laboral, la evaluación del progreso en el niño a través de la terapia de grupo la podemos llevar a cabo de la siguiente manera:

1. La observación directa que el psicólogo realiza de la conducta del niño durante la sesión, la cuál se transcribe en su expediente personal, tomando en cuenta las actitudes, el contenido del afecto, el manejo del material, las palabras que utiliza la forma de interacción tanto con sus compañeros como con la psicóloga.
2. Se valora con los niños su autoestima.
3. Se valora y se maneja la disminución de culpas, sentimientos de minusvalía, inseguridad y autodevaluación (rasgos que se obtienen durante la evaluación psicológica, de la clínica y dentro del proceso).
4. Se valora que el niño logre una verbalización de sus sentimientos negativos que provoquen un adecuado manejo de estos y por lo tanto un relajamiento emocional que repercute en una mejor adaptación en el medio ambiente en que interactúa.
5. Se lleva el control en un protocolo de registro que contiene la fecha de la sesión, conductas surgidas durante la misma, el proceso del grupo y conclusiones.
6. Se valora las resistencias que algunos niños presentan para asistir a la terapia. Esto se hace a través de confrontaciones y al análisis de su conducta.

7. Verificar si se da la alianza terapéutica.
8. Valorar el grado de empatía que se establece entre el niño y el psicólogo.
9. Valorar las percepciones del progreso del niño por parte de quien hizo la referencia.
10. Las observaciones que los padres hacen de manera directa, las cuales expresan el día en que se reúnen en grupo con el psicólogo, con las referencias y anotaciones que ellos hacen se puede inferir progresos y regresiones y es en este momento que se les orienta sobre las conductas que se pueden esperar dentro y después de que los niños están en proceso terapéutico.
11. La valoración con los padres se realiza a través de señalamientos y confrontaciones del método disciplinario que utilizan y con sugerencias u opiniones de los padres se buscan las mejores alternativas de solución, tomando en cuenta la experiencia de cada uno.
12. En algunos casos se hace necesario la comunicación escrita o telefónica con el maestro del niño, a través de una libreta, donde el maestro reporta el aprovechamiento y la conducta del niño.
13. El trabajo en grupo es comentado con el equipo interdisciplinario, con el psiquiatra, con el trabajador social psiquiátrico o con otro profesionalista. Los comentarios acerca de la evolución del paciente se toman en cuenta para la evaluación.
14. En casos de que se requiera, se solicita una vista domiciliaria con la trabajadora social psiquiátrica o con la enfermera psiquiátrica y con la información obtenida se puede valorar aspectos del ambiente familiar y como éste influye en el niño.

4.5 TERMINACION DEL TRATAMIENTO

Hablar de la terminación de un proceso terapéutico en el niño escolar conlleva al análisis de factores que pueden influir en su desarrollo idóneo, no es fácil tomar una decisión de cuando concluir el tratamiento, sin embargo en el trabajo con los niños podemos valorar avances en relación a sus sentimientos que expresan y cuando se ha analizado y descubierto el origen del síntoma por el cual el niño es llevado a ver al psicólogo, podemos tomar estos factores para darlo de alta.

Ahora bien, cuando un niño, dentro del INSaMe ha llegado al término de su tratamiento, se les orienta a los padres sobre las posibilidades de que el niño manifieste otras conductas o tenga un proceso regresivo que sería como respuesta al abandono del tratamiento.

Cabe mencionar que antes de llegar al fin del tratamiento, las sesiones que se otorgaban una vez a la semana, se van programando una vez cada quince días y después una vez al mes, dejando cita abierta por si se presenta un problema difícil de manejar por el niño y por los padres.

Se le informa con anterioridad al niño sobre la terminación, tal vez arrojen el mismo u otro síntoma en un intento de prolongar el tratamiento en grupo.

Es importante señalar, que el proceso de evaluación en cada niño es diferente, encontrando así a menores que superan el problema en menor tiempo y otros lo prolongan, esto puede deberse a que existen padres a que se comprometen y ayudan al manejo del niño en el hogar.

Por otro lado, se ha observado que los niños en donde se prolonga su tratamiento son los que tienen mayor conflictiva, bien sea por problemas de los padres o de la familia. Podemos concluir que la familia es un factor que puede ser precipitante y perpetuante del conflicto en el niño.

4.6. VIÑETA CLINICA

Con el fin de ejemplificar el manejo terapéutico en niños escolares a través de la terapia de grupo expondré el producto del proceso de observación directa fundamentada en mi experiencia clínica. Los nombres utilizados de las pacientes sustituyen al verdadero.

Comenzaré narrando el caso clínico de Berenice a quien se le integró a un grupo de terapia después de haber trabajado individualmente con ella.

El caso de esta pequeña de 6 años, ilustra el atraso en el desarrollo psicológico por presentar conflictos emocionales como respuesta a una alteración en el subsistema marital.

La niña es tralda por su madre al Instituto por presentar: berrinches, desobediencia, rebeldía, succión del pulgar (desde los 3 años de edad), onicofagia. Sus padres presentan conflictos principalmente por la educación de los hijos y problemas económicos separándose cuando la paciente tiene 5 años de edad. Cita la madre "que el padre constantemente sabotea las indicaciones de la madre y habla "mal de ella", apreciando en Berenice desobediencia, inquietud, dice mentiras, en la escuela se observa poco participativa, "distralda", con un aprovechamiento deficiente" sic. Ambos padres trabajan en el mismo lugar por lo que el contacto con el padre es constante.

En la historia de Berenice, se registra que es la primera hija, proviene de una familia desintegrada a causa de la separación de los padres, es producto de un embarazo no planeado, no deseado pero aceptado.

La pareja mantenía relación de noviazgo y al enterarse del embarazo deciden contraer matrimonio. La madre refiere que no deseaba unirse, pues la relación le provocaba "miedo", pero al mismo tiempo, por conflictos con sus padres tenía la necesidad y el deseo de independizarse.

Durante el embarazo se mantiene deprimida, presenta náuseas, llora con facilidad, rechaza el acercamiento íntimo de su pareja, lo que origina el enojo y la tendencia a embriagarse.

Es atendida y vigilada médicamente, el parto es eutócico, no se presentan complicaciones, bloqueo epidural, sin datos de hipoxia ni ictericia. Peso al nacimiento 2,450 kg. talla 50 cm. apgar 8,9, sostén cefálico 3 meses, sedestación 7 meses, bipedestación 8 meses, deambulación 12 meses.

Fue alimentada al seno materno durante 15 días únicamente "tenía poca leche" (sic) madre, se le dió el biberón sin presentar ningún problema al succionar, después de un año y medio de edad se da el destete paulatino, ablactación a los tres meses de edad a base de papillas y jugos presentando poco apetito ocasionando angustia en la madre la cual no tolera esta situación, forzando a la menor para que ingiriera los alimentos.

Se desconoce la edad en que durmió durante toda la noche, duerme en la misma recámara que el hermano pero cada uno en su cama. A los dos años de edad la menor teme quedarse sola, ocasionalmente por las noches se va a la cama de su madre y se queda ahí, este evento durante un año aproximadamente. Los padres presentan conflicto de pareja y el padre decide quedarse en la cama de Berenice.

El adiestramiento del control del esfínteres fue practicado por la guardería, siguiendo la madre las indicaciones y sin presentarse ninguna alteración en esta área. A la edad de 4 años hace preguntas sobre el origen de su nacimiento, explicándole la madre que estuvo "en su pancita durante un tiempo" (sic). a esta misma edad hace preguntas sobre la diferencia de sexos, "porqué mi hermano es hombre y yo soy mujer" (sic).

A los 4 meses ingresa a la guardería, con un horario de 7:00 a 16:00 horas, a los 4 años ingresa al kinder con el mismo horario, no registran datos de inadaptación.

La madre le dedica tiempo de supervisión a la niña para las tareas escolares, y debido a la conflictiva de pareja, la relación afectiva entre madre e hija es deficiente. Berenice busca la compañía del hermano menor para el juego pues la madre limita las relaciones con sus iguales extrafamiliares.

Desde que Berenice tiene 3 años de edad el padre mantiene relaciones con otra pareja, siendo la convivencia con los hijos muy limitada y cuando establece una relación familiar ésta es conflictiva, percatándose los hijos de la problemática.

Actualmente cursa el 1º de primaria con bajo rendimiento académico y con la conducta referida en el motivo de consulta.

En la evaluación psicológica obtiene una coeficiente intelectual total de 125, que corresponde a una capacidad intelectual superior.

Resumen Interpretativo

Berenice posee una buena dotación natural y manejo de lenguaje, así como procesos de pensamiento que requieren: Atención, Memoria, Concentración y Manejo de conceptos numéricos.

Es capaz de adaptarse a las circunstancias del medio. Posee ambiciones intelectuales y tiende a utilizar la intelectualización, por lo que puede formar juicios lógicos, pensar en las consecuencias de sus actos, efectuar abstracciones, generalizaciones y asociaciones, manejando procesos que requieren análisis y síntesis en forma superior a lo esperado a su edad cronológica. Sin embargo, prefiere apearse a los estímulos concretos que le dan seguridad y control sobre las situaciones.

Su capacidad para organizar la información visual y mantenerse alerta a detalles es satisfactoria, por lo que puede darse cuenta de lo que sucede a su alrededor.

Posee elevadas aptitudes para realizar tareas de tipo imitativo y aquellas que requieren coordinación visomotora, planeación, anticipación, velocidad y exactitud.

A pesar de que mantiene interés por el ambiente que le rodea, la estimulación que recibe de este es insatisfactoria pues percibe presión y esto le afecta limitando algunas de sus habilidades.

Existe una discrepancia significativa de 20 puntos entre la escala verbal y la escala de ejecución, lo cual nos sugiere la presencia de afectos sobrecargados que le generan ansiedad y depresión y que repercuten en su rendimiento académico. Los factores desencadenantes del estado emocional de la paciente surge del medio familiar en que se desenvuelve. Presenta, por sus respuestas, temor a la destrucción y no percibe apoyo ni protección por lo que tiende al fracaso con facilidad.

BENDER:

Berenice presenta una edad equivalente de acuerdo a Koppitz de 8 0/12 a 8 5/12, es decir, una madurez en el desarrollo visomotor e integración de la guesalt superior a lo esperado para su edad cronológica. En cuando a los indicadores emocionales se observan rasgos de inestabilidad, probablemente debido a que experimenta ansiedad y constricción manifestándose con una conducta retralda y tímida. Sin embargo, también aparece agresión e impulsividad en conductas de tipo acting-out.

PROYECTIVAS:

(Machover, HTP, Familia, CAT-Animales y Bender).

Berenice presenta sentimientos de inadecuación social, inferioridad y ansiedad, por lo que tiende a mostrarse introvertida, rígida, con conductas de tipo compulsivas y utiliza principalmente como mecanismo de defensa la regresión, a través de actitudes orales por una falta de satisfacción de necesidades afectivas básicas, manifestándose dependiente.

Aunque su estructura yoica se encuentra en proceso de formación y en general es fuerte, ocasionalmente presenta dificultades en el control de los impulsos agresivos y sexuales, los cuales tiende a reprimir. A pesar de ello, muestra agresividad y

autoagresión a través de conductas acting-out y finalmente se deprime pues no logra el control deseado. Como mecanismo de defensa compensatorio utiliza la fantasía, lo cual afecta sus relaciones interpersonales alejándola de los contextos reales.

En gran parte su inseguridad no le permite tener confianza en las situaciones sociales y de productividad.

Existe un conflicto en la identificación y atracción de las figuras parentales, debido a la etapa por la que cruza la infante, habiendo culpa exacerbada por la desunión parental y además por las circunstancias que vive (separación de los padres) experimenta sentimientos de ambivalencia hacia ambas figuras.

Dentro del hogar y ambiente familiar percibe constricción, rechazo y agresión desde edades muy tempranas, además de un distanciamiento entre los miembros que conforman a la familia presentándose los padres lejanos y poco accesibles por lo que hay una Inconsistencia dentro de este medio. Debido a ello la paciente busca autonomía para alejarse de los conflictos que vive y no logra manejar, mostrando lucha y esperanza por recuperarse y salir adelante.

La figura materna es valorizada y dominante. Sin embargo, se vive solamente como proveedora de aspectos materiales pero no afectivos, Berenice trata de evadir las partes agresivas de la figura materna y siente ser un obstáculo para la felicidad de ésta.

Desvaloriza a la figura paterna, la percibe enojada y no siendo estable su relación con ésta le causa irritación y enojo.

La inatención, el abandono y los sentimientos de soledad son predominantes, por lo que muestra ansiedad y dificultades en el manejo de los afectos. Hay temor al abandono y al castigo por parte de las figuras parentales, por lo que procura evitar conductas espontáneas pues ante estas recibe un castigo, principalmente de la figura materna.

Mantiene fuertes deseos de castigar a las figuras parentales y provocarles sufrimientos, sin embargo, ésto le causa culpa y rápidamente intelectualiza para justificar estos impulsos destructivos.

Hay alianza e identificación con el hermano, del cual se siente responsable. Presenta un importante instinto maternal así como deseos de proteger y ayudar (principalmente al hermano).

Parece haber un conflicto importante entre las estructuras del superyo y del ello, y al no estar bien fortalecida su estructura yoica el manejo que da a las defensas es inadecuado.

Debido a la edad en la que se encuentra, presenta con facilidad pensamientos mágicos.

En cuando a la emotividad, esta es amplia tanto internamente como lo que puede expresar al exterior. No obstante, interrumpe sus reacciones, siendo la expresión de los sentimientos dolorosos pobre. A pesar de estar consciente de la separación de los padres tiene deseos de que la pareja esté unida.

Siente que debe pagar con un castigo por los hechos que otros han cometido (figuras parentales).

Se preocupa por sí misma y por el mundo que le rodea y aunque le causa confusión el contacto con su medio a través de actitudes obsesivas procura mantener una estructura. A pesar de sus habilidades hay fallas en aspectos intelectuales debido al ambiente.

Presenta temor a la muerte, al abandono y angustia ante la pérdida del padre. Berenice es creativa, tiene un adecuado nivel de energía y en el fondo percibe seguridad pues hay partes sanas dentro de la familia, ya que la terapia de la niña ha sido constante. Además, aunque haya vivenciado una serie importante de frustraciones el deseo y la

Mantiene fuertes deseos de castigar a las figuras parentales y provocartes sufrimientos, sin embargo, ésto le causa culpa y rápidamente intelectualiza para justificar estos impulsos destructivos.

Hay alianza e identificación con el hermano, del cual se siente responsable. Presenta un importante instinto maternal así como deseos de proteger y ayudar (principalmente al hermano).

Parece haber un conflicto importante entre las estructuras del superyo y del ello, y al no estar bien fortalecida su estructura yoica el manejo que da a las defensas es inadecuado.

Debido a la edad en la que se encuentra, presenta con facilidad pensamientos mágicos.

En cuando a la emotividad, esta es amplia tanto internamente como lo que puede expresar al exterior. No obstante, interrumpe sus reacciones, siendo la expresión de los sentimientos dolorosos pobre. A pesar de estar consciente de la separación de los padres tiene deseos de que la pareja esté unida.

Siente que debe pagar con un castigo por los hechos que otros han cometido (figuras parentales).

Se preocupa por sí misma y por el mundo que le rodea y aunque le causa confusión el contacto con su medio a través de actitudes obsesivas procura mantener una estructura. A pesar de sus habilidades hay fallas en aspectos intelectuales debido al ambiente.

Presenta temor a la muerte, al abandono y angustia ante la pérdida del padre. Berenice es creativa, tiene un adecuado nivel de energía y en el fondo percibe seguridad pues hay partes sanas dentro de la familia, ya que la terapia de la niña ha sido constante. Además, aunque haya vivenciado una serie importante de frustraciones el deseo y la

esperanza de salir adelante indican que hay movimiento por lo que puede haber un buen pronóstico para la recuperación.

Con base a la información anterior podemos llegar a tres tipos de diagnóstico:

Diagnostico Fenomenológico:

De acuerdo al GAT, la niña presenta una Desviación en el Desarrollo Psicoafectivo, predominando los sentimientos de ansiedad y depresión.

Diagnóstico Dinámico o Estructural:

Presenta regresión a etapas más tempranas por lo tanto la podemos ubicar a una etapa preedípica.

Diagnóstico Familiar:

De acuerdo a la clasificación Triaxial de la familia se percibe una disfunción familiar primaria (sub-sistema pareja), predominando una disfunción relacionada con la crianza y educación de los hijos.

PLAN DE TRATAMIENTO

En el trabajo de equipo interdisciplinario se decide que Berenice sea atendida a través de terapia individual y posteriormente integrarla a un grupo de terapia.

- A los padres se les envía a la Clínica de Terapia de pareja con el fin de elaborar el proceso de divorcio.
- Se envía a los padres para que asistan paralelamente a las sesiones de orientación e información por parte del equipo de las enfermeras psiquiátricas.

A continuación se describirán sesiones tanto individuales como grupales a fin de ejemplificar la manera del trabajo y del tratamiento psicológico a través de la terapia de grupo y el trabajo con los padres de manera grupal, como eje primordial del tratamiento.

Primera Sesión Individual

Berenice, es una niña de bajo peso pero alta de estatura, su color de tez es blanca, se muestra con baja energía, su apariencia es de una niña triste. Llega a la primera sesión de terapia individual, me saluda pero se mantiene callada, no me mira a los ojos, la invito a pasar al cubículo, me siento a su lado y le pregunto si sabe qué vamos a hacer, no me responde y se empieza a chupar el dedo; se habla sobre la manera en que se trabajará y se le explica lo que puede hacer y lo que no se le permite durante la sesión, ese tiempo es suyo y mientras su mamá estará trabajando en otro cubículo con un grupo de enfermeras. Se le enseña el lugar donde están los juguetes y que ella puede elegir el juego que desee. También se le aclarará que en ocasiones hablaremos de cosas que le interesan, situaciones difíciles, que no nos gusta recordar pero que tenemos que platicar.

Después se dirige al closet y toma un rompecabezas y empieza a armarlo, continúa sin mirarme y le digo que si quiere me puede invitar a jugar. Cuando me pide algún juego se observa un tono de voz infantilizado, se lo señalo y esto hace que se enoje, muestra su impulsividad cuando intenta armar el rompecabezas, toma las piezas con fuerza, se queda callada y no se mueve de su lugar.

Segunda Sesión Individual

Llega puntual a su cita, me saluda, se sienta y se queda callada, le recuerdo que puede hacer lo que quiera durante el tiempo de su sesión. Escoge nuevamente el rompecabezas y se sienta en el suelo. Me siento a su lado y al preguntarle como está, contesta "que es mejor que se separen sus padres" sic (nuevamente su voz pueril). En esta sesión se habla sobre el sentimiento ambivalente de la niña, quiere que sus padres se separen pero a la vez quiere que ellos vivan juntos.

Tercera Sesión Individual

Llega y se sienta en el suelo, se chupa el dedo, me siento a su lado y se queda callada, se levanta y va en busca de los juguetes, otra vez escoge el mismo rompecabezas. Al preguntarle como está se queda callada y después de un momento de silencio responde que bien, "pero que es mejor que sus padres vivan separados, porque si se vuelven a juntar se van a seguir peleando". sic.

Se trabajó dos sesiones individuales más, en donde el tema principal era la separación de sus padres y la actitud de la niña se mantenía infantilizada. Se decide ingresar a Berenice a un grupo de terapia de juego, ya que se planteó como objetivo trabajar los sentimientos de abandono, enojo, lealtad, que surgen a causa de la separación de sus padres, mismos que se podrían manifestar si la niña se viviera en un grupo homogéneo en cuanto al conflicto emocional.

Sesiones de Terapia de Grupo

Del proceso de grupo se describirán algunas sesiones que fueron escogidas por el contenido de la sesión y el manejo que se fue dando tanto con las niñas como con los padres. Cuando ingresa Berenice al grupo éste ya estaba formado por dos menores de la misma edad.

Se les explicó brevemente en las sesiones anteriores que ingresaría una nueva niña al grupo. Igualmente a ésta se le habló sobre la posibilidad de que ella compartiera ese espacio de la sesión con otras dos niñas.

El grupo esta formado por Berenice, Claudia y Daniela, dos de ellas viven el proceso de separación y divorcio de sus padres, otra presenta enuresis y sus padres están en constantes separaciones y reconciliaciones. Las tres niñas presentan problemas de conducta en el hogar y en la escuela han bajado de calificaciones.

Berenice y Daniela comienza a jugar damas chinas, parece que se relacionan bien, mientras Claudia se sienta sola en el piso y escoge un rompecabezas.

Se le pregunta a Daniela porque no asistió a la sesión pasada y responde que estuvo enferma y luego dice que tuvo examen, se le hace la aclaración de la doble respuesta y se quedan callada.

A Berenice se le hace el señalamiento de que ya no habla como niña chiquita y responde que sólo cuando esta con su papá para que jueguen a los bebés. Claudia permanece callada y aislada, se le pregunta porque no quiso entrar al grupo y responde que tenía "calentura" sic y Daniela interrumpe y le dice que no quiso entrar porque no iba a entrar su mamá con ella, la niña voltea a verla y no le responde. Se refuerza el señalamiento que le hace Daniela. Se comenta sobre el día del amor y la amistad y Claudia y Daniela dicen que "la gente se quiere", pero Berenice responde que unos si y otros no, "como sus papás que ahora son amigos" sic. Al preguntarle por qué, responde, ellos dicen "cosas diferentes o porque se pegan y a las mamás no les gusta que los papás les peguen" sic. En ese momento se les aclara que algunos padres dejan de amarse y tienen problemas y a veces se pelean, pero como adultos tiene que resolver sus problemas y los hijos no tienen la culpa de esto. Daniela y Berenice voltean a verme y responden que ellas no tienen la culpa.

En esta sesión se le hace el señalamiento a Berenice de que ya no se chupa el dedo y responde que se lo chupaba para sentirse más chiquita, ya que los bebés son los que se chupan el dedo.

Sesión Grupal

En esta sesión llega primero Claudia, se queda sentada y callada, minutos más tarde llega Berenice, se observa alegre y escoge la memoria invitándola a jugar, Claudia acepta y en esa sesión se observa la interacción social de la niña. Daniela no asistió a la sesión.

Sesión Grupal

Se presenta Berenice, Daniela y Claudia se observan atentas, inquietas y se dirigen al closet cada una escoge un juego, Berenice el rompecabezas, Daniela la memoria y Claudia escoge una muñeca. Se les pregunta como les fue el día del padre, Berenice dice que no estuvo con su papá pero que le habló por teléfono, Daniela encoge los hombros y dice que no se acordó, al preguntarle porque sería que no se acordó, Claudia Interviene y dice "que su papá es un gacho" se quedan calladas y se unen a Daniela que es la que tiene el memorama y organizan su juego. Claudia dice que se aburre y se aparta y juega sola. en la memoria gana Daniela y dice que a ella no se le olvida nada y se le hace el señalamiento de que se le olvido el día del padre. Berenice le dice que ella no quiere a su papá, se queda callada y después platica con Daniela, Claudia voltea y le dice a Berenice que esta hablando como una niña chiquita y ésta responde que quiere tener un hermanito, Claudia le dice que ya no puede porque sus padres están separados y le contesta que si se casan con otro si puede y así tendrá una "madrastra". Daniela hace el comentario de que antes que iba a casa con él, la que se casó con su papá tuvo un bebé, cuando iba a su casa se escondía abajo de la cama por que no la quería ver. Claudia le dice, "ni modo hija así es la vida y te aguantas" sic. Se comenta que hay situaciones difíciles y cosas que no nos gustan y tenemos que estar ahí, aunque el problema no es de Daniela sino de sus padres. Berenice dice que ella se puso triste cuando su papá le dijo que se iba a divorciar, pero que ella si le gusta ver a su papá. Daniela dice que a ella no le gusta, al preguntarle por qué, interviene Claudia y dice "así es la vida de ingrata". sic.

Sesión Grupal

Se presenta Berenice, Daniela y Claudia llegan puntuales y juntas. Berenice funge como ilder y les dice que van a jugar a la memoria, comienzan a jugar y al parecer interaccionan bien, Claudia se muestra un poco distraída. Berenice habla de que esta viviendo en la casa de su papá, pues son vacaciones "le toca a mi papá quedarse con nosotros" sic., dice que extraña a su mamá pero si se va con ella extraña a su papá y

ahora se queda con Lupita (la nueva pareja del padre), la cual va a tener un bebé, "tiene un bebé en la panza y se lo van a sacar" sic. Se le pregunta quién es el papá y dice que no sabe, pero que ella "espía a su papá" sic. Daniela habla de que tiene una hermanita pero no de su mamá, que nació de otra esposa de su papá. Se habla de que algunos padres se separan y vuelven a tener otra esposa o esposo, como es el caso de Daniela y de Berenice y en ocasiones también vuelven a tener otros hermanitos. Voltea Berenice, me ve y dice que son los "hermanastros". Daniela interviene y habla de su media hermana, diciendo que es una bebé y que la quiere mucho y Berenice dice que quiere tener una hermanita, en ese momento Claudia dice que su mamá esta embarazada.

Sesión Grupal

Continúan asistiendo de manera regular. Se observa que Berenice llega alegre y habla de que nació su nuevo hermanito y que cada 15 días lo visita y le dice a Lupita que le deje darle la mamila, tanto Daniela como Claudia permanecen calladas y se mantienen escuchando. Se le pregunta si mamá ya esta enterada del nacimiento del bebe y después de un momento de silencio y con tono de voz bajo, dice que esta triste pero que a ella no le cuenta las cosas "para que su mamá no se sienta triste" sic. y Daniela le dice que también su mamá se puso triste, después escoge Berenice la memoria y las invita a jugar, en esta sesión me invitan a participar.

Sesión Grupal

Llega Berenice y Daniela, ahora no asiste Claudia. Se observa a Berenice triste, sus movimientos son lentos, viene despeinada, se muestra callada, toma un rompecabezas y se sienta sola en el suelo, me acerco y le digo que ahora la veo triste, le pregunto que le pasa, no me responde, me quedo a su lado y luego de un momento de silencio comienza a hablar de su nuevo hermanito y que a veces no la dejan que lo toque. Se le aclara que los niños pequeños necesitan cuidado y protección que aún no se pueden valer por sí mismos y ella es pequeña para hacerse responsable de un bebé. Después dice que "le mintió" a su papá, que van a pelear por su "culpa", le dijo a su papá, que su mamá iba a salir y que ella podría llegar el domingo una hora más tarde" sic. y cuando llegamos ayer

a casa de mi mamá, ella ya estaba enojada con mi papá porque nos entregó más tarde. Se hace el señalamiento a Berenice de sus miedos y de la necesidad que tiene de mentir para poder estar más tiempo al lado de su padre y de la falta de confianza que le tiene a sus papá para decirles que quiere estar más tiempo con él, en esos momentos me interrumpe y dice que "no le quiere decir a su mamá porque se sentiría triste".sic.

Las sesiones grupales continuaron, el trabajo con Berenice duró aproximadamente un año, mientras que Daniela y Claudia lo interrumpieron a los ocho meses y nueve meses respectivamente.

Se trabajó con los padres una vez al mes en grupo, pero en el caso de Berenice se trabajó con cada uno de los padres por separado y en citas subsecuentes, ya que ambos, por el proceso de separación, no permitían estar juntos, sin embargo hubo necesidad de trabajar con la pareja durante tres ocasiones, independientemente de que ellos asistieran a terapia de pareja. Se descubrió la dificultad para llegar a acuerdos y para hablar con los hijos sobre la situación actual, esto referente al nacimiento del niño de la nueva pareja del padre. Se ocultaba la verdad por no herir a sus hijos y sin embargo ellos utilizaban la fantasía y la regresión para poderse adaptar.

Durante el proceso del grupo, la madre se relaciona afectivamente con otra pareja, a la cual la niña no logra aceptar y trata de manipular la situación con el padre biológico, apoyándose en constantes mentiras sobre un supuesto maltrato físico por parte de la pareja de la señora, lo cual no fue ratificado por la madre.

Berenice utilizaba la mentira para enfrentar frustraciones y desilusiones excesivas en las circunstancias en que vivía; lo cual nos habla de una estructura yoica débil en proceso.

Se trabaja con la madre el proceso de adaptación de la niña a su nueva pareja, ya que anteriormente fue sobregatificada por esta prolongada unión entre el vínculo madre-hija por lo tanto se da un retraso en el desarrollo de la independencia, se presentó una

excesiva frustración detrás de la capacidad del desarrollo del dominio del yo, esto llevó a que la niña exhibiera sentimientos de inferioridad y una pobre autoestima.

En las sesiones grupales con los padres, se trabajó sobre el tema de lealtad en los hijos, la separación de los padres, la presencia y el nacimiento de un nuevo medio hermano (hermanastro), el desplazamiento tanto en Daniela como en Berenice, retomando para dicho trabajo que las niñas se encontraban ubicadas en la etapa edípica; se resaltaron los síntomas por los cuales habían asistido a solicitar ayuda.

Fue necesario trabajar sobre el proceso de divorcio como una Interferencia en el desarrollo psicológico y causante de diferentes conflictos emocionales, dependiendo de la edad y su desarrollo psíquico, la naturaleza del ambiente familiar y las fuerzas constitucionales de la paciente, también entre los padres se descubrieron su madurez y su habilidad para mantener a sus hijos fuera de las hostilidades matrimoniales.

Durante las sesiones, las madres ventilaron sus sentimientos de coraje, impotencia, de culpas de haber dañado indirectamente a sus hijas, reconociendo que en momentos no permitieron el contacto de sus hijos con el padre y menos aún con la nueva pareja, expresando el temor de que dejaran de amarlas.

Se les orientó a los padres que los niños no están lo suficientemente desarrollados para soportar la presión de una pérdida y por lo tanto presentan regresiones y mecanismos de negación y utilizan la fantasía como mecanismo compensatorio para contrarrestar la represión de afectos dolorosos fracasando en el reconocimiento de la realidad de la situación.

Se habló sobre la seguridad básica y el temor de perder al otro padre. Esto se retomó del caso de Berenice.

A las madres se les orientó sobre los métodos disciplinarios y los límites que deberían de poner ante la conducta de las niñas, pues éstas en ocasiones manipulaban la situación y velan ventajas sobre su situación. Por sus culpas, las madres se manifestaban

permisivas y flexibles. Se les apoyo para el manejo de la disciplina, también esto fue trabajado en las sesiones de grupo con las niñas.

En el caso de Berenice, se logró la disminución de culpas que le ocasionaba ir a visitar a su padre a su otra casa, aumentó su seguridad y autoestima, desapareció el tono de voz pueril y en las últimas sesiones verbalizó sus sentimientos negativos, su coraje y el rechazo contra la nueva pareja de su madre, presentó constantes progresiones y regresiones en su conducta.

Por la capacidad intelectual de las niñas, se logró trabajar con la técnica de señalamiento, confrontación y aclaración, tenían capacidad de insight y ellas mismas hacían los señalamientos.

Cuando hablé de la terminación del tratamiento con Berenice, observe su regresión al querer hablar como un bebé y en algunas sesiones me decía que no se quería ir, cabe mencionar que el último mes trabajé sola con ella, pues Claudia y Daniela ya habían abandonado el tratamiento. Claudia, porque su mamá se encontraba delicada por su embarazo y Daniela ya no quiso asistir. Berenice, no quería que su mamá volviera a contraer matrimonio, este tema ya se había trabajado en sesiones anteriores en el grupo, sin embargo nuevamente lo presenta. Se hace señalamiento de lo difícil que es abandonar un lugar y un espacio en donde estuvo casi un año. Se le aclara que yo no la abandono, como en algún momento su padre tuvo que irse y se le expresa que es comprendida. Las últimas sesiones fueron programadas **una vez** cada quince días y posteriormente se da una cita abierta.

Se le sugiere a los padres que continúen en la terapia de pareja y se les orienta sobre la posible conducta que presente la niña al término del tratamiento.

V. EVALUACION

Al inicio de mi ejercicio profesional en el INSaMe tenía contemplados los conocimientos teóricos del Desarrollo Psicológico del Niño, pero pobremente sobre las técnicas para el tratamiento individual y grupal.

Adquirí la destreza en la entrevista con los padres de la cual ya tenía conocimiento y práctica pero sin un enfoque psicodinámico.

Comencé a trabajar de manera individual con el niño y a llevar a cabo las primeras entrevistas sin tener una técnica específica.

Al trabajar en el tratamiento psicológico en la terapia de grupo, no tenía los conocimientos precisos de los teóricos precursores y fue así como inicié la investigación teórica y práctica.

Paralelamente a esta experiencia e ignorancia, ingresé al curso de especialización en psicología clínica infantil que me exhortó para poner en práctica los conocimientos y poder ampliar el campo de observación más analítico en la conducta del niño durante la terapia.

Cabe mencionar que antes de hacerme responsable de los grupos de escolares me entrené como coterapeuta con un paidopsiquiatra con un grupo de preadolescentes y adolescentes.

Adquirí el conocimiento de la técnica de señalamiento y confrontaciones en el grupo que se realizaba de manera generalizada ya que se contaba con un terapeuta y un coterapeuta. Cada sesión se transcribía en el expediente de cada paciente, modelo que llevo a cabo hasta la fecha.

Con la práctica, las notas de evolución registraban la observación del contenido de la sesión, resaltando los señalamientos y las confrontaciones.

Con los escolares se comenzó a narrar la sesión de todo el grupo, anotando los nombres de los participantes, sus edades y la fecha.

Esta actividad me llevaba tiempo y por la demanda de pacientes había ocasiones que no se realizaba la nota.

Cabe mencionar, que cometí errores en cuanto a la formación de grupos, existía la heterogeneidad en edades, sintomatología y en la cuantificación del coeficiente intelectual. El grupo me desorganizaba y tenía problemas para manejarlo. Ante esta situación solicité asesoría con las mismas psicólogas de la clínica, quienes conjuntamente se analiza cada sesión y se dan sugerencias de manejo, marcando los errores y otorgando las posibles soluciones.

En cuanto a las herramientas de trabajo, contaba con el mínimo de juguetes para trabajar, un comedor, una familia, un rompecabezas, canicas, hojas, colores, lápices. Y fue con el tiempo y la necesidad que agregé juguetes como títeres, otro comedor, soldados, carros, plastilina, boliches, rompecabezas, memoria, juegos de mesa, ajedrez, dominó entre otros.

Al obtener mayor conocimiento de la técnica, la selección de los pacientes fue más estructurada, los señalamientos y confrontaciones tenían eco.

Decidí, integrar los grupos de dos a cuatro niños únicamente con el fin de dar mejor atención a la problemática y se tuvo mejores resultados ante este procedimiento.

Al no contar con un coterapeuta, el mismo proceso del grupo permitía que se diera uno entre los niños, esto es, cuando hago los señalamientos y confrontaciones el niño que cuenta con mayor capacidad de insight es mi coterapeuta.

Para llevar a cabo esta estrategia fue necesario el conocimiento teórico de los pioneros en la psicoterapia analítica y en la terapia de juego, así como el conocimiento psicodinámico de los fenómenos del desarrollo del niño.

Cabe mencionar, que desde el comienzo del trabajo otorgué de vital importancia el incluir a los padres a quienes atendía de manera individual y dando una orientación directiva. Posteriormente modifiqué esta técnica y comencé a trabajar en grupo con los padres pues me percaté que se encontraban con limitaciones, con culpas, con ansiedades, con pobre tolerancia. Al reunirse en grupo disminuyó su malestar y comprendieron que había otros padres que vivían la misma experiencia.

Ahora bien, en los primeros grupos observé que los niños abandonaban el tratamiento de manera prematura, no se daba la alianza terapéutica, ni con los niños ni con los padres, al modificar mi presentación y realizar un contrato terapéutico se observó más compromiso.

Aunado a esto, recurrí a la supervisión de los grupos por parte de los psicólogos de la clínica, pero no era lo suficiente, pues en ocasiones el tiempo era limitado. Fue necesario reunirnos semanalmente con el fin de exponer los casos clínicos del grupo. Dicho trabajo se realizaba de manera interdisciplinaria.

En cuanto a la evaluación del proceso grupal, fue necesario incluir a los padres, a los maestros, al profesionista que atendía también el caso, a las personas que hacían referencia y ser más analíticos en la conducta del niño durante la sesión.

VI ANALISIS

Los niños con los que trabajo generalmente cursan la etapa escolar, fluctuando entre las edades de 6 a 12 años y como se refirió en las consideraciones teóricas son niños que deberían de llevar un desarrollo donde pudieran manejar sus sentimientos por medio de sus acciones ya que su lenguaje es limitado y se les dificulta expresar sus sentimientos.

Su capacidad física e intelectual está en potencia plena siendo su pensamiento más lógico y yendo de lo concreto a lo abstracto, en el juego predomina la competencia la cual debe de dar pauta para manejarla desde le punto de vista social, llevándolo a establecer compromisos, pues es en esta etapa donde se debe adquirir y asumir responsabilidades tanto consigo mismo como con los demás. El juego también lo utiliza para manejar situaciones desagradables, así como involucrarse con sus compañeros, permitiendo una separación de los primeros objetos de amor.

El niño en esta etapa tiende a emprender, elaborar, construir y concluir una tarea y debe de encontrar el refuerzo en cuanto a la opinión de los demás y de sí mismo, a través de modelos sociales es como va a ratificar su identidad psicosexual.

El control de sus impulsos se incrementa en esta edad, lo cual ayuda a su adaptación de su mundo real, su yo se va fortaleciendo a través de todo el aprendizaje de sus experiencias, pues se da la modulación de impulsos, mejora su curso de pensamiento, de comunicación y de la prueba de la realidad.

Esto es lo que podemos esperar en general en cuanto al comportamiento de un niño en etapa escolar, sin embargo por factores múltiples, los menores que asisten a tratamiento psicológico generalmente tienen una o varias conductas alteradas, y es ahí donde a través de la terapia de juego en grupo se maneja la técnica de señalamientos y confrontaciones, en el sentido que el niño aprenda a conocer porque actúa agresivamente y comprende que en ese momento hay que poner límites a su conducta. En la sesión se

puede manejar contención de la agresividad, señalándole cómo es su actitud ante los demás y las consecuencias que esto tendrá para poderse relacionar con los demás fuera de éste espacio.

Existen niños con grandes sentimientos de minusvalía, los cuales reflejan a través de la inseguridad, a veces por su oposicionismo, rebeldía, inquietud, que es lo manifiesto y lo cual será interpretado por el psicólogo.

Retomando a Virginia Axline, habla sobre el papel del terapeuta el cual debe de crear una relación cálida y amistosa, debe de aceptar al niño tal como es, debe de establecer un sentimiento de permisividad dentro de una relación para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo. El psicólogo debe estar alerta para reconocer los sentimientos expresados por el niño y estos los devuelve de manera que el niño obtiene un Insight.

Para el manejo institucional dentro del INSaMe DIF, este principio se retoma como un punto de partida y de creencia para obtener éxito en el tratamiento.

Cuando nos enfrentamos al mundo del niño, también podemos sufrir conductas regresivas, pero necesarias en ese momento. El juego, que por naturaleza todos aprendemos, nos invita a actuar en competencia con el otro, durante la terapia tenemos que tener cuidado de nuestra actitud competitiva, el niño nos puede ganar en el juego y esto lo debemos de utilizar para trabajar la técnica.

Se hace necesario argumentar que se tienen cambios que se produjeron en el trabajo con los niños a partir de que se fundamentó teóricamente. Es verdad que no se tiene una formación como psicoterapeuta de niños y adolescentes ni se llevó a cabo una técnica analítica, pero podemos reforzar la importancia de dicha corriente analítica para lograr éxito en el trabajo, y facilitar con este conocimiento la técnica de señalamiento y confrontación, pues fue necesario implementar medidas que se ajustaron al modelo teórico para la selección de pacientes con los cuales se podía pronosticar mejores

resultados porque se analizaron los recursos con los que contaba tanto el niño como la familia.

Recordemos que en el tratamiento con el niño, trabajamos el aquí y el ahora, retomando la sintomatología que presenta, pero se buscan las causas que originaron los síntomas.

Haciendo un análisis sobre el manejo de los padres, me es necesario comentar que un número considerable de ellos asisten al Instituto en demanda de que "compongan a sus hijos" debemos de conocer que expectativas tienen del servicio y en ocasiones aclarar y ubicar a la familia para que comprenda que significa una atención psicológica.

De acuerdo a mi experiencia, si no se aclara la manera de trabajo la familia desertará con facilidad.

El actuar de una manera crítica ante los valores de cada padre de familia podemos fracasar desde un principio que se establece la relación con ellos, como profesionales se tiene uno que identificar positivamente con los valores de los padres.

Algunos padres nos provocan coraje, rechazo, antipatía, pero esto tiene que estar bajo una supervisión de la contratrasferencia, cuando esto no es analizado podemos cometer el error de unirnos en alianza con el niño en contra de sus padres.

Podemos tener una actitud hostil contra los padres, que en la mayoría de los casos procede de nuestro mecanismo neurótico inconsciente.

La ayuda a los padres es imprescindible, en ocasiones hay que romper el proceso circular entre la sintomatología del padre-hijo (círculo cerrado).

No es fácil establecer una relación de psicólogo-paciente, se tiene que hacer un esfuerzo para comprender al niño y poderlo confrontar ante su situación.

Quando se establece una relacion terapéutica, el niño tiene el conocimiento y la sensibilidad de que es comprendido, que es tomado en cuenta como un ente individual, con sus propios sentimientos y sus propias expectativas, que la persona que esta frente a él no es una autoridad sino que es un ser humano que lo apoya y le brinda un espacio y un tiempo en su problemática.

VII CONTRIBUCION

En los últimos cinco años de funcionamiento del Instituto Nacional de Salud Mental, DIF, se registró un alto índice en la demanda de atención de niños escolares que presentaban como primer diagnóstico problemas de conducta. Esto provocaba una larga espera para la atención y se conjuntaban, por una parte, la saturación de pacientes en las agendas de los psicólogos y por otra parte la deserción de la familia ante la espera de la atención.

Es por esto, que se formulan estrategias para dar un servicio de más alto nivel como el que le corresponde a una Institución Gubernamental de tercer nivel como es el INSaMe-DIF.

Al analizar las diferentes técnicas de manejo terapéutico en niños y adolescentes fue la técnica de terapia de juego en grupo la que se implementó como una alternativa de manejo terapéutico, ya que en el trabajo en grupo el niño reconoce su propia problemática y de esa manera también percibe los problemas de otros niños considerando que no son los únicos y por lo tanto existe un apoyo mutuo entre ellos. Es un medio natural para la expresión de sus sentimientos de frustración, inseguridad, agresión, temor y de confusión.

Para la elaboración de este trabajo y para el desempeño profesional, se tomó como base teórica la aportación y principios de Virginia Axline sobre la técnica de terapia de juego no directiva. Es de suma importancia que el interesado en este campo, profundice sus conocimientos sobre la psicodinámica del niño, retomando autores dedicados al desarrollo del mundo interno del niño, como son: Ana Freud, Melanie Klein, Margaret Mahler, Arminda Aberastury entre otros, pues considero que sin estas bases teóricas los resultados de un tratamiento serían limitados porque nos quedaríamos en la sintomatología que presenta el niño sin profundizar en el origen que la provocó.

Sabemos que la terapia no directiva en grupo, no es una panacea, tiene sus limitaciones como cualquier otra técnica, sin embargo es de gran ayuda y es el modelo teórico en que me apoyo, de acuerdo a mi experiencia, para el manejo de niños en tratamiento en una Institución Gubernamental.

Es de vital importancia sugerir como parte de la psicoterapia del niño, el trabajo con sus padres o responsables, de una manera consistente para que se logre sensibilizarlos y responsabilizarlos en el tratamiento, pues sin su participación sería inconcebible obtener mejores resultados.

Se tiene que trabajar en equipo con los padres, ellos comprenderán que el psicólogo sirve de guía para que el niño logre una mejor adaptación a su medio. En el trabajo con los padres, no nos podemos quedar en lo superficial, debemos de profundizar en sus propias resistencia al igual que en el niño, tenemos que lograr que los padres se sientan comprendidos y escuchados. De acuerdo a mi experiencia podemos obtener mejores resultados en mejor tiempo, que en aquellos casos en donde únicamente se trabaja de manera individual con el niño.

Cabe aconsejar al profesional, que el trabajo con los padres tiene que ser muy cauteloso, pues es normal que dentro del proceso sientan rivalidad con el psicólogo, ya que este puede lograr cambios en la conducta de su hijo, lo que hace sentir en los padres una frustración. Por eso es necesario incluir y hacer importantes a los padres desde el inicio del tratamiento.

Para el logro de este objetivo, se recurrió a los recursos humanos institucionales, la participación y preparación de especialistas como las trabajadoras sociales psiquiátricas y las enfermeras psiquiátricas que apoyaron con la orientación e información a los padres a través de sesiones grupales que se otorgaban en el momento en que el niño estaba en su sesión grupal.

Cabe mencionar que las técnicas para el manejo de la orientación en cuanto a la dinámica familiar las utilizo de manera continua por tener también la carrera profesional

de Trabajadora Social, lo cual se complementa y se facilita la tarea tan importante y fascinante que es el trabajo con los padres, lo que propicia a que identifiquen problemas específicos y promuevan su solución a través de la modificación de actitudes y patrones de conducta.

Se realizó una cédula para llevar a cabo la Historia Clínica (Ver anexo 8) del paciente y me motivó para la realización de una guía de llenado como una contribución en este trabajo.

Realizar una entrevista con los padres, no se limita únicamente al llenado de un cuestionario y definir un diagnóstico clínico, más bien la podemos considerar como un arte, desde el momento que se utiliza un enfoque psicodinámico, pues a través de la entrevista con los padres podemos lograr un diagnóstico fenomenológico, estructural y familiar y lograr hipotetizar las causas que originaron la problemática actual, así como el manejo de la orientación terapéutica con los padres, que implica el conocimiento de la dinámica familiar.

Conociendo la historia personal de cada niño, se podrá hacer los señalamientos y confrontaciones con bases sólidas.

La realización de un adecuado famillograma, como se explica en la historia clínica, es un instrumento que facilitará al profesional ubicar al paciente dentro de un continente familiar y poder describir a través de símbolos las relaciones conflictivas y afectivas que tiene el niño con cada uno de los integrantes de la familia.

Se aconseja a aquellos que tengan interés en el tratamiento con niños y adolescentes apoyarse en otras disciplinas de la salud mental, como es la psiquiatría, la pediatría, la neurología, pues se tiene que tomar en cuenta el desarrollo biopsicosocial del niño y siempre la opinión de otro profesionalista enriquecerá el tratamiento, se tiene que actuar con cautela y profesionalismo, aprender a trabajar en equipo interdisciplinario, así como respetar y defender nuestro trabajo. Esto conlleva a la responsabilidad ante el paciente y ante los demás profesionalistas.

Para la realización de esta estrategia me encontré con limitaciones, por un lado, en el trabajo con grupos se recomienda por autores que se trabaje con un coterapeuta, en mi caso, al principio no contaba con este apoyo, posteriormente tenía la responsabilidad de contar con pasantes de psicología para la realización de su servicio social, y se entrenaban para que fungieran como coterapeutas, lo cual fue muy enriquecedor, pero también me percaté que las despedidas de ellas dejaban un vacío en los niños aunque se les preparaba cuando la pasante tenía que irse. También esta despedida se utilizaba para el manejo de la técnica.

De acuerdo a esta experiencia, se recomienda que durante todo el proceso sean las mismas profesionistas las que atiendan al grupo.

Las sesiones de grupo, tienen que ser supervisadas, sin que todas pasen por este proceso. Primero, debo de considerar que el tiempo y la demanda de pacientes no me permiten la supervisión de cada uno de los grupos, sin embargo las sesiones en donde hay material que es difícil de manejar ya sea por una transferencia o contratransferencia busco la supervisión y sugerencias de la sesión que esto sería parte de nuestra ética profesional.

Me enfrenté a la deserción e inasistencia de algunos niños que ya estaban en el proceso terapéutico. Estas resistencias se tienen que trabajar con los padres, pero también nosotros como psicólogos debemos de valorar la situación real de la familia, y podemos buscar otras alternativas para que el niño no abandone el tratamiento.

VIII BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (1984) Teoría y Técnica del Psicoanálisis del Niño, Barcelona-Buenos Aires, Paidós. p.p. 75-92, 131,231-249.

Ajuriaguerra, J.E. (1983). Manual de Psiquiatría Infantil, México, Masson Barcelona, 4ª ed.

Axline, V. (1988). Terapia de Juego. México, Diana 10 de.

Ayala, H. Telles, G. (1994) El juego como instrumento de diagnóstico. México, Revista Mexicana de Psicología Sociedad Mexicana de Psicología. p.p. 7-19 V. 11 (1).

Caso Muñoz, A. (1984). Fundamentos de Psiquiatría, México, Limusa. p.p 53-54

Castillejo, A. de Alba, M. Compendio de Psicoterapia Infantil. Compilación, Edug/Universidad de Guadalajara.

Dallal y Castillo, E. (1993), Reflexiones acerca del proceso analítico en niños y adolescentes, México, Revista Mexicana de Psiquiatría, V 2 (1) p.p. 22-25

D.S. Shaw, J. I. Vondra (1994) Chronic Family Adversity and Early Child Behavior Problems. A longitudinal Study of Low Income Families, J. Child Psychology and Psychiatry. V. 35 (6). The Journal of p.p 1109-1120

Díaz, P. (1973). La Historia Clínica, La Anamnesis. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. p.p 178-244.

DIF. (1988,1994). Boletín Informativo.

DIF. (1994). Revista del menor y su familia. (I) (3).

Duhrssen, A. (1988). "Psicoterapia de Niños y Adolescentes" México, Fondo de Cultura Económica p.p. 190-260 y 373.

Dupont, V. (1993) Del juego y el jugar en la psicoterapia infantil. Su dirección y sentido, México, Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil V. 2 (1) p.p 36-38

Estrada-Inda, L. (1991) El Papel de los Padres en la Psicoterapia de los Niños, México, Revista de Psiquiatría (3) p.p 120-129

Freud, A. (1928) Normalidad y Patología del País, México, Paidós, 7ª edic. p.p. 54-75. 1991

Freud, S. (1983) Tres ensayos sobre la teoría sexual. Madrid, Alianza, 7ª edic. p.44

- Gardner, F. (1994) The Quality of Joint Activity Between Mothers and Their Children With Behaviour Problems. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* V. 35 (6) p.p 935-969.
- Glasserman, M. Sirlin, M. (1979) *Psicoterapia de Grupo en Niños*, Buenos Aires, Argentina, Nueva Visión. cap. III al VII y IX p.p 44-91
- Hebert, M. (1983) Trastorno de la Conducta en la Infancia y Adolescencia, Barcelona, Paidós, 1ª edic.
- Jacques, Ch. (1968) "La Psicoterapia Analtica de Grupo". "Las Psicoterapias del Niño", Barcelon, Oikos-Tan, S.A. cap. 3 p.p 121-128.
- Lieberman, F. (1985). Trabajo Social. El Niño y su Familia, México, Prax. p.p. 59-91.
- López, M. (1995). Curso sobre Aplicaciones de Terapia Infantil y de la Adolescencia en la Actualidad, Asoc. Mexicana de Psiquiatría Infantil, Resumen.
- Mahler, M. (1977). El Nacimiento Psicológico del Infante Humano, Argentina, Marymar. p.p 65-90.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. (1990) Barcelona, Massón. 1ª Edición.
- Margain, C. (1994). Estudio de las familias no nucleares. aproximación a una tipología, investigación, INSaMe, DIF.
- Mendelson, C. (1980) Grupos Operativos para Padres, un Modelo de Prevención, México, Tesis Profesional para el grado de Maestría. Cap. III p.p. 94-108
- Milic, N. Gazmuri, V. (1989) Un modelo de trabajo de grupo con niños y adolescentes. *Revista Terapia Psicológica*, Soc. Chilena de Psicología Clínica, Santiago de Chile, Año VIII, (11) p.p 48-53.
- Mussen, P. Janeway, J. (1983). Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México, Trillas p.p. 321-374
- Nahoum, CH. (1985) La Entrevista Psicológica, México, Kapelusz. p.p. 34-44.
- Orcajo, B. Ambriz, G. (1994). Características de la Población Preescolar y sus Familias que acuden al INSaMe, Investigación INSaMe, DIF.
- Palma, A. Rappaport, E. (1989). Psicoterapia Breve de Orientación Analtica y Ansiedad de Separación, *Revista de Terapia Psicológica*, Soc. Chilena de Psicología Clínica, Santiago de Chile. Año VI, (9) p.p. 17-25.
- Pearson, G. (1968) "Manual del Psicoanálisis de Niños y Adolescentes", Buenos Aires, Hormé S.A.E. p.p 305-308.

Sauceda, G. (1991) Psicología de la Vida en Familia, una versión estructural, México, Revista Médica del IMSS, 29 (64) p.p 61-66.

Schaefer, CH. O'Connor. (1988) Manual de Terapia de Juego, México, Manual Moderno. p.p 9-18, 290-323.

Segal, H. (1990). Intruducción a la Obra de Melanie Klein, México, Paidós, 5ª ed. p.p. 29-30.

Smirnof, V. (1976). El Psicoanálisis del Niño, México, Planeta Mexicana, S.A. p.p 291-313.

Speir, A. (1984). Psicoterapia de Grupo en la Infancia, Buenos Aires, Nueva Visión, p. 78

Telma, R. (1976). Psicoterapia en la Infancia, Buenos Aires, Colección Psicología contemporanea, 3ª edic.

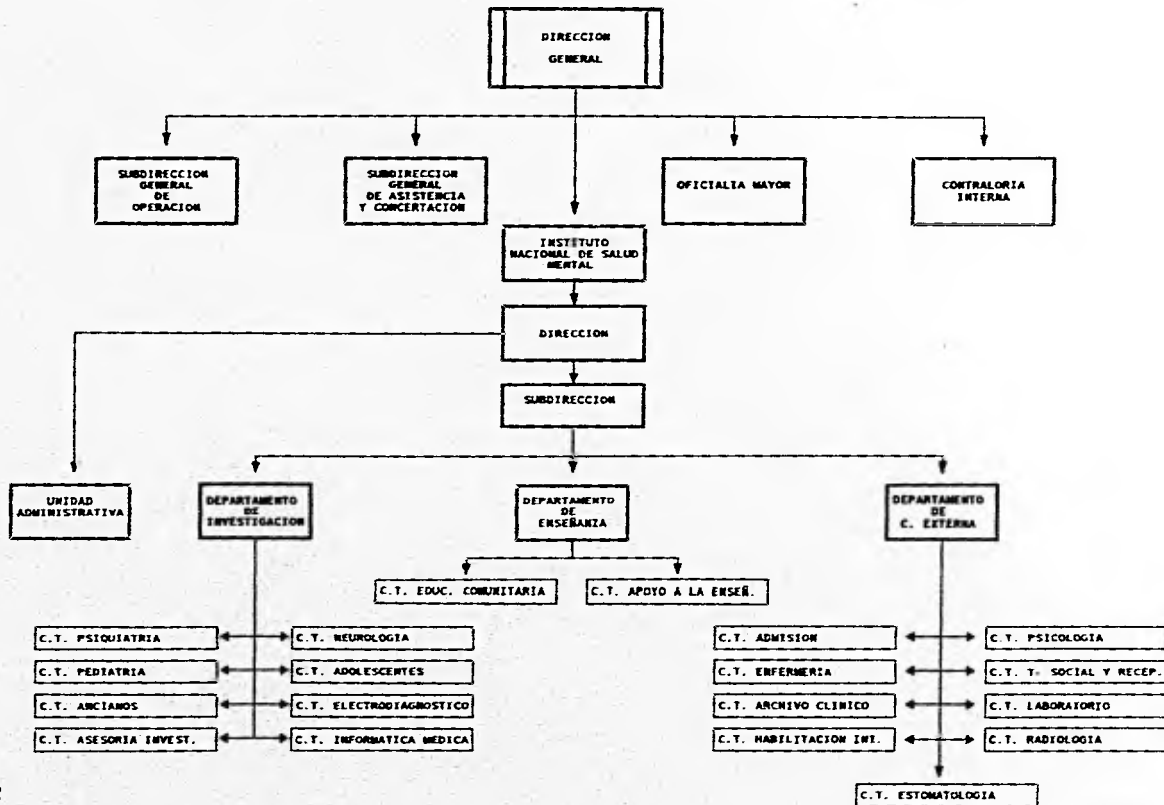
West, J. (1994) Terapia de Juego Centrada en el Niño, México, Manual Moderno. p.p. 101-107, 109-118, 185-188, 197, 198.

Zulliguer, H. (1981). Fundamentos de Psicoterapia, España, Morata. p.p. 18-27, 97, 108, 109.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**DIF
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION AL INGRESO
1994**

LUGAR	CAUSA	TOTAL
1	TRASTORNOS DE CONDUCTA	1,317
2	TRASTORNOS DE APRENDIZAJE	579
3	TRASTORNO DE LENGUAJE	315
4	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	248
5	DEPRESION	209
6	CRISIS DE ADOLESCENCIA	191
7	HIPERQUINESIA CON TRASTORNO DE ATENCION	165
8	EPILEPSIA	163
9	TRASTORNO DEL DESARROLLO	132
10	RETRASO PSICOMOTOR	100
	TODAS LAS DEMAS	1,132
TOTAL		4,551



DIF
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
APERTURAS DE EXPEDIENTES CLINICOS POR SEXO
1994

SEXO	TOTAL
MASCULINO	2,991
FEMENINO	1,560
TOTAL	4,551

**DIF
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
APERTURAS DE EXPEDIENTES CLINICOS POR GRUPO DE EDAD
1994**

EDAD	TOTAL
MENORES DE 1 AÑO	113
DE 1 A 4 AÑOS	752
DE 5 A 14 AÑOS	3,150
DE 15 A 18 AÑOS	313
DE 19 A 21 AÑOS	29
TODAS LAS DEMAS	194
TOTAL	4,551

Fuente: Archivo Clínico de INSaMe.

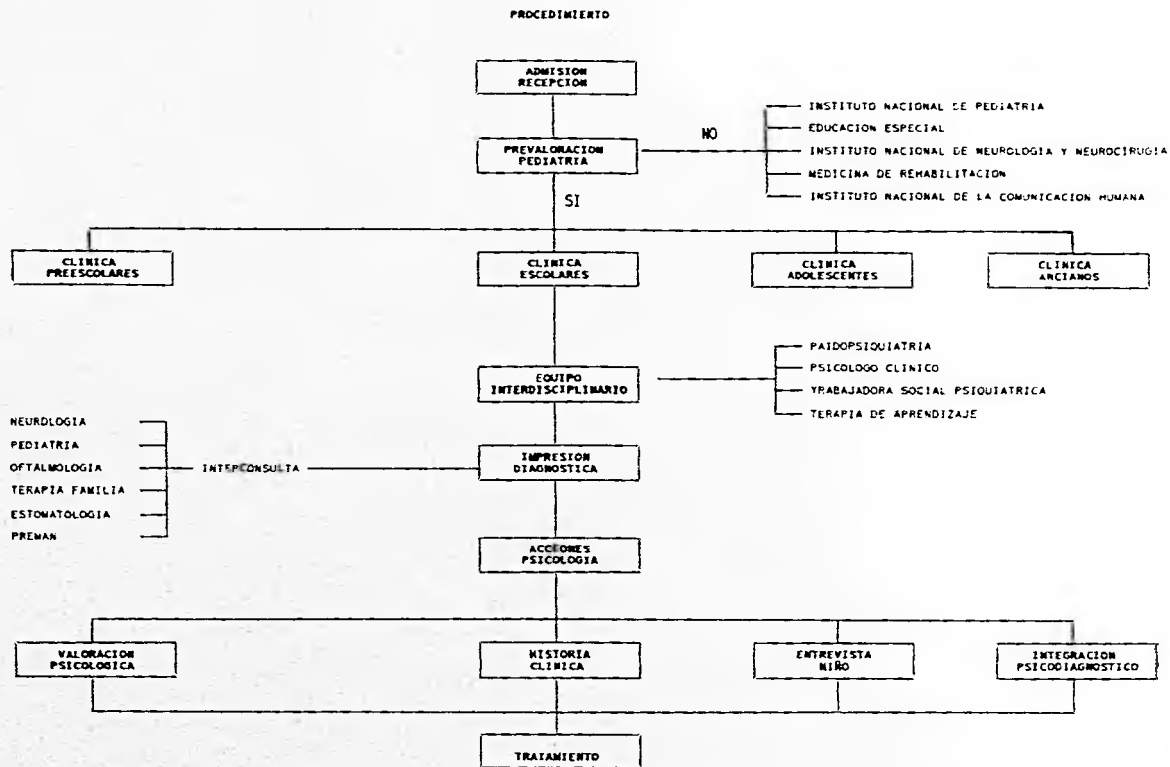
Anexo 5

**DIF
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
AREA DE INFLUENCIA EN EL DISTRITO FEDERAL
1994**

NUMERO	DELEGACION	TOTAL
1	ALVARO OBREGON	622
2	TLALPAN	608
3	MAGDALENA CONTRERA	591
4	IZTAPALAPA	491
5	COYOACAN	412
6	DEMÁS	1827
TOTAL		4,551

DIF
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
TOTAL DE CONSULTA POR SERVICIO
1994

SERVICIO	CONSULTAS 1ª VEZ	CONSULTAS SUBSECUENTES	TOTAL
PSICOLOGIA	3,173	9,011	12,184



(ANEXO 8)

GUIA PARA LA ENTREVISTA CON LOS PADRES ELABORADA POR LA PSIC. MA.
EUGENIA GOMEZ PEYRET
HISTORIA CLINICA

EMBARAZO

Indagar con los padres acerca del sentimiento que tuvieron cuando se enteran que la madre estaba embarazada, nos da pauta para comprender si el producto fue deseado, planeado o aceptado, si el embarazo provocó que la pareja se uniera en matrimonio, si hubo intento o amenaza de aborto y si presentó conflictiva familiar dentro de las familias de origen.

Conocer si el embarazo se da dentro de una unión de pareja o fuera de ésta; en el caso de que fuera un noviazgo que respuesta tienen ante este evento sus familiares, en ocasiones cuando las madres son adolescentes ocultan su embarazo por temor a sus padres y éste es descubierto cuando ya esta avanzada la gestación, por lo tanto es un producto rechazado y el sentimiento de la madre se tendrá que explorar con más detalle.

Preguntar como evolucionaron sus sentimientos, si aceptaron al producto, si sintieron felicidad, alegría, si era un producto muy deseado. Cuando los productos son muy deseados, se tiene la experiencia de antecedentes de abortos o de dificultad para embarazarse, entonces ese producto será muy valioso por el significado que tiene.

Todos estos datos acerca del embarazo nos dan un panorama desde que el niño fue concebido y todo lo que acontece es importante para su evolución posterior. Los estudios e investigaciones actuales ponen énfasis en la relación madre-hijo y es comprobado que un rechazo materno, un rechazo emocional, deja huellas profundas en el psiquismo del niño.

En nuestra práctica profesional es común que los padres y especialmente la madre, refiere que "todo esta bien, que fue un embarazo deseado, planeado y aceptado" pero la

realidad es diferente, nos encontramos con la negación de los padres de hablar sobre intentos de aborto o de un rechazo profundo del producto, no tanto por el miedo ante la conflictiva emocional que pueda presentar el niño, sino por el miedo de estar frente a una autoridad o por sus mismas culpas que esto despierta. Por lo general son padres que no consideran importante estos antecedentes como parte esencial de la conflictiva del hijo.

Cuando se hace esta exploración, algunas madres tienen la capacidad de hablar sobre el rechazo emocional ante el aviso de un embarazo y pueden comprender y se hacen responsables de lo que puede provocar en el desarrollo psicológico del niño.

La información que los padres nos brindan, será confrontada con el material ofrecido por el niño que será de gran utilidad en la investigación para llegar a un diagnóstico.

Indagar sobre las enfermedades de la madre y su ocupación durante el embarazo nos da pauta para comprender si hubo factores emocionales como: estados de tensión, depresión, angustia, preocupación, enfermedades como: cardiopatías, anorexia prenatal, anemia grave, hipotensión severa, hipertensión arterial, infecciones como: hepatitis, también es importante indagar sobre hábitos en la madre como, tabaquismo, alcoholismo y drogas que pudieran afectar al producto. El ritmo de vida de la madre y su responsabilidad ante un empleo es necesario considerarlo para registrar el tiempo que podía relacionarse con el producto.

PARTO

Es conveniente preguntar en que lugar fue atendido el parto; en medio hospitalario, centro de salud, domicilio, etc., si fue inducido, espontáneo, si fue cesárea, si se administró anestesia general, o bloqueo espidual, si en el momento del parto estaba despierta o dormida, que reacción tiene ante este acontecimiento. Se le pregunta a la madre el color que tenía el niño, si estaba "moradito o amarillito", si lloró y respiró inmediatamente, si el médico reportó complicaciones post-parto. Cuando estos datos no

se olvidan con facilidad podemos pensar que la primera relación del niño con la madre se dio en buenas condiciones.

Los datos de talla, peso y apgar son necesarios conocer para investigar si fue un producto de alto riesgo en el nacimiento.

En ocasiones se solicita a la madre un comprobante de donde fue atendido y conocer la talla, peso y apgar, ya que la información es olvidada o no corresponde a la situación actual del niño. Por ejemplo: cuando nos presentan a un preescolar con retraso en el desarrollo psicomotor y la información médica no corresponde a la información que reporta la madre, aquí tenemos que dudar acerca de los datos.

También es importante conocer la reacción del padre ante el nacimiento, algunos padres tienen la experiencia de haber vivenciado el momento del parto, de apoyar a la madre dándole mayor seguridad.

En cuanto al sexo del niño es interesante conocer el deseo de ambos padres. En ocasiones son las madres las que comentan el rechazo que siente el marido cuando fue del sexo no deseado. Este niño de principio no cubrió las expectativas de los padres en cuanto al sexo.

ALIMENTACION

Se pregunta sobre si la lactancia fue materna, de ser así es interesante saber si el niño recién nacido tenía reflejo de succión, si se prendió bien del pecho y a cuantas horas después del nacimiento.

Cuando hay dificultades en la succión, debemos de explorar más, ya que puede ser un indicador de un leve retardo en el desarrollo motor, o quizá el niño no se sienta estimulado por la madre. Se puede interrogar sobre el tiempo en que pasaba mamando el niño y como dato primordial, explorar la relación madre-hijo. Indagar si le agradaba a la

madre darle el pecho, si le platicaba, le cantaba, lo acariciaba, la posición del niño, si solamente lo miraba y permanecía callada y el horario de la alimentación.

La participación que tenía el padre ante este evento; se quedaba tiempos con la madre o prefería estar ausente en el momento de la lactancia.

Es de suma importancia en el desarrollo posterior del niño la forma en que se establece la primera relación pos-natal. Es primordial facilitarle al niño recién nacido el suficiente contacto físico con su madre, pues es la figura que ayuda a que el bebé domine la ansiedad.

Melanie Klein, citada en Segal (1990) refiere "hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utiliza mecanismos de defensa y establece primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad". Cabe mencionar que también S. Freud hace referencia a un yo temprano.

Siguiendo la idea de Klein, "El yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos, instinto de vida, instinto de muerte. Está también expuesto al impacto de la realidad externa, que le produce situaciones de ansiedad, por ejemplo el trauma del nacimiento, pero también de la vida, el calor, amor y alimento proveniente de la madre".

Por otro lado, nos encontramos con madres que se niegan a alimentar al niño con pecho, pues tienen la información que sus senos pueden sufrir deformación y es preferible alimentarlo con el biberón. Otras madres comentan que tienen poca leche y el niño no se llenaba, o aquellas madres que dejaban al niño en su cama con el biberón en la boca "en ese momento tenían que realizar su quehacer". Como clínicos podemos presuponer que esto encierra un rechazo encubierto ante el nacimiento del niño o la incapacidad de mantener una relación afectiva con el niño.

Interrogar a la madre sobre la forma de calmar al bebé cuando lloraba y no quería alimento, que reacción tenía la madre ante el llanto del niño, esto nos da pie para tomar en cuenta las relaciones del niño con su madre.

También es cierto que existen madres que no alimentan con el seno a su hijo, pero la relación materna con él fue buena y determinaron que el niño tuviera una buena imagen materna. En este apartado lo que nos interesa más es indagar la relación materna de la salud mental de la madre, las condiciones familiares, las condiciones de pareja, el apoyo emocional por parte del padre.

Cuando indagamos sobre la ablactación (papillas, jugos, comida que necesita masticación), nos da pauta para conocer la reacción del niño al abandono de su objeto de amor (pecho) y ver de que manera se adapta a la nueva alimentación.

Es importante investigar hasta que edad el niño abandonó el biberón o el chupón, pues esto podrá determinar la dificultad de este ante pérdidas de amor en su vida futura.

En el caso de que el niño presente vómitos, anorexia o problemas para aceptar la comida, indagamos sobre algún evento traumático que se haya presentado en ese tiempo y como reaccionó la madre, si hubo necesidad de visitar al médico, si se trataba de alguna infección o era un rechazo a la alimentación.

SUEÑO

Los problemas en el sueño, como la noctilalia, sonambulismo, terrores nocturnos o miedos son síntomas que el niño puede estar manifestando por la ansiedad que no puede dominar, a veces los niños hacen berrinches y no quieren irse a dormir solos y son los padres que no tienen la capacidad para desprenderse del niño y son llevados a la misma cama. En este aspecto es necesario indagar que ventajas le trae al matrimonio que el niño duerma con ellos.

Ana Freud (1991) hace necesario la educación de los padres y la modificación de las condiciones de crianza y plantea lo que llamó "educación psicoanalítica" que serviría para prevenir la neurosis, por lo tanto puso gran "énfasis en la influencia seductora que ejercía el compartir el lecho de los padres y en las consecuencias traumáticas de presenciar las relaciones sexuales entre ellos, se les aconsejó a los padres que evitaran la intimidad física con sus hijos y realizar el acto sexual en presencia de los pequeños".

También los problemas de sueño están relacionados por lo general a la aparición de las piezas dentarias, se tiene que preguntar que conductas manifiesta el niño y que sentimientos despierta esto a los padres.

CONTROL DE ESFINTERES

Indagar sobre el método utilizado para que el niño llegue a controlar los esfínteres tanto vesical como anal, llegamos a tener mayor conocimiento acerca de la madre, hemos encontrado que algunas de ellas son muy severas, comienzan el adiestramiento a muy temprana edad o utiliza métodos punitivos para el aprendizaje, como son los golpes o severos castigos y esto conduce a la aparición de graves trastornos en especial a la enuresis. Cuando el niño es muy pequeño y el aprendizaje es severo, éste puede ver a la madre como una persona amenazante, que lo ataca.

Ana Freud (1991), hace referencia que con la educación psicoanalítica cuenta con éxito en la comunicación y confianza entre los padres y los hijos. "Otra victoria se obtuvo respeto a la terquedad y el negativismo de los primeros años que desaparecieron por completo tan pronto como fueron reconocidos los problemas de la fase anal y el control de los esfínteres comenzó a plantearse no tan precozmente ni con tanto rigor como en épocas anteriores" (p. 12).

Por otra parte, la severidad de la madre atenuaba a un superyo rígido y se produce en los niños la más profunda de las ansiedades que se sienten sin protección frente a la presión de los instintos.

Armida Aberastury, hace mención que "A los pocos meses el niño no tiene un desarrollo motriz que le permita permanecer sentado en el orinal o levantarse por voluntad, esto es uno de los motivos por el cual se aconseja iniciar el aprendizaje cuando el niño dispone a la marcha".

Desde otro punto de vista, la misma autora comenta "El control de esfínteres prematuro no es conveniente si se considera que la materia fecal y orina son sustancias que tienen para el inconsciente el significado de productos que salen del cuerpo y cumplen la función de tranquilizante de sus angustias de vaciamiento".

Preguntarle a la madre sobre el gusto del niño cuando era más pequeño, sobre la preferencia de tener un osito, muñeco, cobijita, sweter, nos proporciona la necesidad del niño de no perder el objeto de amor o la inseguridad que esto le podía ocasionar.

Greenacre (1960) cita a Winnicott. "El objeto transicional es un monumento a la necesidad de este contacto con el cuerpo de la madre que se expresa tan conmovedoramente en la insistente preferencia del infante por un objeto que siempre es el mismo, blando, flexible, cálido al tacto, pero especialmente por la exigencia de que este saturado por olores corporales".

DESARROLLO PSICOMOTOR

En cuanto el desarrollo del lenguaje, este nos indica la madurez e inteligencia del niño y la relación que tiene con el mundo exterior. La palabra lo conecta con los demás y es un modo de comprender, también se observa la madurez de poderse separar de la madre. Cuando registramos que el niño presenta Inmadurez en el lenguaje es un indicador de que se le puede dificultar la adaptación al medio ambiente.

También se observa en las madres que acuden al Instituto que son poco estimuladoras en esta área por lo común le ofrecen al niño lo que ellos creen necesario sin que el niño haga la lucha por nombrar el objeto.

Su desarrollo motor, como es: el sostén cefálico, sedestación, gateo, bipedestación y deambulación, dan pauta para investigar el desarrollo motor grueso y la capacidad del niño para poderse separar de la madre. Estos son los primeros progresos hacia la conciencia de separación y hacia individualización. De acuerdo a Margaret S. Mahler estos procesos son la rápida diferenciación corporal de la madre y el establecimiento de un vínculo específico con ella.

La edad en que comienza a deambular sin ayuda, "son los primeros pasos independientes del niño en posición vertical, señalan el comienzo del período de ejercitación locomotriz por excelencia, como una ampliación sustancial del mundo y de la prueba de la realidad".

Cuando comienza la deambulación, el niño se vuelve cada vez más consciente de su separación física. También se puede esperar un aumento de la separación, al comienzo esta consiste sobretodo en el temor a la pérdida del objeto, que puede inferir de muchas de las conductas del niño.

"La madre y el niño se interrelacionan a un nivel más superior, se vuelve cada vez más importante el lenguaje simbólico, la intercomunicación vocal y aumenta el juego". Galenson (1971).

También es necesario explorar si la madre le permitió de buena gana o lo trabó en sus intentos de separación. Las madres que son muy estrictas o muy limpias, no permiten el gateo en sus hijos y lo que provocan es el atraso en su desarrollo.

La edad en que comienza a sonreír el niño, se toma en cuenta como respuesta específica de sonrisa a la madre y que Mahler la establece "como signo crucial de que se ha establecido un vínculo específico entre el infante y la madre.

DESARROLLO PSICOSEXUAL

Preguntamos a los padres sobre lo que han observado de la sexualidad de su hijo, se investiga sobre la manipulación de sus genitales y si lo hace con frecuencia y en que momento lo realiza. Qué hacen los padres al respecto, si es castigado, si le pegan o hacen caso omiso.

En caso de que le guste ponerse ropa del sexo opuesto, preguntar la edad en que comienza a hacerlo, y que ropa específicamente es la que se ponía. Como reaccionan los padres ante este evento. Existen padres que se burlan, ponen apodosos o los estigmatizan de homosexual desde muy temprana edad.

Por otro lado "hay padres que exhiben desnudos o se bañan junto con sus hijos y esto puede anticipar al esclarecimiento sexual y no esperar el momento en que el niño lo requiera". (Aberastury 1994).

También los padres pueden dar información desviada a las preguntas de los niños acerca de sus genitales, esto puede ocasionar confusiones y aumentar la ansiedad en los niños. Ver si los niños recibieron educación sexual desde temprana edad ya sea en el kinder o por sus propios padres.

HISTORIA ESCOLAR

Conocer si el niño ingresó a la guardería, el tiempo y el motivo por el cual a temprana edad la madre lo llevaba, nos indica la necesidad de la familia de recurrir a una institución para el cuidado de su hijo. En el INSaMe, encontramos que la mayoría de las madres cuidan a sus hijos hasta el Ingreso al kinder, debido a que el padre es el proveedor económico y la madre se dedica a labores del hogar.

La historia escolar del niño nos permite hipotetizar su rendimiento intelectual y la organización familiar en cuanto a la planeación de trabajos y tareas, así como la involucración de los padres. También podemos conocer las relaciones interpersonales con los compañeros y maestros.

SOCIALIZACION

Area esencial para profundizar sobre las relaciones interpersonales, intereses, gustos, motivaciones y administración del tiempo libre.

Algunos padres limitan esta área, ya sea por ignorancia, por el ambiente pernicioso de la comunidad o por le mínimo interés en ellos o la misma carencia económica. Aquí se contemplan rasgos en el niño, sobre tendencias a la depresión, Introversión y aislamiento.

SALUD





Las enfermedades que ha padecido el niño y el tratamiento, así como la intervención quirúrgica, nos habla de un evento significativo que alteró su desarrollo emocional. Los traumatismos craneoencefálicos y la edad en que se presenta ofrecen información para investigar negligencia en los padres y/o maltrato físico y emocional.

FAMILIA

La familia como influjo en el desarrollo psicobiológico del niño, se hace necesario que se indague sobre las verdaderas relaciones entre los integrantes, ya sea de una familia nuclear, una familia uniparental o una familia extensa.

Se tiene que consignar los datos de los integrantes como son: edad, ubicación dentro de la constelación familiar, saber si los padres viven, si es hijo adoptado, etc.

Se sugiere que en este apartado se realice el famillograma porque facilita la organización de la información en forma gráfica y sencilla.

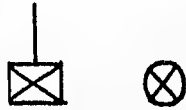
En 1985 un grupo de expertos de la Task Force of the North American Primary Care Research, propusieron un modelo para uniformar los símbolos y procedimientos para el trazado del familograma. Para designar el sexo masculino , femenino . El paciente identificado (IP) se dibuja con doble contorno:  

Los símbolos para embarazo, aborto y parto o de un feto muerto son como sigue:

Embarazo



Parto de un feto muerto



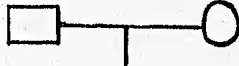
Aborto espontáneo



Aborto provocado



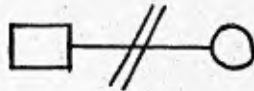
Cuando están unidos en matrimonio, es una línea continua



Una barra indica separación



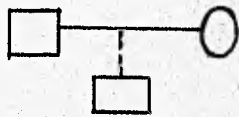
Dos barras significan, divorcio



Cuando la pareja vive en unión libre, la línea de unión es punteada



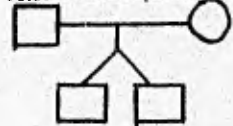
Para los hijos adoptivos se utiliza también línea punteada



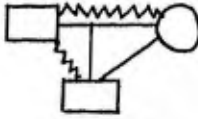
Las líneas convergentes conectan gemelos o la línea de los padres



Si los gemelos son idénticos, estos a su vez quedan conectados por una barra



Para señalar las relaciones afectivas se usa una barra continua y para las relaciones conflictivas una línea quebrada



Se acostumbra dibujar a la izquierda la esposa y a la derecha a la esposa y se recomienda encerrar dentro de una línea punteada a quienes viven en la misma casa.

Ahora bien, los datos biográficos de los padres se toman en cuenta para conocer las relaciones afectuosas entre ellos, los antecedentes de cada uno en relación a su familia de origen, su historia escolar, laboral, médica y padecimientos psiquiátricos dentro de la constelación familiar.

METODOS DISCIPLINARIOS

Como parte de la dinámica familiar, conocer los métodos disciplinarios que los padres o responsables utilizan, así como la consistencia o inconsistencia para llevarlos a cabo y los acuerdos entre la pareja para la educación y crianza de los hijos, nos hacen diagnosticar la inhabilidad o la incapacidad de los padres.

Dentro de la estructura familiar existen interacciones que se establecen entre sus miembros quienes organizan sus relaciones dentro del sistema. Se tiene que indagar el tipo de comunicación, verbal o expresiva, como se demuestra con el enojo, la agresión, así como los sentimientos afectivos.

RELACIONES AFECTIVAS

Aunado a la dinámica familiar, se hace necesario profundizar en las relaciones afectivas y conflictivas que mantiene el niño con todos los integrantes.

OBSERVACIONES

El trabajo del psicólogo clínico, no se reduce al llenado de una cédula, se enriquece con la apreciación clínica que se traduce a una impresión diagnóstica que abre las posibilidades de planear y pronosticar un tratamiento.

En este apartado se sugiere la redacción de todo lo observado durante la(s) sesión(es) en que se llevó a cabo la entrevista. Comentarios, movimientos, gestos, postura, recursos intelectuales, comprensión, etc.

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

EXPEDIENTE _____

FECHA _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

PROCEDENCIA: _____

DOMICILIO: _____

INFORMANTE: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

I. DATOS DEL DESARROLLO

1 Embarazo

1.1. Embarazo: Deseado ___ No Deseado ___ No Planeado ___ Aceptado ___ No aceptado ___

Porqué _____

1.2. Amenaza o intento de aborto: Si ___ No ___

Porqué _____

1.3. Número de embarazo: _____ Lugar que ocupa el paciente _____

1.4. Reacción emocional de los padres al enterarse del

embarazo: _____

1.5. Enfermedad de la madre durante la gestación: Si ___ No ___

Cuál? _____ Medicamentos: Si ___ No ___

Cuáles? _____

- 1.6 Situación de pareja durante el embarazo:
 Noviazgo ____ Unión Libre ____ Matrimonio ____ Ocasional ____
- 1.7 Conflicto entre la pareja o separación durante el embarazo:
 Si ____ No ____ Porqué _____

- 1.8 Ocupación de la madre durante el embarazo: _____
- 1.9 Con quién vivía la madre durante el embarazo: _____

II PARTO

- 2.1 Atendido en medio hospitalario: Si ____ No ____
 Dónde _____
- 2.2 Parto inducido ____ Espontáneo ____ Duración _____ Cesárea ____
 Fórceps ____ Porqué _____
- 2.3 Bloqueo epidural ____ Anestesia General ____ Sin anestesia ____
- 2.4 La madre estaba consciente en el parto: Si ____ No ____
- 2.5 Impresión emocional de la madre: _____
 (rechazo-aceptación)
- 2.6 Impresión emocional del padre _____
 (rechazo-aceptación)
- 2.7 Sexo aceptado: Si ____ No ____ Porqué _____
- 2.8 Complicaciones en el momento del nacimiento: Si ____ No ____
 Hipoxia Neonatal ____ Ictericia ____ Apnea ____ Otros _____
- 2.9 Permaneció en incubadora Si ____ No ____ Cuanto tiempo _____
- 2.10 Peso _____ Talla _____ Apgar _____

III ALIMENTACION

- 3.1 Alimentado al seno materno: Si ____ ¿Cuanto Tiempo? _____
 No ____ ¿Porqué? _____
- 3.2 Relación madre-hijo en el momento de la alimentación:
 Platicaba ____ Cantaba ____ Lo acariciaba ____ Permanecía Callada ____
 Sentada ____ Acostada _____

- 3.3. Participaba el padre: Si _____ No _____ Porqué _____
- 3.4. Biberón: Hasta qué edad _____ Porqué _____
- 3.5. Reacción del niño en el momento del destete: _____
- 3.6. Ablación: A qué edad _____ Vómitos: Si _____ No _____
- 3.7. Inclusión a la dieta familiar: Edad _____ Reacción del niño _____
-
- 3.8. Anorexia: Si _____ A qué edad la presentó _____ Cuál cree que sea la razón _____
-
- Como reacciona la madre: _____
- Recurren a atención médica Si _____ No _____ Porqué _____
-

IV SUEÑO

- 4.1. Presenta problemas para dormir: Si _____ No _____ Tiempo _____ Noctilalia _____
Sonambulismo _____ Terrores Nocturnos _____ Pesadillas _____ Miedo _____
- 4.2. Qué hacen los padres en caso que la respuesta sea afirmativa: _____
-
- 4.3. El niño tiene o tenía algún muñeco, cobija, sweter u otro objeto que no quería que se lo quitaran: Si _____ No _____ A qué edad lo deja _____ Aún permanece con él _____
- 4.4. Actualmente el niño con quién duerme: solo _____ hermano _____ tfo(a) _____ abuelo (a) _____ padres _____ otro _____

V CONTROL DE ESFINTERES:

- 5.1. Métodos de adiestramiento: Imitación _____ Golpes _____ Castigo _____
Explicación _____ Otro _____
- 5.2. Persona que se encarga del adiestramiento: _____
- 5.3. A qué edad logra el control de esfínteres, anual y vesical: _____
- 5.4. Actualmente presenta: Enuresis: Si _____ No _____ Tiempo _____
Encopresis: Si _____ No _____ Tiempo _____

- 5.5 Cómo reaccionan los padre: Tolerantes _____ Poco Inconsistentes _____
Castigadores- _____ Solicitan ayuda _____

VI DESARROLLO PSICOMOTOR

- 6.1 Lenguaje: Balbuceo _____ Sílabas _____ Frases _____ Palabras _____
meses
Oración _____ Tratamiento específico: Si _____ No _____
Porqué _____
- 6.2 Mutismo: Si _____ No _____ Porqué _____
Cuánto tiempo: _____
- 6.3 Tartamudeo: Si _____ No _____ Edad _____ Tiempo _____

MOTOR

- 6.4 Sostén cefálico _____ Sedestación _____ Gateo _____ Bipedestación
deambulación _____
- 6.5 A qué edad el niño comienza a sonreír: _____
- 6.6 Presentó angustia de separación: Si _____ No _____ Edad _____
Observaciones:

VII DESARROLLO PSICOSEXUAL

- 7.1 A qué edad el niño comienza a diferenciar los sexos: _____
- 7.2 Cómo le explica la madre? _____

- 7.3 Presenta o presentó manipulación de genitales? Si _____ No _____
¿Qué respuesta tienen los padres: _____
- 7.4 Desea ser del sexo opuesto: Si _____ No _____
¿Qué respuesta tienen los padres: _____

- 7.5 Le gusta ponerse ropa del sexo opuesto: Si _____ No _____
 Qué respuesta tienen los padres: _____
- 7.6 Qué tipo de juguetes prefiere: _____
- 7.7 Hasta qué edad los padres bañaban al niño: _____
 Quién lo bañaba: _____
- 7.8 A qué edad se baña solo: _____
- 7.9 Qué preguntas hacía a los padres: _____
- 7.10 Qué respuesta le daban: _____
- 7.11 El niño recibió educación sexual: Si _____ No _____
 Quién la otorgó: Padres _____ Hermanos _____ Escuela _____
 Amigos _____ Tíos _____ Vecinos _____ Otros _____
- 7.12 Observaciones:

VIII HISTORIA ESCOLAR

- 8.1 Guardería: Si _____ No _____ Edad _____ Tipo _____
 Tiempo de adaptación: _____
- 8.2 Kinder: Si _____ No _____ Tiempo de adaptación: _____
- 8.3 Educación Primaria: Edad Comienzo _____ Tipo _____ Año actual _____
- 8.4 Educación Secundaria: Edad Comienzo _____ Tipo _____ Año actual _____
- 8.5 Otros: Centro de capacitación _____ Centro Tecnológico _____
 No estudia _____ Causa _____
- 8.6 Años reprobados: : _____ Porqué: _____
 Aprovechamiento actual: _____
- 8.7 Cómo ha sido su comportamiento con sus compañeros: Aislada _____
 Amigoso _____ Agresivo _____ Rebelde _____
- 8.8 Lo han expulsado: Si _____ No _____ Porqué _____
 Cuántas ocasiones: _____
 Relación de los padres: _____

8.9 Qué prefiere a jugar dentro de la escuela: _____ Juega sólo _____
Juega con compañeros

IX SOCIALIZACION

9.1 El niño pertenece a un grupo: Si _____ No _____ Cuál:

9.2 A qué lugares le gusta asistir:

9.3 Con qué frecuencia asiste:

9.4 Prefiere estar solo o con amigos: Si _____ No _____

Porqué

—

9.5 Practica algún deporte: Si _____ No _____ Cuál

9.6 Comparte sus juguetes: Si _____ No _____

9.7 El niño (a) tiene mascotas: Si _____ No _____

Cuál

Cómo lo trata:

X SALUD

10.1 Qué enfermedad (es) o golpes ha tenido el niño:

10.2 Hubo necesidad de internamiento o intervención quirúrgica: Si _____ No _____

10.3 En caso afirmativo: Edad _____ Lugar _____ Tiempo _____

10.4 Se le informó al niño sobre el tratamiento y/o consecuencia:

Si _____ No _____ Porqué

XI FAMILIA

FAMILIOGRAMA

Se anotarán los datos personales de cada miembro de la familia; edad, estado civil, ocupación, escolaridad y religión.

XII HISTORIA DE LA MADRE: (Datos Biográficos)

XIII HISTORIA DEL PADRE: (Datos Biográficos)

XIV METODOS DISCIPLINARIOS

Quién administra la disciplina:

Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Abuelos _____ Tíos _____

Otro _____

Qué método utiliza:

Regaño _____ Castigo _____ Golpes Físicos _____ Otros _____

Considera que el método disciplinario es:

Consistente _____ Inconsistente _____ Rígido _____ Flexible _____

Existe acuerdos en la pareja para llevar a cabo la disciplina:

Si _____ No _____ Porqué _____

XV RELACIONES AFECTIVAS

El niño tiene relación más cercana con:

Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Hermanos _____ Abuelos _____

Tíos _____

Porqué:

La relación del niño es conflictiva con:

Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Hermanos _____ Abuelos _____

Tíos _____

XVI OBSERVACIONES

Psicóloga (o) _____

Firma

HISTORIA CLINICA ELABORADA POR LA
PSC. MA EUGENIA GOMEZ PEYRET
Marzo 1996.