

## ¿QUÉ PSICOTERAPIAS PARA LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR?\*

Jean Yves Hayez\*\*

*«La verdadera traición es de seguir el mundo como él va y emplear el espíritu en justificarlo.»*

Jean Guéhenno

Las psicoterapias siempre han constituido un campo importante en el conjunto de las intervenciones terapéuticas propuestas a los niños de 6 a 12 años que presentan trastornos psíquicos y a sus familias. Pero sus objetivos, su configuración general y su encuadre cambian rápidamente, al mismo tiempo que aparecen nuevas formas y que las indicaciones de la psicoterapia "clásica", individual, analítica o de inspiración analítica, se hacen cada vez más precisas (1).

### EL AMBIENTE Y LOS OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos de los psicoterapeutas se diversifican: mejoramiento de la serenidad intrapsíquica y de la autoestima, acceso a un discurso sobre sí, vivido y no teórico, congruente con la libertad interior que se ejerce en una sociabilidad al menos razonable, permanecen como los objetivos más frecuentes e

---

\* Publicado en Nervure - Tome XIII - N.º 4 - Mai 2000 y reproducido con autorización del autor.

\*\* Pedopsiquiatra, doctor en psicología y responsable de la Unidad de Pedopsiquiatría. Clinique Saint-Luc, Avenue Hippocrate, 10, B- 1200 Bruxelles, Fax: 32 2 764 89 21, e-mail: jean-yves.hayez@pscl.ucl.ac.be.

(1) Si la descripción y la evaluación que hago, conciernen más a Bélgica, testigo de mi experiencia profesional desde hace treinta años, estoy persuadido que también se aplican igualmente a otros países europeos o, en todo caso, que pueden dar materia para reflexionar.

importantes, pero las terapias familiares, promueven a menudo la calidad de la comunicación y de las negociaciones y la búsqueda de un equilibrio entre el derecho de cada uno a diferenciarse y la realización de tareas comunes, en el nombre de valores y de culturas comunes; por otro lado, los objetivos se orientan más hacia las habilidades sociales (“skills”) y a la eficacia comportamental. La búsqueda de estos objetivos se inscribe en un modelo bio-psico-social del ser humano que es más que una declaración sobre el papel: los terapeutas toman en cuenta el hecho de que las modificaciones intrapsíquicas y/o comportamentales buscadas, se verán modeladas por el estado del cuerpo y el equipo y por los mandatos familiares y sociales en los cuales se desarrolla el niño.

Incluso al final de una excelente terapia padre-madre-hijo(a), un niño ansioso puede quedar hipersensible a hipótéticas agresiones, probablemente porque su “equipamiento” corporal lo quiere así. Entonces, habrá que manejarse con esto y quizá, catalizar la instalación de una mejor eficacia comportamental por intervenciones complementarias de tipo cognitivo-conductual, con las cuales él esté de acuerdo. La organización y el transcurso de muchas psicoterapias se modifican de esta manera. Los terapeutas ya no se dejan frenar por las grandes declaraciones de principio de las escuelas: “No se puede, se debe” y demuestran más creatividad y adaptación a las circunstancias de cada caso. A menudo, las terapias se vuelven densas, más centradas sobre uno u otro problema preciso, más flexibles en su organización. Hagamos una revisión de algunas de ellas; la primera a menudo es la más frecuente, las otras las presentamos sin orden cuantitativo preciso.

### **LAS PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES BREVES, “INTERCALADAS”, CONJUNTAMENTE CON UNA GUÍA PARENTAL**

A menudo, esta organización de la intención psicoterapéutica se coloca para enfrentar los problemas de intensidad media,

donde la relación con la realidad exterior se mantiene: es ciertamente el caso si se tiene la impresión de un conflicto intrapsíquico y/o de afectos y de representaciones tristes, mantenidos por el niño (“internalizing disorders”). También puede ser una indicación para trastornos del comportamiento en la acepción amplia del término (“externalizing disorders”), donde aún permanece cierta capacidad, al menos modesta, de introspección y de colaboración gracias a un autocuestionamiento de sí.

Aquí, el terapeuta y el niño se ponen de acuerdo en un proyecto (relativamente) preciso (por ejemplo: tener menos miedo en ciertas circunstancias... estar más cómodo con los otros... controlarse mejor...); también, se ponen de acuerdo en un espacio de tiempo de trabajo, seguido por una re-evaluación (por ejemplo: tres meses). Las sesiones de éste, a menudo semanales o bimensuales, son de inspiración “intercalada”: existe un tiempo de escucha y de elaboración espontánea por el niño de los temas que desea trabajar, según mis técnicas habituales en las psicoterapias de introspección; pero, igualmente, el terapeuta puede proponerle centrarse sobre alguna cosa; y luego, se pueden añadir momentos más cognitivos (información, estimulación de la imaginación positiva, entrenamiento en resolver problemas precisos a través del juego de roles, etc.). Incluso, podemos ponernos de acuerdo sobre actitudes a modificar en la vida de todos los días, ejercicios a hacer en la casa y evaluarlos las veces siguientes. Eventualmente, el terapeuta, si es médico, se encarga él mismo de discutir y de manejar un medicamento (2).

Más densas de las que se llaman, a veces de manera un poco despreciativa, “terapias de apoyo”, estas terapias se caracterizan por la mezcla de escucha y de compromiso activo del terapeuta, que, sin embargo debe ser vigilante a vivirse

---

(2) No diabolizamos entonces, a priori, las consecuencias de la doble identidad que reviste entonces el terapeuta: después de todo, si, teóricamente todo se puede hablar y es susceptible de recibir un sentido, por qué no aceptar la idea de un medicamento bien negociado, bien aceptado por el niño (y su familia) y que reconoce “la parte independiente del cuerpo”.

como “propositivo benevolente” y no como un “educador presionante”. Un trabajo paralelo se lleva a cabo con los padres, idéntico en sus objetivos y sus técnicas, a menudo con un ritmo un poco menos denso, por el mismo terapeuta o por un colega con el cual él se comunique efectivamente. El secreto no es sólo no separar el discurso de los padres y del niño (es decir que se comunique a grandes líneas lo que cada uno vive y piensa de su lado), sino también, a veces existen momentos comunes (por ejemplo: una sesión específica donde se reencontran padres, niños, incluso los hermanos, o también los últimos veinte minutos que suceden a dos sesiones simultáneas y separadas): hacemos un resumen sobre las grandes representaciones mentales vividas los unos con respecto a los otros y sus raíces, y definimos eventualmente objetivos comunes (comunicacionales, comportamentales) para las semanas siguientes.

## **LAS PSICOTERAPIAS FAMILIARES BREVES**

A veces se realizan utilizando las mismas técnicas, y jugando sobre la misma identidad del psicoterapeuta. Recurrimos a éstas, para mejorar los problemas psíquicos de intensidad media que parecen estar bien “internalizados” en el niño, pero donde la contribución del medio parece importante (por ejemplo: padres depresivos, ansiosos, etc.). Recurrimos también en los problemas externalizados, en donde cada uno no se ha vuelto, de manera estable y rígida, el objeto malo del otro, origen de enfrentamientos perpetuos e irreductibles en sesión: cuando éste es el caso, es mejor hacer un trabajo en paralelo, como en la primera fórmula, donde el terapeuta reconoce frente a cada uno que el otro, ausente, es verdaderamente difícil a vivir, pero donde se esfuerza enseguida de tener posiciones de introspección y de movilización de sí mismo: si esto es imposible de realizar, introducir la idea y la realidad de momentos más o menos amplios de separación puede ser más terapéutico que

confirmar, con nuestra impotencia, la amplificación progresiva de vínculos sado-masoquistas.

## **LAS TERAPIAS NIÑO-EDUCADOR**

Cuando se trata de niños que han sido colocados en una institución y responden a las indicaciones que acabamos de mencionar, las terapias niño-educador pueden ser muy adecuadas, sobre todo si: el educador voluntario para acompañar al niño, es importante en la vida de éste y en la institución: acepta salir del rol de buen adulto y dejarse interpelar en las emociones y representaciones, a veces individuales que suscita el niño; resume en grandes líneas para el equipo, lo que vive con el niño y esta restitución sirve para movilizar ciertas actitudes de los profesionales y/o para pasar a otros contratos de vida con el niño. Estas terapias son útiles cuando las dificultades relacionales adultos-niños, sobre todo aquellas que están ligadas a una inmadurez más o menos disarmónica del niño o a trastornos de su personalidad en el sentido amplio del término (categoría 3 de la CFTMEA\*)

## **PSICOTERAPIAS CUYO OBJETIVO ES UNA MODIFICACIÓN ESTRUCTURAL PROFUNDA**

Las terapias que tienen como objetivo una modificación estructural más amplia del niño, tienen tendencia a hacerse más raras, ya que requieren una implicación en energía y en duración que no se encuadra muy bien en nuestra cultura social contemporánea (el rendimiento en la velocidad)\*\*. Cada vez menos padres y quizá niños, están dispuestos a aceptarlas. Estas terapias a menudo son “monoreferenciales” en su mode-

---

\* N/T: Manual de los trastornos psíquicos para el sector francófono.

\*\* N/T: Recordar que Jean-Yves habla de la cultura de Bélgica, quizá esta aseveración no se aplique al contexto ecuatoriano.

lización del ser humano y en sus métodos. De facto (3), se les reserva a los problemas graves y crónicos: es bastante frecuente entonces que el niño resida en un hospital de día a tiempo completo o parcial o en una institución residencial especializada.

En esta categoría colocamos: los psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas (4) de los niños.

1. Sus indicaciones principales siguen siendo las neurosis (muy) crónicas y que invalidan mucho el comportamiento, y/o ciertos trastornos de la personalidad muy marcados por la angustia, la depresión y/o la mala imagen de sí (disarmonías evolutivas, abandono). En Bélgica y en Francia, si el niño está en familia, a menudo se lo recibe una o dos veces por semana; los ritmos más seguidos son más bien raros; si hay una estadía en una institución, las sesiones pueden ser más frecuentes.

Lo que cambia, pero a veces todavía muy lentamente, es la impresión vivida por el terapeuta de hacer solo algo muy importante, así como la necesidad interior que experimenta de aislarse perfectamente con el niño. En efecto, cada vez más terapeutas aceptan la idea que el trabajo hecho con los padres constituye un complemento indispensable: entonces éste se realiza según las modalidades descritas con respecto a las psicoterapias breves. Su apertura a la importancia de otras partes del trabajo, especialmente al de los educadores, mejora también al mismo tiempo que disminuye su terrorismo intelectual frente a éstos. Finalmente, el secreto profesional comienza a ser una realidad menos presente: si nos limitamos a compartir las grandes líneas de lo que el niño vive, esto puede ser una buena cosa.

---

(3) Con ciertas excepciones, donde hay consenso entre el estilo de trabajo habitual del terapeuta y un interés del niño, más gratuito y estable en la duración, para “descubrirse hablante y deseante”, como en el análisis de los adultos.

(4) Otras categorías de psicoterapia con objetivo introspectivo, esencialmente neo-rogerianas también existen aquí y más allá, pero todavía son muy raras.

2. Los niños en los cuales una psicosis aparece más tardíamente (luego de los 6, 7 años – psicosis esquizofrénica?), así como los niños autistas o que sufren de psicosis precoces no se les convida sistemáticamente a este tipo de terapias analíticas de largo plazo.

A veces, ellos son todavía convidados (5), ya sea en práctica ambulatoria, o en el marco de hospitalizaciones (de día o total) y con los matices de organización y de complementariedad que acabo de señalar. Por otro lado, y en referencia a modelizaciones más organicistas y/o neuropsicológicas de la psicosis y del autismo, las psicoterapias individuales son, ya sea poco implicadas, o consideradas como intercambiables con otras técnicas de “estimulación suave”, cuyo objetivo es mejorar la capacidad de pensar y de dar un proyecto al niño.

En una mayoría de instituciones residenciales terapéuticas belgas, por ejemplo: la tendencia es estar atento a la instalación de un “ambiente terapéutico en el diario vivir”, adaptado al grupo y a cada niño (volveremos sobre este punto más adelante); además, existen módulos con el objetivo específico de la estimulación suave (psicomotricidad, talleres creativos, clase tipo Teacch...), por el contrario, no se hacen psicoterapias individuales a largo plazo en el mismo lugar y muy pocos de los niños tienen una en el exterior.

## **LAS TERAPIAS FAMILIARES SIN DETERMINACIÓN PREVIA DE LA DURACIÓN**

Tienen una inspiración variada: psicoanálisis, sistémica, centradas en la comunicación, pedagógica y (ampliamente) comportamental, o intercalando dos o varios de estos puntos referenciales. A menudo, las familias son vistas cada quince días, por períodos de algunos meses o tres-cuatro años. Fre-

---

(5) Probablemente alrededor de 5 sobre 10 en Francia y 2 sobre 10 en Bélgica.

cuentemente, se insiste para que todos los miembros de la familia nuclear estén presentes y se interroga sobre el significado de las ausencias. Pero sobre este rito habitual, se pueden injertar otros encuentros en sub-grupos, invitaciones hechas a la familia extensa, etc. Las indicaciones son muy amplias, la alternativa que representan con respecto a las terapias individuales entremezcladas o psicoanalíticas que acaban de ser mencionadas, es más a menudo una resultante de la oferta local del mercado (formación e identidad de los terapeutas cercanos; casualidades de los contactos con ellos en los centros de salud mental...) que el fruto de consideraciones objetivas.

(Sin embargo, con una u otra excepción, por ejemplo: las neurosis más graves, necesitan más a menudo un enfoque individual, ya que la apropiación de sentido y el mejoramiento de la estima de sí que resultan de las terapias familiares bien conducidas, probablemente no será suficiente, incluso a veces puede ser poco accesible, para estos niños muy encerrados en sí mismos y en sus conflictos; para los niños psicóticos o autistas, lo que se trabaja en la terapia pasa a menudo por encima de ellos o es francamente inquietante, etc.)

## **LAS TERAPIAS PSICOMOTORAS**

Una parte de los terapeutas reivindica que sus intervenciones con los niños sean denominadas “terapias psicomotrices”. Por poco que ellos hayan hecho formaciones y supervisiones suficientes, esta reivindicación me parece legítima. Sus intervenciones constituyen verdaderas psicoterapias individuales con una mediación corporal. Por definición, ellos aceptan que el cuerpo del niño se pone en actividad durante la sesión y/o estimulan y orientan esta actuación; pero también, escuchan lo que el niño dice en esta ocasión, y/o lo ayudan a decir alguna cosa; sin hacer interpretaciones caracterizadas, ayudan entonces al niño a encontrar sentido en sí mismo y a aceptar mejor lo que él es, incluso corporalmente. Entonces, pueden resultar



una buena indicación para muchos niños torpes, poco seguros de sí mismos y de su cuerpo, ansiosos con la idea de moverse, rígidos y que no “habitan” más verdaderamente su cuerpo, etc.

## PSICOTERAPIA PARA LA VIDA COTIDIANA

Se practica a partir de actitudes generales y dirigidas hacia el niño, invitaciones y comentarios verbales, también generales o dirigiéndose al niño, emanando de estos compañeros naturales de la vida del niño que son sus padres o sus educadores. También participan los maestros, más allá de su estricta función de instrucción (6). Todos estos creadores de vínculos y de educación que conocen bien al niño, tienen aquí la ocasión de discutir con los “psi” las necesidades de éste; entonces, pueden movilizar sus actitudes, su discurso y la organización del cotidiano para disminuir su patología y favorecer su maduración. De allí, a decir que son “coterapeutas” sólo hay un paso que no doy fácilmente: quedan como responsables de manejar los vínculos afectivos de una educación que podría tener efectos terapéuticos, ni más ni menos.

Esta psicoterapia para la vida cotidiana se ejerce:

- a veces en complemento con una psicoterapia y/o una u otra intervención especializada de la cual el niño se beneficia;
- a veces, solo este tipo de psicoterapia cuando el niño frecuenta una institución residencial: ya sea por que él se opone a la idea de un enfoque más directo sobre su persona, porque permanece indiferente, o ya sea porque el método de la institución no incluye el acceso a las psicoterapias individuales (acabamos de ilustrar este aspecto con respecto a la psicosis y/o al autismo);

---

(6) Podemos decir que se practica a partir del ambiente de vida, a partir de la organización de lo cotidiano a la cual estas personas se muestran vigilantes.

- a veces, sólo este tipo de psicoterapia, cuando el niño vive en la casa, por los mismos motivos de oposición o de indiferencia estables de su parte.

## **OTRAS PSICOTERAPIAS MONO-REFERENCIALES**

Actualmente, al menos en mi país, solo se recurre poco a este tipo de psicoterapia. Sin embargo, el uso de dos entre ellas podría ir aumentando, en referencia al cambio de mentalidad en la sociedad (necesidad de resultados legibles y rápidos).

### **a) Las psicoterapias comportamentales o cognitivo-comportamentales.**

Se orienta a los niños hacia este tipo de terapia cuando un especialista competente en este campo y habituado al trabajo con los niños está geográficamente accesible cuando las disfunciones del niño son socialmente invalidantes y parecen no escapar totalmente al control de su voluntad: angustias excesivas, fobia escolar, hábitos nerviosos, encopresis, etc. La fecundidad de estas terapias, como de todas las otras, exige una adhesión razonable del niño al proyecto que será discutido con él y que incluye esfuerzos comportamentales, antes de alcanzar el gozo del resultado. En ciertos casos, hemos combinado con éxito una terapia de orientación psicoanalítica y otra cognitivo conductual (por ejemplo: TOC graves).

### **b) Las terapias con mediación claramente instituida.**

La mayor parte de las terapias individuales descritas hasta el momento recurren ocasionalmente a ciertos “medios” que catalizan la expresión de sí del niño: dibujos, marionetas, etc. Los “medios” dependen a la vez de la edad y de los gustos del niño y de los del terapeuta: entre ellos negocian un material de creación con el cual los dos se impliquen.

Pero, en ciertos tipos de terapia, los “medios” toman un lugar todavía más oficial: son el punto de partida necesario, a

partir del cual, algo de sí se refleja y se discute. Estos “puntos de partida” pueden ser muy diversos: utilización del cuento terapéutico, art-terapia, programación neuro-lingüística, danza, yoga, etc. A veces es más fácil realizarlas en institución residencial, y se desarrollan eventualmente en pequeños grupos (3 a 4 niños).

**c) El psicodrama de grupo, las terapias de grupo sin mediación instituida.**

Actualmente, estas psicoterapias sufren de una cierta ausencia, probablemente porque se ha querido practicarlas con grupos demasiado numerosos (más de 5 niños). Entonces, los efectos positivos del apoyo por parte de los otros no podían ejercerse y eran remplazados por factores como: un ambiente puramente lúdico, la competencia y la excitación mutuas excesiva. Sin embargo, se ganará algo en volver a esto, con grupos menos numerosos (no más de 4 niños) y al menos dos coterapeutas. Estos grupos se volverían entonces laboratorios de socialización, la presencia de los otros que presentan problemas similares constituiría un apoyo narcisista y una invitación a la introspección, todos estos factores que los vemos actuar en las terapias de grupo bien conducidas. Estos grupos constituirían entonces, verdaderamente un lugar complementario a otras intervenciones individuales; reunirían a los niños con problemáticas de intensidad media y complementarias (por ejemplo: fobia escolar, falta de estima de sí e impulsividad por demasiada desestructuración).