

# PSICOTERAPIA INFANTIL SISTÉMICA: LA INTEGRACIÓN DE DIFERENTES ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS

## SYSTEMIC CHILD PSYCHOTHERAPY: THE INTEGRATION OF DIFFERENT PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES

Juan Miguel de Pablo Urban

Psicólogo clínico, Instituto de Formación Sistémica, Cádiz, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

de Pablo Urban, J. M. (2019). Psicoterapia infantil sistémica: la integración de diferentes enfoques psicoterapéuticos. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 189-218. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.267>

### Resumen

*El artículo realiza en primer lugar un recorrido histórico sobre las diferentes aportaciones que se han realizado para la intervención psicoterapéutica en los trastornos infantiles. Comienza con las propuestas presentadas desde el psicoanálisis y las terapias psicoanalíticas, las posteriores perspectivas que provienen de los estudios sobre el apego y las indicaciones nacidas en la terapia de juego. Se analizan, igualmente, las aportaciones que la terapia familiar y los abordajes sistémicos han realizado al respecto, tanto desde los modelos clásicos como de los enfoques narrativos. Por otra parte, se explicitan los principales fundamentos, derivados de todo este recorrido, formulados para conceptualizar la intervención en psicoterapia infantil.*

*Palabras claves: psicoterapia infantil, enfoque sistémico, trastornos infantiles.*

### Abstract

*First place, this article carries out a historical discourse about the different contributions that have been made for psychotherapeutic intervention with childhood disorders. It begins with the proposals presented from psychoanalysis and psychoanalytic therapies, the subsequent perspectives that come from the studies on attachment and the indications born in play therapy. Furthermore, are analyzed the contributions that family therapy and systemic approaches have made in this respect, both from classical models and from narrative approaches. Consequently, the main foundations derived from this whole discourse are explained, formulated to conceptualize the intervention in child psychotherapy.*

*Keywords: Child Psychotherapy, Systemic Approach, Childhood Disorders.*



## Introducción

Existen numerosas publicaciones sobre psicoterapia infantil que describen protocolos de intervención con las características propias de los diferentes abordajes que los proponen. Con este artículo se pretende añadir, desde un enfoque sistémico integrador, un formato práctico para la intervención con trastornos infantiles, partiendo de la experiencia como terapeuta familiar.

Para ello se ha pretendido realizar, en primer lugar, un recorrido por la historia de la psicoterapia infantil, desde sus inicios a principios del siglo pasado hasta la actualidad. Interesa destacar las aportaciones y hallazgos de mayor relevancia que los diferentes marcos teóricos y autores más representativos han ido subrayando durante más de un siglo y, de esta forma, acercarse a cuáles elementos podrían calificarse como fundamentos de la psicoterapia infantil, es decir, qué ejes resultan indiscutibles como producto de este recorrido así como qué aspectos técnicos de intervención han sido constantes y manifiestamente señalados por su utilidad y posibilidades terapéuticas.

Posteriormente, resulta necesario centrarse y focalizar en el enfoque sistémico, como modelo y marco de referencia propio, para destacar sus aportaciones principales, así como aquellos aspectos críticos que se han venido manifestando, bien desde sus propias filas o bien desde otros abordajes diferentes. Se intentan asumir e incorporar en lo posible aquellas visiones que, aún siendo disímiles, resultan nutritivas para el enriquecimiento de un trabajo integrador. Para ello se puede reflejar conceptualizaciones psicodinámicas, aspectos derivados de los estudios sobre el apego y otras observaciones de interés que provienen de diferentes escuelas. Al final se ha de mostrar, desde un *modelo epistemológico* socioconstruccionista, la explicitación de un *modelo intermedio*, en el sentido que describe Marcelo Pakman (1995, p. 367), que propone un trabajo que incorpora lo familiar y lo individual, que se implementa a través de técnicas narrativas y expresivas desde un *modelo clínico* en lo pragmático.

## Recorrido Histórico sobre la Psicoterapia Infantil

En este apartado se pretende recoger las principales aportaciones teóricas y metodológicas en torno a la psicoterapia infantil que se han venido realizando a lo largo del último siglo. Se han destacado para ello tres líneas especialmente prolíficas, a saber: las aportaciones del psicoanálisis, las teorías e investigaciones sobre el apego y las terapias de juego de origen humanista. Por último, se mencionan aquellas de orden más heterodoxo o poco clasificables que puedan ser de interés para el objeto del presente artículo.

## Los inicios de la terapia infantil. El psicoanálisis

Se puede afirmar que existe un acuerdo a la hora de datar los orígenes de la psicoterapia infantil en torno a la primera década del siglo XX. Son las investigaciones de Sigmund Freud quienes señalan el punto de partida en la psicoterapia con

niños, especialmente se pueden reseñar tres de sus publicaciones en las que se pueden datar estos inicios. La primera, *Tres ensayos sobre la teoría sexual* (Freud, 1905), concretamente el segundo ensayo donde se hace referencia a la sexualidad infantil y se detallan las fases de desarrollo psíquico incorporando definitivamente al niño como elemento de observación y estudio en el psicoanálisis. La segunda publicación, de especial relevancia, *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (Freud, 1909), conocido como el caso del pequeño Hans, sobre la curación de una fobia infantil a través de los padres y, por último, *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (traducido también como *Los dos principios del funcionamiento mental*) (Freud, 1911), donde detalla los principios del placer y de realidad como elementos para la constitución del psiquismo del sujeto.

En esos momentos no existía un cuerpo teórico, ni técnico estructurado, que permitiera hablar de una psicoterapia infantil, pero sí el inicio de un acercamiento al trabajo con los trastornos o dificultades emocionales de la infancia. Se puede constatar que es Hermine Von Hug-Hellmuth (1913)<sup>1</sup>, con la publicación de *La vida psíquica del niño*, la primera analista que estudia y profundiza en la intervención psicoanalítica con niños. Injustamente olvidada y poco reconocida, es también la primera en aplicar la técnica de juego en la terapia infantil.

Cabe subrayar algunas de sus reflexiones y aportaciones técnicas, en aquel momento novedosas, muchas de las cuales no han perdido vigencia en la actualidad, por ejemplo:

- Lo innecesario de formular o interpretar a través del lenguaje los impulsos inconscientes del niño. En cambio, señala la puesta en acción del inconsciente en la infancia a través del juego (juego de roles, empleo de juguetes, etc.). Las dificultades para la asociación libre en los niños abrieron otros campos novedosos para poder trabajar con el material inconsciente.
- La importancia de que el analista de niños fuera a la par terapeuta y educador.
- La introducción del juego como herramienta terapéutica y diagnóstica.
- La propuesta para una intervención más activa (en comparación con el psicoanálisis de adultos) en la terapia con niños.

Como señala Escudero (2001), Hug-Hellmuth habla de los padres como colaboradores imprescindibles en la terapia, como informantes clave de las vicisitudes del niño. También, advierte de la necesidad de considerar lo nefasto que resulta el efecto de la culpa en los padres para el tratamiento de sus hijos. Sugiere, en este sentido, cuidar los señalamientos que los terapeutas puedan realizar sobre aquellos errores educativos que se considere puedan haber cometido los padres. Como indica la autora, estos señalamientos son un generador de culpa que puede ocasionar la interrupción prematura del tratamiento.

Hug-Hellmuth aporta ya una perspectiva interesante sobre cómo usar la transferencia en el trabajo analítico con niños, considerando arriesgada la clásica posición de neutralidad y abstinencia que se proponía para el terapeuta en el

psicoanálisis de personas adultas. En concreto señala que resulta “*intolerable para el niño iniciar un análisis en condiciones de no obtener gratificación*” (Escudero, 2001, p. 85).

Este mismo tema, el uso de la transferencia en el trabajo con niños, fue una de las cuestiones más controvertidas entre las dos psicoanalistas que prosiguieron el trabajo psicoanalítico con niños y que siguen siendo las más renombradas como referencias del psicoanálisis infantil: Anna Freud y Melanie Klein.

Tras los pasos de Hug-Hellmuth, Anna Freud (1927,1931) publica *Psicoanálisis del niño e Introducción al psicoanálisis para educadores*. En desacuerdo con los postulados de Melanie Klein, la otra psicoanalista destacada en este ámbito, negaba la existencia de una genuina neurosis de transferencia en el psicoanálisis infantil, por estar los niños pequeños muy apegados a sus padres, lo que no facilitaba el desplazamiento de los afectos al analista. Propugnaba más apoyar el fortalecimiento del yo infantil y al establecimiento de un superyó armónico a través de acciones educativas y de apoyo (Vallejo Orellana, 2002).

Escudero (2001) nos dice al respecto:

*“La capacidad para desarrollar una neurosis de transferencia requiere la habilidad de contener un conflicto interno y ésta es una tarea del desarrollo que sólo se logra de forma gradual. En el niño más pequeño la facilidad con que se externaliza el conflicto interfiere con el desarrollo de una neurosis de transferencia, porque se utiliza al analista con otros propósitos”* (p. 105).

Es de destacar que Anna Freud plantea la importancia de la prevención en el psicoanálisis infantil, así como la necesidad del analizar y desarrollar las defensas. El respeto hacia la organización para defenderse de la angustia en el psiquismo infantil es imprescindible.

Simultáneamente, en 1927, Melanie Klein tenía ya muy elaborada su técnica de análisis infantil, que llamó *técnica de juego*, en parte apoyada en los avances realizados por Hug-Hellmuth. Presentó el juego como el elemento expresivo natural del niño, considerándolo no sólo una forma de investigar el mundo sino, además, como una forma de expresar y elaborar las angustias a través de sus fantasías: “*Mediante el juego, el niño dramatiza sus fantasías y elabora así sus conflictos*” (Segal, 1964).

De esta forma, considera al juego libre y sus comunicaciones verbales como el equivalente a la asociación libre de los adultos (Klein, 1932). Desde el punto de vista del encuadre, el trabajo de Klein sí era muy respetuoso con muchos de los elementos clásicos del encuadre psicoanalítico como, por ejemplo, la propuesta de sesiones de 50 minutos, cinco veces por semana. En cambio, incorpora elementos importantes como puede ser la necesidad de una sala adaptada y la presencia de juguetes que permitan la proyección del niño (muñecos sin uniformes, de dos tamaños, juguetes que no impliquen unas reglas predeterminadas, etc.).

En desacuerdo con algunos de los planteamientos de Anna Freud, Melanie

Klein (1926, 1932) –con sus publicaciones *Principios psicológicos del análisis temprano* y *El psicoanálisis de niños*– se convirtió en referencia indiscutible en el trabajo psicoterapéutico con niños. Para profundizar en las controversias entre Anna Freud y Melanie Klein puede acudir a Stoloff (1995).

Los planteamientos de Klein defienden el uso de la interpretación de los contenidos inconscientes en el psicoanálisis infantil. Se le ha criticado, en lo que a la técnica se refiere, “como brusca y desconsiderada, insistiéndose en que las interpretaciones que se usan son adoctrinadoras y se viven por el analizado como seducciones o agresiones con la consiguiente contaminación de los estrictos fenómenos transferenciales” (Sánchez-Barranco y Vallejo Orellana, 2004).

Ya algunos años más tarde se puede destacar el trabajo de Donal Winnicott. Es en su libro *Realidad y juego* (1971), texto de referencia para cualquier terapeuta infantil, donde se incorpora la conceptualización de “el juego como una forma de ‘fenómeno transicional’ donde se entremezclan las realidades interna y externa del niño” (Schaeffer, 2011, p. 45). Según el autor, el juego permite un proceso de interiorización relacional con los demás y consigo mismo. El juego funciona como espacio metafórico donde realizar fantasías sin riesgo. Además, manifestaba que era posible no realizar trabajo interpretativo, bastaba el juego por sí mismo para resituarse, en ese espacio entre la realidad interna y la externa.

El abordaje psicodinámico privilegió, en la terapia infantil, el uso de medios de expresión diferentes a la palabra, a pesar de que la palabra era el eje del trabajo en la terapia con adultos. El dibujo y el juego se convierten en los elementos que caracterizarán y harán diferente la intervención psicoterapéutica con niños. En todos estos casos se trabajó en torno a la conducta lúdica, el juego en sí mismo, el dibujo, la generación de historias, como metáforas que son el elemento medular que definirá el trabajo terapéutico con niños.

En torno a la cuestión de la participación de los padres en el proceso terapéutico de los hijos, la tesis más defendida y habitualmente practicada ha sido la de considerar su participación como un problema porque contaminaba el proceso analítico del niño. En pocas ocasiones se destaca la importancia de la presencia de los progenitores en el proceso (Coriat, 2006) y cuando se hace, aparece muy coartada y enmarcada, sirva de ejemplo las propuestas Kleinianas al respecto.

Por último, es preciso nombrar como referentes en psicoanálisis infantil a la argentina Arminda Aberasturi (1969, 1972), autora de *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños* y de *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*, que retomó la importancia de los padres en el tratamiento de los niños (asunto que Melanie Klein no resaltaba), aunque en su posterior evolución profesional dejó de incluirlos. En este sentido, se centró en la importancia técnica de la desculpabilización de los mismos para el tratamiento. Otra profesional de referencia es la francesa Françoise Dolto (1971), conocida por sus publicaciones *Psicoanálisis y Pediatría* y *El niño del espejo: El trabajo psicoterapéutico* (Dolto y Nasio, 1987).

## Apego y terapia infantil

La segunda línea de referencia en el recorrido sobre la psicoterapia infantil es la que se conecta con las teorías e investigaciones sobre el apego. Es John Bowlby, con sus investigaciones iniciadas a finales de la década de los 50 y principios de los 60, quien subraya la importancia de la índole del vínculo del hijo con su madre, así como constatación de la influencia de éste en las relaciones afectivas posteriores. Bowlby (1969, p. 60) definió la conducta de apego como:

*“Cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”.*

En 1978, Mary Aisworth aportó con sus estudios sobre la *situación del extraño* –situación experimental en la que se separaba al niño de su cuidador y se valoraba su reacción a la separación y al reencuentro– nuevas perspectivas identificando los diferentes estilos de apego –Seguro (B), Ansioso-Evitativo (A) y Ansioso-Ambivalente (C)–. Coincide en destacar la importancia de un apego seguro para el establecimiento de posteriores relaciones afectivas, así como para un adecuado desarrollo cognitivo, social y emocional en el adulto.

En conclusión, todos los estudios sobre el apego vienen a confirmar la importancia del estilo de apego en la infancia para la salud mental del adulto, coincidiendo en que el apego seguro es un factor resiliente de máximo valor.

Centrándose en las investigaciones sobre el apego, realizadas en la década de los ochenta, por Mary Main (2000), que incorpora además un nuevo tipo o estilo de apego, al que llama Desorganizado (D) (Main y Solomon, 1986), se derivan aspectos muy interesantes como la correlación de los patrones de apego de los hijos con el patrón de apego de sus padres y su análisis a través de la estructura narrativa de los relatos de su vida, por ejemplo dice Main:

*“Las madres que eran flexibles y equilibradas en su capacidad de recordar y describir sus experiencias de apego temprano y los sentimientos relacionados con estas experiencias eran candidatas verosímiles a tener niños capaces de expresar libremente sus sentimientos y sus necesidades de ser consolados y nutridos después de la separación y de buscar la proximidad durante la reunión. Las madres que estaban defendidas contra el recuerdo y el poder de la experiencia infantil temprana (el tipo desentendido) o que habían permanecido agobiadas por algunos recuerdos y sentimientos (el tipo preocupado), tenían niños que enmascaraban sus necesidades de ser consolados o estaban tan dominados por su angustia, que eran incapaces*

*de separarse o explorar”* (Slade, 1999).

Otro tema importante a subrayar tiene que ver con los procesos de mentalización y la denominada función reflexiva (Fonagy, 2001). Slade (1999) indica que *“el cambio del niño depende del cambio en la representación materna del niño, como asimismo de la representación de la relación”*. En este sentido, la psicoterapia infantil debe considerar la importancia que posee la representación que los padres tienen del niño, especialmente si son muy pequeños; lo que conlleva a entender cuán necesaria es la intervención y participación de los padres cuando los niños son llevados a consulta por presentar trastornos emocionales. La idea clave se basa en que la capacidad de mentalización del niño se desarrolla de una forma óptima cuando la situación de apego es segura, requiere además que, la representación mental del niño por parte de los padres (en especial, la madre), esté libre para la propia construcción, de sí y de las relaciones con los otros.

Peter Fonagy (2001) en *Teoría del Apego y Psicoanálisis*, subraya la importancia del proceso de mentalización (función reflexiva) definiéndola como *“la capacidad del sujeto para la representación mental del funcionamiento psicológico del self y del otro”*. La regulación del proceso emocional va ligada al correcto funcionamiento de la función reflexiva o mentalizadora, que a su vez se sustenta en la presencia de un apego suficientemente seguro.

Como se señala en *Psicoterapia individual desde una perspectiva sistémica integradora* (De Pablo, 2018a), se defiende la importancia de los conceptos de apego y narrativa para un adecuado y exitoso proceso psicoterapéutico, tanto en adultos como en niños. Se retoma lo recogido en las conclusiones del libro:

*“Creo firmemente, como es palpable, en la importancia de la presencia de las emociones y de los afectos en las experiencias tempranas de la infancia como constructoras de la identidad. Que estas se articulan a través de patrones relacionales primordiales según los estilos de apego (John Bowlby, Mary Main y Mary Ainsworth). Que estas experiencias primigenias imprimen una importante huella basada en la necesidad de adaptarse y de sobrevivir emocionalmente —cuando no físicamente— del niño y/o de su familia. Que de estas experiencias se configura un relato identitario co-construido a través del lenguaje, cuyo eje narrativo central suele estar basado en estas experiencias emocionalmente significativas; para finalmente, una vez que el relato está esbozado, pueda ser —a través de las relaciones con los otros y de las experiencias emocionales contingentes— amplificado o deconstruido. Por último, que ya como adultos, ese relato central se conforma como un tamiz a través del cual se percibe e interpreta el mundo y las relaciones con las personas que nos rodean y, a la par, informa para una toma de decisiones consonante con el mismo”* (pp. 293-294).

La incorporación de las teorías del apego a la psicoterapia, como las investigaciones realizadas al respecto, presenta actualmente un auge incuestionable en los

modos de intervención y en las nuevas “marcas” que van emergiendo en la psicoterapia norteamericana. Sirvan como ejemplos los trabajos de Lorna Smith Benjamin (Terapia Reconstructiva Relacional) o los de Guy S. Diamond, Gary M. Diamond y Suzanne A. Levy (Terapia Familiar Basada en el Apego), entre otros.

### **Terapia de juego y terapia gestáltica para niños**

La tercera vía que ha sido especialmente fructífera es la que proviene de los enfoques humanistas. Derivado del trabajo inicial de Carl Rogers en 1939 *Tratamiento clínico de los problemas infantiles*, que fue su primer libro y se centraba en la intervención psicoterapéutica con niños (Arias Gallego, 2015), ha sido Virginia Axline (1963, 1974) autora de *Dibs en busca del Yo* y de *Terapia de Juego*, quien ha destacado en el trabajo con niños dentro de este enfoque.

Axline (1974, p. 18), señala que “*el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño*”, manteniendo la premisa de que el juego es una comunicación simbólica que actúa como puente entre el conocimiento consciente y las experiencias emocionales. Estos planteamientos concuerdan con muchos de los reflejados hasta el momento y cuyo origen proviene del psicoanálisis.

Axline otorga una visión más esperanzada y optimista, al partir de la idea de que cada cual lleva dentro de sí mismo la habilidad para resolver sus propios problemas de forma efectiva, al mismo tiempo el impulso de crecimiento interno hacia una conducta madura. El modelo de Axline es, basado en los presupuestos de Rogers, de terapia no directiva y combina terapia individual con el niño y terapia grupal. En cambio, no requiere de la participación de los padres aunque manifiesta que esto puede resultar beneficioso.

Los presupuestos que describe Axline son ocho, se detallan a continuación:

1. Establecer la relación con el niño. El terapeuta debe establecer y desarrollar una relación interna y amigable con el niño para garantizar un proceso terapéutico adecuado.
2. Aceptar al niño como individuo, “tal como es”.
3. Establecer un sentimiento de permisividad, a través de la ausencia de sugerencias y de la necesidad de que el niño pueda sentirse libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. Reconocimiento y reflexión de los sentimientos. El terapeuta debe estar alerta para reconocer los sentimientos que el niño está expresando y de reflejarlos de nuevo hacia él para que pueda profundizar en ellos y en su comportamiento.
5. Conservar el respeto hacia el niño y hacia sus habilidades para solucionar los problemas. Es el niño el que decide o no realizar los cambios.
6. El niño es considerado como guía del camino, de forma que el terapeuta no dirige las conversaciones ni las acciones del niño.
7. La concepción de que la terapia no debe ser apresurada, sino que se ha de considerar como un proceso gradual en el que hay que respetar el ritmo del

niño.

8. No olvidar el valor de las limitaciones, pero considerando que el terapeuta sólo establece aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacer patente al niño su responsabilidad en la relación.

Pretende con todo ello, que el niño desarrolle sus habilidades físicas, descubra lo que es “yo” y “no yo”, entienda las relaciones, experimente e identifique las emociones, practique roles, explore situaciones y adquiera el adecuado dominio sobre los acontecimientos y sobre sí mismo.

Emplea para ello materiales variados que detalla en su libro *Terapia de Juego* (Axline, 1974) y que se han convertido en identificativos de una sala de psicoterapia infantil, a saber: familia de muñecas/os, casa, muebles, barro, lápices de colores, papel para dibujar, animales, soldados, autos de juguete, muñecos de trapo, teléfonos, títeres, pistolas, figuras de autoridad como policías y médicos, materiales de construcción de bloques y una caja de arena.

Esquivel Ancona(2010), en referencia a las propuestas de Virginia Axline, nos remite a Wilson (1992) para detallar las habilidades y aptitudes que requiere tener el terapeuta en la práctica clínica cuando atiende niños con este modelo teórico.

Wilson (1992, p. 15) informa que en lo sustancial la tarea del terapeuta consiste en facilitar un espacio donde el niño se sienta libre para comunicar, sin ser dirigido por el profesional; mantener una escucha activa centrada en el niño y observar, a través de las señales no verbales y el lenguaje corporal, el significado de lo que hace o dice, de las incongruencias entre ambos, de los posibles indicadores de tensión. No pretende tanto establecer vinculaciones con el pasado como poder reflejarle de la forma más adecuada lo que está sintiendo y ocurriendo. Introduce aquí la importancia de que el terapeuta se escuche para diferenciar y discriminar lo que pertenece al niño de lo que le pertenece a él.

Si pasamos a otra de las corrientes encuadrada en los enfoques humanistas, la terapia gestáltica, es Violet Oaklander, cuyo libro de referencia es *Ventanas a nuestros niños* (Oaklander, 1988), quien ha destacado por sus aportaciones a la psicoterapia infantil.

En el texto citado destaca especialmente el trabajo con diferentes técnicas, desde la fantasía hasta el dibujo o la arcilla, los cuentos y la poesía, los títeres, la experiencia sensorial y la dramatización. El valor de la fantasía en la terapia infantil según Oaklander es esencial ya que, “*a través de la fantasía podemos examinar los reinos interiores de la existencia del niño. Podemos extraer lo que está oculto o eludido y además averiguar qué está sucediendo en la vida del niño desde su perspectiva*” (Oaklander, 1988, p.10).

Si atendemos al encuadre de trabajo, en la primera sesión requiere que los padres cuenten lo que ocurre siempre con la presencia del niño. Se procura que el niño entienda el motivo de que estén en consulta, y ver para quién lo que ocurre es un problema (los padres, los profesores...), y buscar ejemplos que ayuden a

concretar la demanda de la familia. Después, propone quedarse a solas con el niño y conversar con él. Le muestra lo que hay en la sala de terapia (juegos, materiales) y puede pedirle que haga, por ejemplo, un dibujo (el de la persona humana, de la familia...) sin plantearlo como un test de evaluación diagnóstica (test del árbol, test de la casa, test de la figura humana), porque insiste en que se aprende más del propio proceso de ejecución del dibujo por el niño que en el uso de éste como elemento de interpretación diagnóstica.

En el formato de intervención incide en empezar a trabajar con el niño, quizás tras tres o cuatro sesiones pueda determinar la necesidad de citar a la familia, lo que comenta o discute con el niño. Le interesa observar los patrones relacionales. Señala que gran parte del trabajo con los padres consiste en un simple enseñar y guiar, aunque todo funciona mejor si los padres se involucran activamente en las interacciones que mantienen con sus hijos y entre ellos.

Oaklander indica que es frecuente que los padres proyecten en sus hijos lo que están sintiendo y es interesante ayudar a diferenciar las emociones de los padres de la de los hijos. Ante los miedos infantiles plantea que es necesario confrontarlos: *“...pidiendo al niño que dibuje su temor o represente –mediante figuras de juguete o una obra teatral– una situación que lo ayude a acercarse a su temor”* (Oaklander, 1988, p. 237). Puede verse cómo, a través de fantasías guiadas, juegos o relatos, busca acercar el niño a la experiencia y, después, trabajar sobre ella, siendo una labor que se realiza primordialmente a solas con el niño/a mediante terapia de juego (bandeja de arena, títeres, etc).

### Otros modelos de interés

Por último, se destacan algunas aportaciones que son interesantes señalar. Schaefer (2011), en sus fundamentos de terapia de juego, hace referencia a la terapia filial de Bernard y Louise Guerney (1964) donde los padres son los artífices del proceso. Es un modelo integrador que incluye aportaciones de diferentes modelos y enfoques, aunque adopta un formato de intervención psicoeducativa, con un enfoque más orientado al proceso de empoderamiento de los padres y de los hijos en la búsqueda y emergencia de soluciones y recursos. En sus objetivos está toda la familia. Los terapeutas enseñan a los padres a conducir las sesiones de terapia de juego centradas en el niño, siendo los padres los encargados de realizar las acciones que se determinen. Es un modelo que combina la terapia de juego y la terapia familiar.

Por último, se hace especial referencia a Ellen Wachtel, por su esfuerzo integrador. Incorpora esencialmente elementos psicodinámicos y sistémicos, aportando una visión crítica sobre los formatos de intervención más comunes de unos y otros. Wachtel insiste en que el trabajo con la familia es, en muchos casos, insuficiente por lo que propone un trabajo individual complementario con el niño. Se recuerda que el niño tiene también una existencia separada de los padres y propone un trabajo integrador e incluso donde:

1. “Se bloquea la conducta sintomática
2. Se abordan las preocupaciones inconscientes que hicieron necesario el síntoma
3. Se exploran las cuestiones sistémicas que rodean los problemas del niño, y se trabaja con ellas” (Wachtel, 1994, p.46).

Propone intervenciones basadas en formulaciones psicodinámicas como pueden ser: poner límites para tratar el miedo del niño a su propia ira, limitar la expresión de sentimientos negativos, evitar la sobreestimulación de impulsos regresivos.

En la intervención con los miedos del niño, señala la necesidad del abordaje de conflictos y angustias inconscientes por medio de historias metafóricas. Respecto de los niños hiperangustiados e hiperdependientes dice:

*“La ‘preocupación’ por la madre, observada tan a menudo por los terapeutas familiares en niños fóbicos a la escuela, puede atribuirse no solo a un sistema familiar donde el hijo actúa como un sostén y protector de un progenitor vulnerable, sino también, en mayor medida, a una defensa (formación reactiva) contra los propios sentimientos de ira y fantasías destructivas del niño.”* (Wachtel, 1994, p. 213).

### **Fundamentos para una Psicoterapia Infantil**

A partir de los distintos antecedentes que se han descrito, se pueden establecer una serie de fundamentos para la psicoterapia infantil, unificando aquellas aportaciones de las diferentes corrientes y autores que consideramos consecuentes con nuestro modelo de trabajo, hasta poder alcanzar una visión sistémica integradora. Se destacan cuatro ejes que sustentan el trabajo que se realiza en psicoterapia infantil, basados en las necesarias adaptaciones que se precisan para acomodarse a las características del niño y al tipo de emergencia sintomática que presenta. Los ejes son:

- a) La importancia de lo analógico y lo simbólico como fórmula prevalente de comunicación en el niño versus el uso de lo verbal y lo digital en la psicoterapia.
- b) La necesidad de entender el juego y la actividad lúdica como medio de expresión preferente.
- c) Adaptación de la visión de lo psicopatológico a la infancia y a sus características.
- d) Adaptación del encuadre de la psicoterapia para atender los trastornos infantiles.

### **La importancia de lo analógico y simbólico como fórmula prevalente de comunicación en el niño versus el lenguaje verbal y lo digital**

El niño se mueve más fácilmente, y cuanto más pequeño más evidente es, en un sistema de comunicación y de pensamiento donde se privilegia lo analógico

sobre lo digital. En todas las aportaciones de las distintas escuelas y autores, se incide en la necesidad de acomodación de la terapia al mundo del niño evitando una simple translocación adultocéntrica en la intervención psicoterapéutica infantil. Dice al respecto Carmen de Manuel:

*“La terapia de familia también se ha visto influida por esta concepción adultocéntrica de la infancia al ignorar las necesidades de los niños. Pensemos en el hecho de que las sesiones de familia se han apoyado casi exclusivamente en el lenguaje verbal. Esta es una capacidad que los niños no tienen plenamente desarrollada. Sin embargo, durante décadas las sesiones de familia han consistido en hablar. De acuerdo, no era cualquier conversación, era una conversación científica pero para científicos adultos”* (De Manuel, 2009, p.367).

El mundo simbólico, analógico, más cercano al proceso primario, facilita al terapeuta la interacción con el niño, su implicación en el proceso terapéutico y la emergencia de soluciones que parten del propio paciente designado o de la familia.

La terapia meramente verbal, conversacional, se aleja del mundo infantil, resta emoción a los acontecimientos, intensidad a las imágenes que se producen en el consultorio, privilegia el mundo adulto y su forma de interacción y comunicación, obviando la riqueza afectiva y emocional que provee el mundo simbólico.

### **La necesidad de entender el juego y la actividad lúdica como medio de expresión preferente**

En consecuencia de lo planteado en el apartado anterior, podemos avanzar afirmando que la modalidad analógica de expresión por excelencia es el juego. Maurizio Andolfi señala que:

*“El juego es el elemento fundamental que hace posible incluir a los niños en la terapia familiar sin tratarlos como adultos en miniatura. Las palabras son sólo uno de los modos en que se comunica el sistema familiar. Los niños, aunque posean un vocabulario muy rico, se expresan mucho más que los adultos según una modalidad analógica”* (Andolfi, 1977, p. 141).

Repasando el recorrido histórico de la terapia con niños y niñas, hemos confirmado que, desde el psicoanálisis, se introdujo el juego como elemento de comunicación y de interacción terapéutica (ludoterapia), considerándolo como medio esencial para acceder al inconsciente infantil (sustituyendo a las asociaciones libres como método por excelencia en el psicoanálisis). Además, el juego se convertía así en el campo de observación y en la fuente de información sobre lo que ocurría en el niño.

No vamos a extendernos en torno al uso del juego en la terapia con niños, ya se han descrito antecedentes suficientes sobre su utilización. Sin embargo, es interesante subrayar un aspecto más importante y básico, del que quizás se habla poco: la necesidad de generar un entorno lúdico en las interacciones que ocurren en

el espacio terapéutico cuando se atiende a familias con niños. Se refiere, no tanto a que el terapeuta juegue con el niño o fomente la implementación de un espacio para el juego en el que participen los padres, sino a la creación de un marco lúdico, donde las intervenciones del terapeuta integran en sí mismas las premisas del lenguaje analógico y metafórico; incorporando en esta propuesta comunicativa a la familia completa.

Desde el interés de los niños en determinadas figuras e historias –provenientes de los cómics, del cine, de los cuentos, del deporte, de los ritos de paso–, se pueden establecer intervenciones construidas a partir de esos mismos elementos, adquiriendo para el niño o la niña un sentido y una significación única, intensa y pertinente sobre la que trabajar en sesión. Además, interesa especialmente involucrar en esta comunicación lúdica a los padres y demás miembros de la familia.

Son Freeman, Epston y Lobovits quienes, dentro de los enfoques narrativos, destacan la importancia de la comunicación lúdica en terapia familiar, y nos dicen:

*“Nos interesa que en la terapia exista una relación entre adultos y niños en el que cada parte aporte sus recursos exclusivos. Los niños tienen una capacidad sorprendente para resolver sus propios problemas. Nuestro objetivo es acceder a su imaginación y a sus conocimientos y colaborar con ellos”* (Freeman, Epston y Lobovits, 1997, p. 28).

Se agradece a tantos profesionales que han desarrollado trabajo psicoterapéutico con niños, las experiencias compartidas en el uso de las técnicas de la denominada *terapia de juego*. Schaefer (2011) en su libro *Fundamentos de terapia de juego*, retoma la definición de la “*Association for Play Therapy*” para la terapia de juego como el “*uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos*” (Schaefer, 2011, p. 4).

Dentro del juego se puede englobar muchas técnicas diferentes, por ejemplo, las técnicas creativas no verbales, como el dibujo. Al respecto Vargas Sepúlveda (2012) refiere que la técnica del dibujo, aunque fue inicialmente utilizada por el psicoanálisis, posteriormente se ha empleado desde muchos abordajes diferentes con apreciaciones diversas y usos variados. Si desde el psicoanálisis se entendía que el dibujo operaba como expresión de los procesos psíquicos del inconsciente, para poder realizar una evaluación o un diagnóstico, nos interesa destacar otros usos aún más productivos, por ejemplo, sus posibilidades para la intervención psicoterapéutica como un medio a través del cual contar y contemplar las propias historias y, con ello, facilitar la aparición de alternativas más libres y capacitantes.

A fin de cuentas, el dibujo funciona como vía a través de la cual se expresan los pensamientos y emociones que el niño está viviendo, los reflejos de su mundo interno. Esto permite al niño explorar su situación relacional o emocional, buscar soluciones, simbolizar y resolver cuestiones que le preocupan.

Dentro de este entorno lúdico que proponemos, se puede implementar técnicas

creativas verbales y literarias, por ejemplo, los cuentos, los relatos, las narraciones, el teatro. Estas pueden hacerse efectivas a través de uso de títeres, muñecos, de la psicodramatización con la propia familia y el niño, con la creación de historias o dramas, que son escritos por la familia y contados por ella misma, historias dramatizadas o leídas en la sesión.

### **Adaptación de la visión de lo psicopatológico a la infancia y a sus características**

Siempre se precisa recordar la necesidad de entender los trastornos y dificultades de la infancia de un modo diferente a cómo nos acercamos a la psicopatología descrita en los adultos. Los factores madurativos y la influencia del entorno son dos aspectos cruciales, entre otros, que hay que calibrar e integrar en la visión de las dificultades que los niños y niñas traen al consultorio.

En este sentido, se puede destacar que la emergencia sintomática, excepto en las situaciones que provienen de problemas somáticos ya sea por problemas genéticos, enfermedades o por traumatismos ocurridos en los periodos prenatal y perinatal; deben ser comprendidos a la luz de una adecuada combinación entre la influencia de factores que provienen del entorno del niño (familia, escuela, entorno socioeconómico) y de los factores relacionados con el momento del desarrollo madurativo, físico, emocional y social, en el que el niño se encuentra. También es necesario resaltar aquellas cuestiones conectadas a los estilos de apego y, consecuentemente, a la capacidad reflexiva o de mentalización de los padres (Fonagy, 2001).

En vez de potenciar la clasificación nosográfica de los síntomas o síndromes emocionales que se presentan, es más útil buscar elementos que permitan contemplar la expresión sintomática en estos dos ejes entorno-maduración, sin potenciar el etiquetado diagnóstico que, en ocasiones, tan mala deriva nos ofrece. Es interesante para ello destacar las observaciones de Marcelli y De Ajuriaguerra en su manual *Psicopatología del niño*:

*“En el estudio de las conductas y del equilibrio psicoafectivo de un niño, lo normal y lo patológico no deben ser considerados dos estados, distintos el uno del otro, separados rigurosamente por una frontera o un amplio foso. Nada permite pensar que existan dos campos resueltamente heterogéneos, reflejo uno de los procesos psicológicos normales y el otro de la desestructuración o la inorganización patológica. El desarrollo, la maduración del niño, son por sí mismos fuentes de conflictos que, como todo conflicto, pueden suscitar la aparición de síntomas.*

*Así pues, las tareas respectivas de lo normal y lo patológico se entrelazan en gran medida: un niño puede ser patológicamente normal como puede ser normalmente patológico. Al campo de lo patológicamente normal pueden pertenecer estados tales como la hipermadurez de niños hijos de padres psicóticos o divorciados o el conformismo. A lo normalmente patológico pertenecen las fobias del niño, las conductas de ruptura del adolescente y muchos otros estados”* (Marcelli y De Ajuriaguerra, 1996, p.

61).

Dentro de las aportaciones que resultan interesantes por su utilidad en referencia a la comprensión de la psicopatología infantil, se encuentra la clasificación de los trastornos psíquicos de la infancia realizada por Nathan Ackerman y que presenta Luigi Cancrini (Cancrini, 1974 y Cancrini y La Rosa (1991) en su excelente libro *La Caja de Pandora*.

En la Tabla 1, tomada de Cancrini y La Rosa (1991), se puede observar el posible recorrido de los procesos para la emergencia sintomatológica en los niños, desde los trastornos primarios del comportamiento hasta las reacciones psiconeuróticas, en función del proceso madurativo y de desarrollo realizado; donde se establece un paralelismo entre la forma de manifestación sintomática y la progresiva internalización del conflicto. Lo correlaciona además con la forma en que los síntomas se muestran (desde la ausencia de los mismos hasta su presencia constante).

Este tipo de marco permite un acercamiento a lo “patológico” más focalizado en elementos ligados al desarrollo infantil. Cirillo y Di Blasio (1989) insisten en la idea de no pensar en términos de enfermedad y cura, sino en el de personalidad en formación, a la par considera importante resaltar la función del síntoma en el sistema (desviación, “niño preservativo”, denuncia) y su participación en los juegos familiares. Entre estos juegos, por ejemplo, destacan en los casos de maltrato infantil, aquellos que reflejan “la incapacidad de los padres como mensaje” y el de “chivo expiatorio”. Para ampliar este tema puede acudirse a la bibliografía de los autores y al trabajo realizado sobre los juegos familiares por Mara Selvini Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Ana M<sup>a</sup> Sorrentino (1988).

De ahí que, incluso, se plantee el uso de los instrumentos proyectivos clásicos (test del árbol, de la casa y de la figura humana, test del dibujo de la familia, del dibujo libre, o el uso de pruebas proyectivas como el Bender, el Pata Negra o el CAT), no como pruebas diagnósticas sino como medios para trabajar con los niños y su familia, potenciando la idea del diagnóstico como un elemento mutable, relacional y simbólico de la relación familiar, y no como una etiqueta nosológica rígida y estigmatizante.

Esta última afirmación hace referencia, siendo claramente críticos, a los cada vez más evidentes excesos en torno al diagnóstico infantil. Pongamos como ejemplo la multiplicación exponencial del diagnóstico de TDAH o del síndrome de Asperger, como dos de los casos más flagrantes de sobrediagnóstico, tras una de las últimas revisiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5<sup>a</sup> Ed. *DSM V*; American Psychiatric Association [APA], 2013). La denuncia que realiza Allen Frances (2013) señala que la incidencia del TDAH puede ser en torno al 2-3%, alcanzando sin embargo en Estados Unidos porcentajes desorbitados: el 11% de los niños y el 20% de los adolescentes. El resultado del uso de psicofármacos en la infancia es un riesgo del que no se conoce ni vislumbra qué consecuencias puedan suponer para estos niños en el futuro.

Tabla 1. Tomado de *Cancrini y La Rosa (1991, p. 173)*.

<b>Clasificación de los trastornos psíquicos de la infancia / Elementos</b>	<b>Trastornos primarios del comportamiento</b>	<b>Trastornos primarios del comportamiento con rasgos neuróticos</b>	<b>Reacciones Psiconeuróticas</b>
<b>ESQUEMA DEL CONFLICTO</b>	La dificultad del niño está expresada directamente	El conflicto entre el niño y los padres está parcialmente interiorizado	El conflicto entre el niño y los padres está interiorizado
<b>CLÍNICA</b>	Ausencia de síntomas	Presencia inconstante de síntomas	Presencia de síntomas
<b>DIRECCIÓN DE LA AGRESIVIDAD</b>	Agresividad predominantemente dirigida al exterior	Situación intermedia	Agresividad predominantemente dirigida al interior
<b>EJEMPLOS SIMPLES</b>	Trastornos de las costumbres (alimentación, control de los esfínteres, etc) de la conducta (rebelión, tendencia al robo, etc)	Comportamientos fóbicos, inhibición del juego, etc.	Fobias de angustia extendidas, obsesiones, coacciones, hipocondría, psicosis
<b>Comprensibilidad</b>	Fácil	Intermedia	Compleja

### **Adaptación del encuadre de la psicoterapia para atender los trastornos infantiles**

En este apartado se ha de incluir, entre otros aspectos, los siguientes:

- ¿Quiénes deben acudir a la terapia?
- ¿Cuál es el marco temporal más adecuado?
- ¿Qué recomendaciones deben seguirse respecto al espacio de consulta y los instrumentos aconsejables?

Intentando responder a la primera pregunta, es importante subrayar la necesidad de la presencia de los padres, de toda la familia, en el proceso de terapia. Una de las principales aportaciones y ventajas que el uso de la terapia familiar ha demostrado, ha sido la asombrosa penetración de las intervenciones familiares y los excelentes resultados en las dificultades o trastornos presentados por las niñas y niños cuando se trabaja con la familia en su totalidad.

La psicoterapia infantil, en otras escuelas y enfoques, incidió en un encuadre que apostaba por el trabajo a solas con el niño o, como mucho, en la incorporación de los padres como simples informadores sobre lo que al niño le estaba ocurriendo. En el mejor de los casos, los padres podrían ser invitados para prescribirles instrucciones o tareas que apoyaran el proceso terapéutico de sus hijos. La terapia

familiar sistémica, incluyendo a las tres generaciones (Murray Bowen, Carl Whitaker o Maurizio Andolfi), en cambio, modificó este abordaje e insistió en la necesidad de que acudiera la familia íntegra, para garantizar los mejores resultados en el proceso.

Los resultados son claramente más fructíferos cuando se consigue la participación de los padres, y mejoran exponencialmente en la medida en que estos padres se han involucrado intensamente en el proceso terapéutico, bien en el cumplimiento de las tareas o trabajos encomendados, bien en la co-construcción de imágenes, relatos y metáforas.

Sí se precisa advertir de algunas prácticas y adoptar ciertas prevenciones al respecto. Se trata de evitar caer en algunos de los errores habituales del enfoque familiar, por ejemplo: la exclusión prematura de los niños de las sesiones en el proceso terapéutico, olvidando las necesidades de éstos para una recuperabilidad y mejoría adecuadas, es decir, no podemos afrontar de igual forma el caso de un niño que ha presentado síntomas inconstantes, desde hace pocos meses, a la de aquellas situaciones que, por su intensidad o duración, han derivado en serias dificultades en el desarrollo social, cognitivo y emocional del niño.

Como señala Ellen Wachtel (1994) se ha de tener en cuenta que el trabajo con la familia puede ser insuficiente, aunque siempre resulte imprescindible la participación de los miembros de la familia en la psicoterapia infantil. Por ello, siguiendo a la autora, se propone un trabajo individual complementario, basado en que el niño tiene también una existencia separada de los padres.

El resultado de estas observaciones se resume en la construcción de un encuadre básicamente familiar pero incorporando un trabajo individual, con el niño designado como paciente, cuando sea preciso. En las sesiones individuales con el niño también pueden afrontarse aspectos como qué le preocupa, cuáles son sus miedos y conflictos, etc.

Wachtel (1994) insiste en la importancia de escuchar las explicaciones parentales del problema, así como sus intentos de solución. No interesa cuestionar la visión de la pareja parental de forma precipitada, porque desde este cuestionamiento no se facilita la construcción de una adecuada alianza terapéutica ni se propugna un trabajo colaborativo que debe ser crucial en el encuadre de la psicoterapia. Llega a afirmar que, más importante que el disenso de los padres para explicar los problemas de los hijos, puede ser el clima emocional donde éstos se producen.

El incremento de la culpabilidad de los padres es un elemento distorsionador que puede quebrantar el proceso terapéutico, la culpa actúa como un paralizador de los recursos y capacidades de la familia y se alimenta con la angustia que los padres generan por sentir que no han cumplido suficientemente con el legado de cuidar de sus hijos de la forma adecuada.

Para Wachtel es muy importante que los padres se sientan cómodos, que se hagan cargo de la situación, para así permitir que los niños vivan las interacciones y el espacio terapéutico como un lugar donde también ocurren experiencias gratas.

A diferencia de la terapia de juego psicoanalítica, el terapeuta se esmera en no ocupar el lugar de los padres, sino que, por el contrario, propugna mejorar la relación del niño con sus progenitores. El o la terapeuta puede compartir impresiones con los padres y sugerir acciones que pueden ser útiles pero enmarcadas dentro de una relación para intentar ayudar al paciente designado y a la familia. En definitiva, debemos buscar un encuentro colaborativo para permitir la emergencia de recursos en la familia.

La segunda pregunta, la que hace referencia al marco temporal, se enmarca desde los planteamientos de los modelos clásicos de la terapia familiar sistémica. Se mantiene la propuesta de periodicidad intersesiones de entre tres y cuatro semanas. En el caso de trabajo individual con el niño puede reducirse a sesiones quincenales –o semanales en casos más delicados– como en el encuadre utilizado en terapia individual sistémica (De Pablo, 2018a).

En la propuesta se pretende, de una parte, que la temporalización sea la suficiente como para permitir que se produzcan cambios y que la familia pueda realizar las tareas y prescripciones que se hayan establecido, y por otra, que el periodo intersesiones no sea tan largo como para perder la referencia del proceso terapéutico. Además, interesa realizar una intervención más rápida o intensa si los síntomas son invalidantes o si están alterando de forma evidente la normalización que el niño necesita, es decir, que están afectando a su desarrollo social y cognitivo. De ahí que sea preciso establecer qué ritmo es el más adecuado en función del caso que estemos atendiendo.

La tercera pregunta se refiere al marco espacial. En este caso hay que acudir a lo que enseñan todos los autores que se han referido al trabajo psicoterapéutico con niños. En todos los casos se propone una zona de trabajo y juego que esté adaptado a las necesidades de los niños, y que permita el juego, el uso de materiales (agua, arena, arcilla, plastilina...) y el movimiento. Se requiere que el espacio sea amplio y luminoso.

Además, se ha de contar con un importante arsenal de juguetes y materiales que, al menos, debiera incluir:

- Pizarra y tizas (o rotuladores, según el tipo de pizarra).
- Papel para dibujar.
- Pegamento no tóxico.
- Tijeras sin punta.
- Goma de borrar.
- Lápices normales y lápices de colores o ceras.
- Pinturas para dibujar.
- Plastilina.
- Casa de muñecas.
- Títeres de mano o de dedos, con representaciones variadas (padre, madre, rey, reina, demonio, monstruos, niño, niña, abuelo, abuela, bruja, ogro...).
- Caja de arena (Gonzalo Marrodán, 2013).

- Miniaturas para caja de arena (animales, reptiles, insectos, figuras variadas, figuras masculinas y femeninas, vehículos, monstruos, armas, familias de humanos y familias de animales, barcos, aviones, muebles, flores, policías, bomberos, médicos, piratas...).
- Muñecos anatomizados.
- Cuentos.

## **Enfoque Sistémico y Psicoterapia Infantil. Visión Integradora**

### **Algunas dificultades en la intervención familiar con niños**

Cuando se analizan las críticas sobre las dificultades en el enfoque sistémico para la psicoterapia con niños y niñas, podemos estar de acuerdo con las observaciones de Ellen Wachtel (1994) cuando afirma que:

*“Los clínicos que trabajan con niños pequeños se dividen en campos diferenciados; los terapeutas familiares opinan que los terapeutas de niños ‘patologizan’ a sus pacientes (Combrinck-Graham, 1989; Haley, 1976; Kaslow y Racusin, 1990) en tanto que los terapeutas de niños estiman que los terapeutas familiares simplifican en exceso y pasan por alto la vida intrapsíquica del niño (McDermott y Char, 1974)” (Wachtel 1994, p. 23).*

Denuncia la autora que, en lo general, se ha producido una desatención del niño en los enfoques sistémicos, proponiendo no desdeñar las aportaciones de otros enfoques psicoterapéuticos e integrándolos en la praxis clínica. Aporta como ejemplos de malas prácticas: el hecho reiterado de sacar demasiado pronto a los niños del proceso terapéutico y el señalamiento del conflicto conyugal como causante principal de las dificultades del niño.

El resultado de estas dos tendencias lleva aparejado una desconsideración de los efectos nocivos que se han podido producir en el niño tras un periodo más o menos prolongado de relaciones inadecuadas en la familia, de igual forma se podría prever que la posible presencia de síntomas haya podido obstaculizar o impedir el desarrollo normal del menor en lo social, intelectual o emocional.

Otra cuestión que suele mencionarse en los textos dedicados a la intervención infantil en terapia familiar es, según Escudero, Abascal y Varela (2008), la queja de muchos profesionales sobre las dificultades que se presentan cuando se incorpora a los niños en las sesiones familiares. Algunos de estos problemas vienen generados por la carencia de técnicas y recursos de los propios terapeutas para acometer sesiones donde coexisten personas adultas y niños. Otros de los problemas señalados pueden achacarse a la resistencia que manifiestan algunos padres a traer a sus hijos menores a la terapia, temiendo a que se expongan al desvelamiento de algún acontecimiento o situación familiar delicada o, también, desde la pretensión de protegerlos de temas supuestamente dañinos o dolorosos.

Otro de los aspectos que podrían relacionarse con los citados haría referencia

a la acusación de que las sesiones están impregnadas de adultocentrismo. Castillo-García y colaboradores (2017) hablan del reto de incluir niños y niñas en las sesiones de terapia familiar, como al mismo tiempo de los riesgos que el adultocentrismo supone para una adecuada intervención en este encuadre. Esta misma crítica también aparece mencionada por De Manuel (2009).

Siguiendo con los comentarios críticos es cierto que, revisando la bibliografía existente, no resulta fácil encontrar material destinado a profundizar en descripciones teóricas y prácticas sobre la intervención con niños en la terapia familiar sistémica. Sí se pueden encontrar relatos de casos clínicos donde, de la descripción de las sesiones con las familias participantes, se pueden obtener conclusiones y vislumbrar directrices de trabajo. Se suma, además, la carencia de aportaciones sobre los elementos técnicos necesarios para una terapia familiar que cuenta con la presencia de niños y niñas menores, esencialmente por la ausencia en la mención de las herramientas que se proponen para que una intervención terapéutica posea el tono y el marco lúdico que corresponde. El contexto terapéutico debe permitir que el niño se sienta integrado en el proceso y no como el espectador de una conversación entre adultos.

Existen dos importantes excepciones. Sirva, por una parte, la lectura de la bibliografía existente de autores como Maurizio Andolfi (quizás el mayor defensor de la presencia del niño y de su participación como eje del proceso). Se puede incorporar en este ámbito a otros autores como Carmine Saccu o Salvador Minuchin, destacados por la descripción de casos donde se interviene en familias con niños. Igualmente, son destacables los trabajos y publicaciones de autores socioconstruccionistas australianos, con enfoque narrativo, como pueden ser Michael White, David Epston y Jennifer Freeman entre otros.

Un último aspecto que se cree interesante destacar es el que hace referencia a la tendencia a minimizar la influencia de los niños en los procesos. Ellen Wachtel (1994), desde una visión que busca el equilibrio, incide en que es necesario valorar también la importancia de los efectos de las conductas del niño en la interacción familiar para contrarrestar la tendencia a hablar de la influencia de los adultos en los niños.

### **Aportaciones destacables en la intervención con niños desde la terapia familiar sistémica**

Es preciso, en este momento, hacer una mención especial a Maurizio Andolfi, psiquiatra infantil y terapeuta familiar. Andolfi puede ser considerado, en el ámbito de la intervención infantil con enfoque sistémico, como uno de los terapeutas que ha destacado en el número y calidad de aportaciones sobre la necesidad de la participación del niño en la terapia con la familia y, especialmente, en la necesidad de escuchar su voz. Dice en una entrevista realizada en 2010:

*“A lo mejor, la única idea (... que he aportado...), que es muy difícil de transmitir, pero que yo considero extremadamente útil, es el trabajo con*

*los niños. En este sentido, el niño es respetado como sujeto competente desde que tiene 2 años hasta los 18, mientras que en la terapia familiar casi nunca es respetado, sino protegido. Ya no hay, en nuestros equipos de trabajo, profesionales que quieran escuchar la voz del niño. La voz de un niño es siempre la voz de una minoría que habla y que normalmente nadie escucha. Entonces mi idea es escuchar a los niños, jugar con ellos y entrar en el mundo de los adultos a través de los niños”* (Andolfi, 2010).

En su libro *Detrás de la máscara familiar* (Andolfi, Angelo, Menghi y Nicoló-Corigliano, 1982), insiste en la importancia de entender al niño –al paciente designado– como la puerta de entrada al sistema, siendo este un aspecto distintivo de su trabajo.

En general, sí se pudiera construir y remarcar una serie de líneas, características del abordaje sistémico, en el trabajo con situaciones donde se presentan menores con trastornos. Se puede hablar de las siguientes:

- a) Centrar más el interés en las fases del desarrollo del ciclo vital de la familia y de sus diferentes miembros evitando focalizarse en la intervención individual con el niño o la niña que ha sido presentado por la familia como paciente designado (Schaefer, 2011, p. 207). Enfatizar en los procesos de desarrollo del ciclo vital cuando realizamos un diagnóstico relacional permite además amplificar la visión normalizadora contra las etiquetas nosológicas. Sí es necesario evitar caer en una posición extrema, es decir, que esa normalización sea malentendida por la familia y que termine banalizando los acontecimientos que estén sucediendo y que puedan estar en el origen y sostén de las dificultades que la familia y el menor presentan.
- b) Observar e identificar las pautas de interacción y comunicación presentes en torno al niño o niña, como paciente identificado y al síntoma que presenta. Desde el enfoque estratégico se incide en conocer las secuencias comportamentales, de conductas encadenadas que están manteniendo el síntoma. Haley (1980) dice: *“un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, es una etiqueta que se le endosa”*.
- c) Analizar la estructura familiar, partiendo de las aportaciones de la terapia familiar estructural, verificando los límites y fronteras intergeneracionales, las coaliciones y alianzas presentes entre los diferentes miembros y subsistemas así como las jerarquías existentes. Tenemos también descripción de técnicas de intervención para reestructurar la familia y obtener claridad en las relaciones y en la gestión del poder.
- d) Constatar en especial los triángulos presentes y el proceso de triangulación en la familia. Desde diferentes autores, se ha propugnado analizar los triángulos existentes en la familia para así facilitar el diseño del proceso de intervención.

Históricamente, el enfoque sistémico ha insistido en ciertas constantes para la

comprensión de los trastornos infantiles, por ejemplo, el que hace referencia a la importancia de los triángulos en las interacciones familiares. Se ha descrito prolijamente sobre las consecuencias de la triangulación del niño y su emergencia sintomática como expresión del conflicto adulto.

Por ejemplo, podemos encontrar la descripción del *triángulo perverso* (Haley, 1977), descrita como un tipo especialmente nocivo de triangulación por los notables efectos patógenos que tendría en el niño encadenado a ese triángulo. El triángulo perverso se produce cuando, en una relación entre tres personas, dos de ellas –que se encuentran en niveles jerárquicos diferentes (parental-filial)– constituyen una coalición contra la tercera (en los papeles de víctima, perpetrador y salvador), provocando una evidente transgresión de las fronteras intergeneracionales, con conflicto abierto o encubierto entre los padres, pero permaneciendo la coalición oculta y negada.

En esta misma dirección tenemos la descripción de Salvador Minuchin (1978) que denominó a los diferentes tipos de triangulación como *triadas rígidas*. Estas triadas eran: *triangulación, coalición progenitor-hijo, triada desviadora-atacadora y triada desviadora-asistidora*.

Murray Bowen (1978), en el mismo año, insiste en la importancia de los triángulos en los trastornos infantiles y en la terapia como un proceso en el que se debe trabajar para lograr la destriangulación del paciente designado. La destriangulación se convierte para el autor en la vía regia para la eliminación de los trastornos, así como en una de las técnicas primordiales para facilitar el proceso de diferenciación del *self*.

Helm Stierlin (1979) describe diferentes modos de explotación infantil y su carácter patógeno, detallando los procesos de *Delegación, Retención y Expulsión*.

Por último, en este mismo ámbito, se halla el término de *parentificación o parentalización* (Boszormenyi-Nagy, 1983) en referencia a la designación, por parte de los padres, del hijo en un rol parental, forzando una inversión de papeles o funciones en la familia. Este proceso puede ser instrumental, donde un hijo es designado para hacerse cargo de, por ejemplo, tareas domésticas, cuidado de hermanos o gestión de temas que correspondería a los padres; o puede ser emocional donde el hijo puede estar designado para tranquilizar a los padres o cuidarlos emocionalmente.

Este es un tema destacado también por Murray Bowen, Salvador Minuchin y la Escuela de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata, 1975). En todos los casos se subraya la distorsión que produce en los hijos el proceso de parentalización, la participación en coaliciones intergeneracionales, la adjudicación de roles como *chivo emisario* (Ackerman, 1966). Otras construcciones teóricas destacan el concepto del *hijo crónico* o del *corte emocional* (Andolfi, 2000), el *hijo abnegado* que se sacrifica por lealtad a los padres (Wachtel, 1994), etc.

Este concepto en torno al sacrificio de los hijos por lealtad a sus progenitores ya había sido presentado por Nathan Ackerman (1966), en su libro *Psicoterapia de*

la familia neurótica:

*“El sacrificio emocional que la familia exige del niño como precio de pertenecer a ella puede ser relativamente total, o puede ser parcial y selectivo. En el sacrificio total el niño no debe ser. Se le niega el derecho de vivir, de respirar, de comer o de moverse. El sacrificio impuesto es extremo. La familia se mantiene en un equilibrio estático a expensas de la vida emocional del niño. El crecimiento potencial del niño resulta deteriorado, desviado o destruido. Es este patrón de daño emocional el que predispone al desarrollo psicótico.*

*En el caso del sacrificio parcial, las relaciones del niño con la familia están ligadas al tema: el niño no debe ser diferente. A fin de asegurarse la aprobación y la seguridad, el niño debe conformar sometiendo un segmento de su ser individual. La familia conserva su equilibrio imponiendo al niño este sometimiento parcial forzado. En esta configuración del niño y la familia, en tanto se contenga el conflicto y se compensen las defensas, la perturbación trae como resultado un desarrollo psiconeurótico”* (Ackerman (1966, p. 179).

- e) Otra idea central en terapia familiar es la que entiende la conducta del niño o la niña como un indicador del estado emocional de la familia, como barómetro emocional del sistema familiar. La conducta del niño durante las sesiones puede ser interpretada como el emergente de los afectos que están activos en el contexto de la familia (Pichón-Rivière, 1985). Sirva como ejemplo cuando, en algunas sesiones de terapia, determinadas conductas llamativas y aparentemente espontáneas de los niños, pueden estar avisando e informando de cuando se está tocando un área emocionalmente delicada y sensible de la familia o de algunos de sus miembros (Lengua Sánchez, 2001).

Gran parte de estas visiones se nutren de la certeza en que la familia es una unidad bio-socio-emocional (Ackerman, 1937) o un sistema emocional (Bowen, 1978) que comparte estados emocionales de todos sus componentes. No en vano, se señala la influencia de los padres y de los tipos de interacción familiar predominantes, en lo que está ocurriendo en los niños como pacientes designados. A fin de cuentas la familia es el espacio donde nacen y donde mejor se entienden los síntomas presentes en los trastornos infantiles.

Desde el abordaje psicoanalítico de los trastornos infantiles se incorporaron en su momento conceptos valiosos, que se mantienen presentes en los enfoques transgeneracionales de la terapia familiar. Los hijos pueden sufrir por acabar convertidos en receptáculo de las proyecciones de los padres, el niño puede encarnar a los “espectros” del pasado familiar, con lo que la terapia debe conseguir que los hijos puedan desprenderse de estos lastres, de la inscripción de estas pesadas mochilas nacida en la mirada de los padres. A mi parecer es especialmente relevante, en estas aportaciones, la perspectiva de la teoría del vínculo de Enrique Pichón-

Rivière (1985). El niño como emergente de lo depositado por los diferentes miembros de la familia, por el sistema familiar.

### **Aportaciones del construccionismo social y de la terapia narrativa**

Dentro del socioconstruccionismo, se han destacado algunos autores en la intervención psicoterapéutica con niños. Estamos hablando, en especial, del trabajo de los terapeutas narrativos.

Es necesario incidir en los iniciales trabajos de Michael White y David Epston (1980) con su descripción de las posibles fórmulas para afrontar y vencer los miedos infantiles, los de White y Morgan (2006) donde se compilan artículos sobre intervención en terapia narrativa con niños o la publicación de Freeman, Epston y Lobovits (1997) donde se describe una metodología de intervención para una interacción lúdica e incluyente en psicoterapia infantil. Sirva como ejemplo lo que dicen estos últimos autores en beneficio del enfoque narrativo:

*“Los planteamientos lúdicos de la terapia narrativa alejan el centro de atención del niño como problema, para fijarlo en la relación entre el niño y el problema de una forma que sea significativa para los adultos, además de fascinante, y no insulsa o aburrida”* (Freeman, Epston y Lobovits, 1997, p. 16).

Schaefer realiza importantes aportaciones para definir el rol del terapeuta infantil en el modelo narrativo:

*“El papel del terapeuta consiste en generar un espacio seguro y libre de temores donde el niño pueda jugar y crear historias en relación con otra persona. El juego y las narrativas le permiten explorar una variedad de historias, explicar la diversidad de historias de que dispone y probar las historias e identidades posibles. La historia no tiene que ser verdadera, pero debe ser creíble, y el papel del terapeuta es nutrir al cuentista de modo que el argumento pueda fluir”* (Schaefer, 2011, p. 338).

Para ello, Schaefer (2011) hace referencia a trabajos, con un soporte lúdico, del tipo: crear historias con plastilina, crear una vasija de luz, dibujar caricaturas de una historia, contar cuentos de cambio y contar historias para respirar, imaginar y relajarse.

Puestos a recopilar las ventajas que comporta el uso de un enfoque narrativo en los casos que se presentan con trastornos infantiles, Terán Catota (2016) señala las siguientes:

- La posibilidad de identificar y exteriorizar el problema para así aislar los sentimientos de culpa.
- El uso del lenguaje verbal y no verbal de los niños en los juegos, relatos, cuentos, dibujos, etc.
- La posibilidad de construir y elaborar conflictos, incitándoles a un diálogo abierto.

Además, el terapeuta incita el interés por las nuevas definiciones y pregunta

por historias alternativas, modificando el sistema de creencias y empleando metáforas. Por eso Urrego Aguinaga y otros (2016), señalan que *“el enfoque narrativo se centra en modificar la estructura de las historias como un ente transformador de las mismas”*.

De forma resumida, se puede destacar que el trabajo narrativo contempla la situación del niño, sus síntomas y su familia desde una perspectiva centrada en los relatos encarnados en el sistema, su configuración y presencia en la definición de la identidad personal y familiar. En primer lugar conociendo las historias oficiales, saturadas del problema –*“la historia saturada del problema limita la perspectiva, elimina los hilos de esperanza y el significado positivo, y excluye posibilidades y potenciales nuevos”* (Freeman, Epston y Lobovitz, 1997, p.82)–. Estas historias saturadas del problema se convierten desafortunadamente en las historias que dominan las descripciones de las diferentes realidades de la familia. Exigen ser deconstruidas para permitir la emergencia de historias alternativas más saludables y potenciadoras de soluciones que, requerirán, a su vez, ser amplificadas y realizadas. Las historias alternativas necesitan de un terreno abonado para su crecimiento y pervivencia, este abono está anclado en la mirada constructiva de las personas significativas del sistema familiar y social, en una co-construcción de significados, donde los miembros de la familia y el equipo terapéutico se convierten en testigos externos que consolidan las historias emergentes.

Atendiendo a este último párrafo y, como consecuencia del mismo, se ha de subrayar la importancia de que la familia participe, concretamente los padres, en el proceso terapéutico. Se entiende que su colaboración e inmersión en el proceso es un elemento imprescindible para llegar a buen término. Es necesario que los padres participen en las tormentas de ideas que se generan para obtener soluciones, que actúen como conspiradores junto a sus hijos contra el problema externalizado, que actúen como equipo en defensa contra el problema detectado y que añadan significados a las historias y los relatos emergentes. Además, es del máximo interés que los progenitores se permitan participar en rituales y ritos de paso; que se entreguen en proporcionar detalles y ejemplos para las historias alternativas, así como resaltar que representan el mejor público para la confirmación de nuevas historias, permitiendo la aparición de elementos “heroicos”. Para ello, se pueden emplear instrumentos variados como la elaboración de un relato mediante cartas, para hacer aparecer habilidades raras y especiales, o fijar experiencias terapéuticas proponiendo y generando ceremonias de graduación, confirmación y celebración de los éxitos obtenidos en los menores.

Freeman, Epston y Lobovits (1997) enfatizan el tipo de preguntas que se realizan en los casos de terapias infantil y describen dos niveles:

1. El nivel metafórico del juego que libera recursos y genera el desarrollo de historias competentes para la resolución de problemas.
2. Las preguntas realizadas en la conversación en torno a las historias, ayudando a generar historias alternativas.

### Las técnicas de externalización en terapia narrativa con niños

Dentro de los enfoques narrativos, se destaca el uso de las técnicas de externalización como una de las más utilizadas para la intervención en psicoterapia y, en especial, en la atención a trastornos de la infancia (Campillo Rodríguez, 2013).

Carey y Rusell (2002) señalan que la externalización como proceso es un concepto que se introdujo en el campo de la terapia familiar por primera vez a principios de la década de los 80 por el terapeuta australiano Michael White, y que fue desarrollada inicialmente desde el trabajo con niños, siendo una técnica que se asocia “con el buen humor y lo lúdico”. Se puede definir de la siguiente forma:

*“En el sentido de Michael White (White, 1991; White y Epston, 1993) la externalización es un proceso en virtud del cual un cierto atributo o cualidad se “saca fuera” de las personas y se convierte en algo con entidad propia. En terapia externalizar consiste básicamente en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de estas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra ellas”* (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994, p. 283).

Beyebach y Rodríguez Morejón (1994) son los autores españoles que han trabajado más a fondo en las diferentes descripciones de la técnica de externalización. El uso de la externalización contiene notables ventajas, a saber:

- a) Permite la activación de los recursos del paciente o de la familia al crear un espacio entre la persona afectada y el problema. La externalización ayuda a la asunción de un papel más activo por parte del paciente al quedar liberado del marco restrictivo que el problema en sí comporta, facilitando la emergencia de recursos propios y soluciones novedosas. La presencia del problema en el espacio del sujeto no otorga la libertad necesaria para afrontar sus dificultades.
- b) Facilita la incorporación en el paciente o familia de la experiencia externalizadora como metáfora útil, con mayor presencia visual y sugestiva, que facilitará su persistencia en el tiempo, permitiendo la co-construcción entre los miembros de la familia de nuevas alternativas que pueden sustentarse en la visión compartida y recreada de todos.
- c) Contiene un procedimiento a través del cual poder conversar con la familia o el paciente. Ciertamente otorga una vía conversacional, es decir, de qué hablamos y cómo lo hacemos, con la que se puede orientar el trabajo de los profesionales.
- d) Permite incorporar elementos lúdicos (metáforas) que los niños y niñas aceptan de forma fácil y divertida, y con los que se generan interesantes posibilidades para la intervención directa en el consultorio.

Freeman, Epston y Lobovits (1997) refieren que la técnica de externalización es, para los niños, como “jugar a...”, en sí comporta un planteamiento cercano y lúdico. Permite reunirse con el niño y con la familia sin hablar del problema, “*lo que alivia el sentimiento de responsabilidad y culpa del niño y de la familia*” (Freeman,

Epston y Lobovits, 1997, p. 64). Insisten en la importancia de conocer al niño al margen del problema, por lo funciona además como un facilitador de la despatologización de los menores.

### Conclusiones

Es del máximo interés incorporar e integrar las aportaciones de los diferentes enfoques terapéuticos, especialmente de los que más se han destacado en la intervención psicoterapéutica infantil, para poder establecer una serie de fundamentos teóricos y prácticos sobre los que asegurar un proceso terapéutico optimizado al estar respaldados desde las conclusiones y la experiencia de tantos profesionales.

Del análisis de los trabajos aportados por el psicoanálisis, las psicoterapias psicoanalíticas, los estudios sobre el apego, las terapias humanistas y los diferentes enfoques de la terapia familiar sistémica, se puede asumir algunas líneas de trabajo imprescindibles de incluir en cualquier intervención terapéutica donde se presenten trastornos infantiles.

Se propone, desde una perspectiva construccionista, un formato de trabajo para la psicoterapia infantil que, con un encuadre sistémico, sume e integre las indiscutibles conclusiones, teóricas y prácticas, derivadas de más de un siglo de experiencia directa con niños y familias.

Por todo ello, en este texto se han procurado señalar los ejes de intervención que podrían garantizar los mejores resultados en la intervención terapéutica con niños. En otro artículo actualmente en prensa –titulado *La intervención familiar en los miedos y fobias infantiles* (De Pablo, 2018b)–, se ha intentado mostrar esta propuesta integradora de forma práctica, a través de un protocolo de atención a miedos y fobias infantiles, para con ello poder dar una visión más amplia y detallada de la propuesta formulada.

### Notas

- 1 Hermine von Hug-Hellmuth (31/08/1871-18/09/1924), psicoanalista vienesa, pionera en el psicoanálisis infantil, ya que fue la primera en plantearse la práctica analítica con niños, limitándose a tratar niños a partir de 7 años de edad y modificando aspectos del encuadre y de las reglas técnicas del psicoanálisis, como por ejemplo no emplear el diván ni las asociaciones libres, reducir el número de sesiones, emplear el juego, contar con la colaboración de la familia, reducir la importancia de la transferencia, etc.

### Referencias Bibliográficas

- Aberasturi, A. (1969). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Barcelona, España: Paidós.
- Aberasturi, A. (1972). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Barcelona, España: Paidós.
- Ackerman, N. W. (1937). The family as a social and emotional unit. *Bulletin of Kansas Mental Hygiene Society*, 2(2).
- Ackerman, N. W. (1966). *Psicoterapia de la familia neurótica*. Buenos Aires, Argentina: Horne.

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª Ed.) Madrid, España: Panamericana.
- Andolfi, M. (1977). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona, España: Paidós.
- Andolfi, M. (2000). Terapia con el individuo y terapia con la familia. *Sistémica*, 8, 13-29.
- Andolfi, M. (2010). Un café con Andolfi en París. Entrevista a Maurizio Andolfi, experto en terapia familiar. *Infocop – Online*. 17/11/2010. Recuperado en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3187](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3187)
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P. y Nicoló-Corigliano, A. M. (1982). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida, un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Arias Gallegos, W. L. (2015). Carl Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Avances en Psicología*, 23(2), 141-148.
- Axline, V. M. (1963). *Dibs en busca del yo*. México, México: Diana.
- Axline, V. M. (1974). *Terapia de juego*. México, México: Diana.
- Beyebach, M. y Rodríguez Morejón, A. (1994, octubre). Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas. *Actas de las XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*. Vitoria, España.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. M. (1973): *Lealtades invisibles; Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bowen, M. (1978a). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bowen, M. (1978b). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Barcelona, España: Paidós.
- Campillo Rodríguez, M. (2013). Terapia Narrativa de Juego. *Haciendo Psicología*. México.
- Cancrini, L. (1974). *Bambini "Diversi" a scuola*. Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *La Caja de Pandora: Manual de Psiquiatría y Psicopatología*. Barcelona, España: Paidós.
- Carey, M. y Russel, S. (2002). Externalización: preguntas más frecuentes [Externalising: Commonly asked questions]. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, n° 2. Recuperado de: <https://bit.ly/21YpXOP>
- Castillo-García, M. T., Castillejos-Zenteno, L. y Macías-Esparza, L. K. (2017). El reto de incluir niños y niñas en las sesiones de Terapia Familiar. *Redes*, 35, 83-95.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1989). *Niños maltratados*. Barcelona, España: Paidós.
- Coriat, E. (2006). *El psicoanálisis en la clínica de niños pequeños con grandes problemas*. Buenos Aires, Argentina: Lazos.
- De Manuel Vicente, C. (2009). La Terapia de Familia y los niños: reflexiones desde una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la red pública andaluza. *Apuntes de Psicología*, 2-3(27), 363-373.
- De Pablo Urban, J. M. (2018a). *Psicoterapia individual desde una perspectiva sistémica integradora*. Madrid, España: Letrame.
- De Pablo Urban, J. M. (2018b). La intervención familiar en los miedos y fobias infantiles. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 38, 109-128.
- Dolto, F. (1971). *Psicoanálisis y pediatría*. México, México: Siglo XXI.
- Dolto, F. y Nasio, J. D. (1987). *El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico*. Barcelona, España: Gedisa.
- Escudero Álvaro, C. (2001). *Fenómenos transferenciales en psicoterapia psicoanalítica con niños y adolescentes* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/5242/>
- Escudero, V., Abascal, A. y Varela, N. (2008). Escaleras y torreones terapéuticos: Directrices y técnicas básicas para el trabajo con niños en terapia familiar. *Cuaderno Psiquiatría Comunitaria*, 2(8), 207-223.
- Esquivel Ancona, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. México, México: El Manual Moderno.
- Fonagy, P. (2001). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona, España: Espaxs.
- Frances, A. (2013). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Barcelona, España: Ariel.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (1997). *Terapia narrativa con niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona, España: Paidós.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Obras Completas, vol. VII (1901-1905). Amorrortu.
- Freud, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. Obras Completas, vol. X. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (1911). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. Obras Completas, vol. XII (1911-1913). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, A. (1927). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires, Argentina: Horme.
- Freud, A. (1931). *Introducción al psicoanálisis para educadores*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Gonzalo Marrodán, J. L. (2013). *Construyendo puentes. La técnica de la caja de arena*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Guernsey, B. (1964). Filial Therapy. Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 304-310.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Barcelona, España: Paidós.
- Hug-Hellmuth, H.v. (1913). *A study of the mental life of the child*. Monograph Series nº 29. Washington, DC: Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- Klein, M. (1926). *Principios psicológicos del análisis temprano*. En Obras Completas, Tomo 1. Barcelona, España: Paidós.
- Klein, M. (1932). *El Psicoanálisis de niños*. En Obras Completas, Tomo 2. Barcelona, España: Paidós (1987).
- Lengua Sánchez, J. C. (2001). El juego en la terapia familiar sistémica con niños. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 1-2(2).
- Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(48), 1055-1127. Traducido: *Aperturas Psicoanalíticas*, 8.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.). *Affective development in infancy*. (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona, España: Masson.
- Oaklander, V. (1988). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Chile: Cuatro Vientos.
- Pakman, M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez, J. (1995) (Coord.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 359-377). Madrid, España: Síntesis.
- Pichón-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Russel, S. y Carey, M. (Comp.) (2004). *Narrative Therapy: Responding to Your Questions*. Adelaide: Dulwich Center Publications. Recuperado de: <https://bit.ly/2UuKnRv>
- Sánchez-Barranco Ruiz, A. y Vallejo Orellana, R. (2004). Melanie Klein, una princesa que creó su propio reino. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 117-136.
- Schaefer, C. E. (2011). *Fundamentos de terapia de juego*. México, México: El Manual Moderno.
- Segal, H. (1964). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona, España: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cechin, G. y Prata, G. (1975). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona, España: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona, España: Paidós.
- Slade, A. (1999). Representación, simbolización y regulación afectiva en el tratamiento concomitante de una madre y su niño. Teoría del apego y psicoterapia infantil. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 5(9), 97-830. Traducido al español en *Aperturas Psicoanalíticas*, 5.
- Stierlin, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona, España: Icaria.
- Stoloff, J.-C. (1995) Anna Freud, Mélanie Klein: enjeux d'une controverse inter-analytique. *Etudes freudiennes*, 36, 35-79. Traducido por Lorena Buchner como: Anna Freud y Melanie Klein: consideraciones sobre una controversia interanalítica. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 17.
- Terán Catota, P. V. (2016). *Terapia narrativa para la resolución de conflictos de adaptación familiar en niños/as de educación básica elemental y media*. (Proyecto investigación fin de Grado Psicología, Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Ecuador).
- Urrego Aguinaga, D., Jaramillo Chavarría, G. A., Rodríguez Muñoz, J. C. y Cardona Arbeláez, J. P. (2016). Sentidos de la externalización del problema en la terapia narrativa. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigo*, 3(1), 68-80.
- Vallejo Orellana, R. (2002). Anna Freud, una vida dedicada al conocimiento y a la ayuda psicológica del niño. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 81(XXII), 65-78.
- Vallejo Orellana, R. (2004). Hermine Hug-Hellmuth, genuina pionera del psicoanálisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89(24), 131-152.

- Vargas Sepúlveda, A. V. (2012). El dibujo: expresión artística-creativa en psicoterapia constructivista-evolutiva. En M. G. Sepúlveda Ramírez, C. A. Alcaíno Maldonado y G. A. García Acuña (Eds.), *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes. Métodos y técnicas terapéuticas* (pp. 101-112). Santiago de Chile, Chile: Andros Impresores.
- Wachtel, E. (1994). *La clínica del niño con problemas y su familia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- White, M. (1991). La externalización del problema y la reescritura de vida y relaciones. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 31-59.
- White, M. y Epston, D. (1980). *Medios narrativos con fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- White, M. y Morgan, A. (2006). *Narrative Therapy with Children and their families*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Wilson, K. (1992). *Play Therapy: a non-directive approach for children and adolescents*. Londres, Reino Unido: Bailliere Tindall.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa.