

Psicoterapia en la infancia: contenidos conceptuales y técnicos

Pedreira, J.L.

INTRODUCCIÓN

Durante bastante tiempo el término de psicoterapia en la infancia ha estado ligado a un tipo de intervenciones que se incluían en alguno de estos apartados:

1º Una intervención de tipo "menor" para abordar los trastornos de la infancia, ya que no eran "graves".

2º Una intervención que excluía otro tipo de abordajes, lo que durante tiempo se vio como un enfrentamiento entre biologicismo y psicologicismo.

3º Una intervención para ser desarrollada por "otros" profesionales que no fueran psiquiatras.

4º Una intervención basada en "convencer", "mentalizar", "motivar", "charlar", "caer bien o empatizar".

Pero algunas modificaciones han venido a delimitar claramente qué es ser psicoterapeuta. De esta suerte en 1.990 se crea la Federación Europea de Psicoterapeutas, con el fin de articular los contenidos teóricos y el entrenamiento preciso para llegar a ser psicoterapeuta en Europa. En España se crea la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) integrada en la Federación Europea. En el periodo comprendido entre 1.994 y 1.996 aparecen los primeros decretos que configuran los requisitos para ser psicoterapeuta en varios países, en concreto Italia, Alemania y Austria.

En 1.992 en el seno de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) se crea de forma autónoma la Monosección Especializada de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia, adoptando este nombre y transmitiendo la verdadera dimensión conceptual y práctica, por lo tanto de necesidades formativas y de entrenamiento específico para los profesionales que trabajan en el campo de la infancia y la adolescencia. Esta dimensión integrada ya funcionaba en España, al menos enunciada teóricamente, en el seno de AEPIJ, desde hacía varios lustros.

La última referencia que orienta hacia la profundización de estos planteamientos se encuentra en el Decreto Ley de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE del 10 de febrero de 1.995). En el apartado de Salud Mental se habla de "psicoterapia individual, grupal y familiar" y en todas las edades, lo que se complementa en el apartado de infancia: "prevención y tratamientos integrados de tipo somático, psicológico y social".

Por lo tanto: las psicoterapias se constituyen en formas de intervención sanitaria reconocidas en nuestro ordenamiento legal y las disposiciones europeas tienden a recomendar que la atención psiquiátrica a la infancia y la adolescencia tenga esta orientación psicoterapéutica de forma explícita. En este sentido parece pertinente

reflexionar sobre el concepto, límites técnicos, indicaciones, contraindicaciones, profesionales, dispositivos y tareas que -en nuestro criterio- deben ser contemplados en esta orientación.

LÍMITES CONCEPTUALES DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

I. Tesis para considerar una intervención como psicoterapia:

Schneider formuló un concepto de psicoterapia de gran calado, lo delimitó por una serie de tesis que se debían cumplir y que hace unos años adaptamos a la etapa de la infancia y la adolescencia:

1ª tesis: La psicoterapia es un método de tratamiento para abordar los síntomas psíquicos y psicosomáticos que padecen los niños/as y adolescentes. Su importancia práctica consiste en abordar el malestar con finalidad terapéutica, es decir: para superar ese malestar y/o sufrimiento.

2ª tesis: La psicoterapia intenta abordar los conflictos psíquicos y ayuda a comprender su organización. A lo largo del proceso de desarrollo el niño/a establece y obtiene una serie de vínculos, de procesos afectivos y emocionales, también de relaciones, etc., que están dominadas por la complejidad, en un momento determinado en el seno de esa complejidad puede aparecer un "conflicto" personal y emerger un sentimiento de sufrimiento. La función de la psicoterapia consiste en comprender la organización que en esa etapa del desarrollo tiene ese conflicto para originar ese sentimiento doloroso.

3ª tesis: La psicoterapia no solo contempla lo real y concreto, sino que también debe abordar lo implícito, lo no dicho, en ese sentido un concepto de inconsciente es lógico que debe ser contemplado como constitutivo del sujeto.

4ª tesis: La psicoterapia no es un método de tratamiento pasivo, por lo que debe contar con el deseo del niño/a o adolescente de ser ayudado. Esta tesis es compleja: el grado y la capacidad de decisión de un niño/a o adolescente. Lo cierto es que debe contemplarse un cierto nivel de aceptación hacia el tratamiento y un deseo de poder ser ayudado.

5ª tesis: La relación terapéutica es una relación intersubjetiva muy peculiar. Superponible a una profunda amistad, individual e intransferible. En una psicoterapia acontecen muchas situaciones, el respeto personal y la receptividad son fundamentales para poder abordar el proceso en su conjunto.

6ª tesis: La comunicación terapeuta-paciente se realiza solamente por medio del lenguaje. En la infancia y la adolescencia incluye el juego, la expresión gráfica (p.e. dibujos, escritos, etc.), realización de pequeñas dramatizaciones, etc. al considerarlas como formas de expresión y comunicación de la infancia y la adolescencia.

7ª tesis: El terapeuta y el niño/a deben querer trabajar en conjunto y colaborar mutuamente. Ello supone una confianza mutua y una capacidad de comunicación entre ambos que supera lo meramente empático.

8ª tesis: La psicoterapia debe tender a que el paciente pueda afrontar y resolver los conflictos por sí mismo, desde su propia posición y su forma de ver las cosas. El psicoterapeuta debe esforzarse por no imponer sus propias ideas o creencias.

II. Pre-requisitos básicos para la delimitación técnica de una psicoterapia:

El lugar físico donde se vaya a realizar debe reunir unas mínimas condiciones de iluminación, amplitud, comodidad y posibilidad de un mínimo desplazamiento y movilidad para el niño/a. Los recursos materiales también tiene su importancia: cajón de juguetes, pinturas, espejo, etc.

La evaluación clínica se ha debido realizar con anterioridad a la intervención psicoterapéutica y al final de ella se ha debido prescribir, de forma específica, la psicoterapia.

El profesional que vaya a desarrollar la psicoterapia debe tener una formación suficientemente acreditada, de acuerdo a criterios adecuados. GONZALEZ DE RIVERA plantea unos pre-requisitos de gran interés que debe reunir el psicoterapeuta: unas condiciones personales de empatía y flexibilidad, unos conocimientos técnicos y teóricos.

III. Pre-requisitos conceptuales:

La psicoterapia es un método de intervención terapéutica para abordar los trastornos psicológicos que originan clínica. Como tal prescripción clínica, dicha intervención tiene sentido en el seno del sistema sanitario y aportado por personal acreditado de forma específica.

El procedimiento que se emplea es la verbalización de las dificultades y problemas. Para ello la prescripción debe ser aceptada libremente, tanto por el niño/a como por su familia. Para iniciar un proceso psicoterapéutico el sujeto debe poseer un mínimo razonable de capacidad de insight.

El psicoterapeuta debe aceptar los planteamientos del niño, no intentando influir ni ideológicamente ni con criterios de valor ajenos a los del sistema cultural y de valores de origen del niño/a.

IV. Pre-requisitos técnicos:

La psicoterapia precisa un encuadre de trabajo preciso que, al menos, incluye:

- 1) Duración total inicial del tratamiento.
- 2) Duración y horario de cada sesión.
- 3) Periodicidad de las sesiones, como máximo será quincenal.
- 4) Técnica de asociación libre.
- 5) Asegurar la confidencialidad.

Una condición fundamental consiste en asegurar que será desarrollada por el mismo psicoterapeuta y en el mismo lugar.

En el momento actual se hace necesario establecer el consentimiento informado, consistente en la aceptación por parte del niño y de la familia del tipo de tratamiento y que conocen de otras posibilidades terapéuticas y han sido informados de los posibles efectos secundarios y curso de la terapia.

ESQUEMA DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Bleger elaboró un esquema de intervención para considerar que tuviera un efecto psicoterapéutico, dicho esquema fue modificado y adaptado a la infancia en los siguientes términos:

1.- Intervención INDIVIDUAL: Para sumir el sufrimiento del sujeto, la situación del desarrollo y evolución de los procesos y, por fin, la maduración emocional y afectiva de los sujetos.

2.- Intervención GRUPAL: Asume la relación con los pares, es decir con los amigos/as, compañeros/as y las dificultades que aparecen en dicha relación. P.e. la función del liderazgo, el retraimiento social, las dificultades de comunicación, etc.

3.- Intervención FAMILIAR: Consiste en elaborar la historia familiar a nivel significativo de sus integrantes, orientar en las dificultades que van apareciendo a lo largo de las distintas crisis familiares.

4.- Intervención INSTITUCIONAL: Este tipo de intervención tienen su origen en abordar los diferentes lugares en los que se desarrolla la vida del niño/a. Cuatro son los grupos sobre los que incidir, con una orientación terapéutica: incrementar la capacidad de discriminación de los problemas que aparecen en los niños/as; derivación y su técnica desde una institución a la otra de aquellos casos que precisen atención; devolución de los contenidos encontrados como compromiso para asegurar una correcta relación interinstitucional y desarrollar un método de contención como fundamento de la intervención conjunta.

5.- Intervención COMUNITARIA: Persigue la modificación de actitudes, la movilización y coordinación de recursos los recursos asistenciales en el territorio.

INTERVENCIONES CON EFECTOS PSICOTERAPEUTICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

I. Características definitorias:

No todas las intervenciones que se desarrollan sobre problemas o disfunciones o trastornos mentales de la infancia y la adolescencia tienen las características de ser psicoterapias. Pero dichas intervenciones pueden tener unas consecuencias psicoterapéuticas para el sujeto, a pesar de que en sentido estricto no sean una psicoterapia. Mejoran de forma ostensible la autoestima del sujeto y su adaptación al medio social. Las características definitorias de este tipo de intervenciones que no son estrictamente una psicoterapia son las siguientes:

1.1. No necesitan realizar un encuadre preciso de trabajo, pudiendo ser programadas o puntuales.

1.2. Las orientaciones y la intervención técnica pueden ser directivas, en determinadas circunstancias (p.e. dar consejos).

1.3. Pueden tener contenidos meramente educativos (p.e. la psicoeducación familiar, las escuelas de padres).

1.4. Se pueden y suelen realizar en contextos no exclusivamente sanitarios (p.e. la escuela, el barrio).

1.5. No presuponen el concepto de sufrimiento en el niño/a ni la existencia de un trastorno mental, sino que basta con meras disfunciones.

1.6. Los profesionales no precisan ni formación ni acreditación específica en psicoterapia.

1.7. Las intervenciones pueden ser desarrolladas por diversos profesionales (p.e. educadores, trabajadores sociales, educadores familiares o comunitarios).

1.8. Se pueden realizar en diversos contextos de la vida del desarrollo del niño/a.

II. Tipología de las intervenciones con posibles efectos psicoterapéuticos:

2.1. Intervenciones directas sobre el niño/a o adolescente:

2.1.1. Psicomotricidad: Los tratamientos psicomotrices no son curativos, sino que representan una técnica complementaria para otros tratamientos y, en ocasiones, facilita otro tipo de intervenciones. Las indicaciones clínicas pueden sistematizarse en las siguientes:

- Debilidad motriz o retraso motor global (paratonías, hipotonías, deficiente coordinación).
- Trastornos lateralidad y/u orientación témporo-espacial.
- Dispraxias constructivas y/o deficitarias.
- Caracteriopatías con inestabilidad, impulsividad y pobreza en fantasmización.
- Organizaciones límites y prepsicosis con escaso investimento cognitivo y presentación disarmónica con inhibición, descoordinación, y agitación.

2.1.2. Logopedia: Consiste en tratamientos dirigidos a los trastornos del lenguaje. Fundamentalmente para los de articulación, pero también para otro tipo de trastornos. Las dislalias, disartrias y disfasias, sean primarias o secundarias, son su principal campo de intervención.

2.1.3. Técnicas de rehabilitación educativa: Son técnicas psicopedagógicas tendentes a facilitar el proceso de aprendizaje, bien sea de forma primaria (p.e. técnicas de estudio) o para superar otro tipo de trastornos (p.e. reeducaciones para la dislexia, la

discalculia).

2.1.4. Actividades de sociabilización: Consisten en técnicas para aportar habilidades sociales, cuando existe algún tipo de trastornos. P.e. actividades de la vida diaria, hábitos de la vida cotidiana.

2.1.5. Estimulación precoz: Son técnicas estimulativas que se establecen en los primeros años de la vida del niño/a y tienden a aportar estimulaciones más o menos selectivas sobre capacidades disminuidas, bien sea por la existencia de una causa somática o sensorial.

2.2. Intervenciones indirectas:

2.2.1. Algunas intervenciones familiares: P.e. psicoeducación familiar o algunas intervenciones sistémicas.

2.2.2. Ayudas sociales: Apoyo social a la familia, recursos económicos o educativos.

2.2.3. Apoyos psicopedagógicos en la escuela, aquellos que están sujetos a la adaptación curricular y apoyos especiales.

2.2.4. Interconsulta y enlace: Es un estilo de trabajo y de relación entre dos niveles diferentes de atención (p.e. atención primaria y atención especializada), sobre todo del sistema sanitario.

2.2.5. Actividades de sociabilización: Tendientes al conocimiento del medio, a estimular actividades extraescolares.

PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

Para la psicoterapia se cumplen los requisitos conceptuales y técnicos que hemos expuesto al inicio del presente trabajo.

I. Principales modalidades de psicoterapia en la infancia y la adolescencia:

1.1. Dirigidas al sujeto y al problema:

1.1.1. Counselling: No consiste en el consejo general, sino que es una técnica difícil pues pretende aconsejar sobre la dificultad específica de cada niño/a y cada familia, pero partiendo de su realidad concreta y con orientaciones sintónicas con su forma de pensar y con su propia historia, por lo tanto permite variabilidad frente a un mismo problema, no es generalizable y precisa de conocimientos clínicos y dinámicos específicos.

1.1.2. Consulta-terapéutica: Consiste en señalizaciones realizadas en el seno de las entrevistas de evaluación. Dichas señalizaciones van permitiendo abordar dificultades madurativas y relacionales en el contexto histórico y del desarrollo en el que surgen. Son elementos dinamizadores de gran contenido simbólico y permiten a cada sujeto la aprehensión de dicho material de forma progresiva. Dichas señalizaciones tienden a la autonomía del niño/a y de la familia.

1.1.3. Psicoterapia focal y breve: Permite abordar determinadas situaciones conflictivas de forma aislada y durante un tiempo determinado, sin necesidad de realizar engranajes complicados.

1.1.4. Psicoterapia profunda: Persigue delimitar la relación de los problemas con el discurso del inconsciente. Es propia del psicoanálisis, su concepto de "cura" no se relaciona con la desaparición de los síntomas clínicos y tiende a la superación del esquematismo de las formas clínicas, pretende una intervención más estructural y elaborativa.

1.2. Referidas a la modalidad de abordaje:

1.2.1. Psicoterapia diádica: Consiste en una modalidad en la que la figura materna y el niño/a se encuentran presentes, dedicando una parte de la sesión a trabajar con el niño/a y otra parte para trabajar con la interacción madre-niño/a. Es un método que fundamentalmente se emplea en las psicoterapias para trastornos psicopatológicos de la primera infancia y, más excepcionalmente, en etapas posteriores cuando el vínculo madre-hijo/a reviste unas especiales características de simbiosis.

1.2.2. Psicoterapia individual en la infancia:

*** INDICACIONES**

- Restricción de la actividad para su etapa de desarrollo.
- Restricción de investimentos nuevos.
- Ausencia de aparición de operaciones nuevas en lo cognitivo, relacional y/o social.
- Organización de situaciones rígidas o irreversibles.
- Sufrimiento infantil, angustia y las organizaciones depresivas.

*** CONTRAINDICACIONES**

- Los trastornos infantiles son la expresión de los desórdenes externos (familia, escuela).
- Impedimento para el transporte o falta de recursos.
- La intervención desencadena crisis sucesivas en otros miembros de la familia.
- Fondo orgánico-defectual muy evidente.
- Escasa capacidad de introspección para la etapa evolutiva.

1.2.3. Indicaciones para la terapia familiar en salud mental infantil:

*** INDICACIONES**

- Cuando los trastornos del niño/a sean claramente manifestación de los alteraciones familiares.
- Cuando hay impedimentos para la terapia individual.
- Cuando el tratamiento de un miembro produce estrés o síntomas en otros miembros de la familia.

*** CONTRAINDICACIONES**

- Cuando la familia está en proceso de ruptura.
- Cuando el niño presenta dificultades ligadas a su propio ser (p.e. intrapsíquica) patología

- Cuando la clínica del niño es reactiva al estrés fuera del ámbito familiar (p.e. problemas de aprendizaje en la escuela).

1.2.4. Psicoterapias grupales en infancia: Para poder desarrollarse necesitan que se cumplan dos requisitos previos: que existan en el niño connotaciones simbólicas edípicas y la constatación de que en el proceso existen dificultades del paso familiar a la proyección social. Por ello el grupo terapéutico constituye una situación transicional entre el grupo primario (la familia) y el grupo social donde se le permite elaborar, de forma suficientemente contenedora, las dificultades de este paso.

*** INDICACIONES**

- Trastornos esfinterianos.
- Trastornos ligeros de conducta.
- Inmadurez y baja tolerancia a la frustración.
- Dificultades de identificación sexual.
- Ciertas reacciones fóbicas y/u obsesivas.
- Ciertas dificultades en límites y sociabilización.
- Inhibiciones y bloqueos escolares.
- Mala canalización de la agresividad.
- Algunos síntomas psicósomáticos.

*** CONTRAINDICACIONES**

- Psicosis infantiles.
- Conductas psicopáticas.
- Retrasos mentales de cierta entidad.
- Desviaciones sexuales manifiestas.
- Fobias graves.
- Personalidades muy carenciadas.

II. Condiciones para desarrollar una psicoterapia:

2.1. El psicoterapeuta en la infancia y la adolescencia: Debe tener unas características personales de receptividad y flexibilidad, de empatía y capacidad de escucha. La mayoría de los autores señalan que el psicoterapeuta de la infancia y la adolescencia debe tener asumida y elaborada su propia infancia y su desarrollo, de tal suerte que evite realizar proyecciones y/o rechazar a algún tipo de patologías o a un determinado niño/a. Además se precisa una formación escrupulosa tanto desde la perspectiva teórica (conocimientos) como práctica (obtención de habilidades tanto técnicas como personales), lo que debe completarse con supervisiones clínico-terapéuticas. La Federación Europea de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) recomienda que esta formación se realice en, al menos, cuatro años.

2.2. El local: Debe ser un local amplio, luminoso y cómodo, tanto para el psicoterapeuta como para el niño/a y adolescente.

2.3. Dotación: La dotación básica cuenta con el **cajón de los juguetes**, en el que se debe incluir: un muñeco, un peluche, una pelota, una construcción, algún vehículo y un rompecabezas sencillo. También se puede añadir algún detalle propio de cada niño/a, p.e. algún muñeco o peluche de un niño/a en concreto o las propias producciones de los niños/as. Plastilina, cartulinas, pinturas, etc facilita la expresión de los niños/as y el uso del

sceno-test de Von Staab o del MAPPS facilita la construcción de "escenas", la elaboración de fantasías.

LA DEMANDA DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La psicoterapia en la infancia y la adolescencia pretende pasar de la demanda (p.e. "necesito ayuda") al deseo (p.e. "desearía solucionar/comprender mis problemas/lo que sucede"). En este sentido la demanda constituye aquello por lo que el deseo se desvía, merced a la aparición de dos mecanismos descritos ya por Freud: la condensación (una situación o síntoma contiene en su expresión los contenidos de varias pulsiones) y el desplazamiento (la situación o el síntoma se presenta en una forma que "disimula" su verdadero contenido), y que Lacan reformuló como metáfora y metonimia, al describirlo en términos del lenguaje.

De esta suerte en la demanda de psicoterapia en la infancia y la adolescencia coexisten, al menos, estos tres componentes:

1º Demanda social: En el sentido de aprender a ser un sujeto social, de enseñar a cómo superar las dificultades. En definitiva sería una función cubierta por similitud a las instituciones socio-educativas.

2º Demanda establecida por el propio sujeto: Es la demanda que establece el propio niño/a o adolescente, una necesidad de ser ayudado en un momento de sufrimiento. Aunque no es muy frecuente, en el momento actual estamos acudiendo a un incremento de la demanda por parte de los propios niños/as, sobre todo en la preadolescencia y en la adolescencia, otra cosa es que esta demanda sea escuchada, interpretada y aceptada por la familia.

3º Demanda en sentido analítico: Consiste en saber determinar los contenidos latentes desde la demanda explícita. De esta suerte la psicoterapia, desde una comprensión psicoanalítica que es de indudable interés en la infancia y la adolescencia, pretende articular el deseo y la demanda con el objeto (en términos psicoanalíticos) del sujeto y con el fantasma, tal y como lo contempla la perspectiva psicoanalítico-lacaniana y que, en estas etapas del desarrollo humano, tiene vigencia puesto que están en pleno proceso de constitución.

En el momento actual existe una comprensión diferente de la demanda: Existe un cambio de la situación social, de tal suerte que las manifestaciones psicológicas se han modificado de forma muy evidente, baste como ejemplo la desaparición casi total de la histeria de conversión de Charcot, pero emergen otras formas de manifestación como la anorexia mental, etc. Un segundo tipo de cambios se sitúan en el propio niño/a, dado que la infancia es una etapa en la que en un corto periodo de tiempo acontecen más cambios, cuantitativos y cualitativos, en comparación con el resto de la vida humana. De esta suerte que los cambios en la infancia son en todos los terrenos, tanto somáticos, como evolutivos, madurativos, pulsionales y de orientación de las catexias. Además también acontecen cambios en el contexto social en el que se desarrolla la vida del niño/a: amistades, educación, intercambios afectivos.

También existen algunas dificultades cuando se plantea una demanda de

psicoterapia de la infancia y la adolescencia, estas dificultades son a diversos niveles. Existen diversas interpretaciones acerca de la noción de psicoterapia, tanto desde la perspectiva teórica (p.e. psicoanalítica, cognitivo-conductual, sistémica, interpersonal) como de su ubicación (p.e. en el sistema sanitario, en la práctica privada). Incluso cuando la demanda se explicita como tal, no basta para establecer el inicio de una psicoterapia y se precisa una correcta evaluación clínica (de los síntomas, del desarrollo y de las relaciones) y el establecimiento explícito de una prescripción terapéutica como psicoterapia.

La prescripción de una Psicoterapia incluye el concepto de transferencia y que, en los servicios públicos, acontece de una forma peculiar, ya que existe una derivación desde otro nivel asistencial (p.e. los pediatras de atención primaria) que aporta una información previa sobre las dificultades del niño, pero también señala que se necesita una abordaje especializado y que en "tal servicio" donde trabaja "el Dr/a Fulano/a de tal" se puede abordar porque "es un servicio prestigiado", también podría decirse lo contrario; a ello se suma la opinión de los habitantes de un territorio sobre el servicio, todo ello constituye un conjunto de informaciones que impactan a la familia que establece la demanda definitiva. Este conjunto de informaciones previas que existen en el territorio, es lo que De Vicente ha denominado como "pre-transfer" y cumplen su papel a la hora del establecimiento transferencial definitivo, tanto para consolidarlo como para destruirlo.

De aquí la importancia de implantar, también en la infancia y la adolescencia, los principios éticos que contemplan a los niños/as como sujetos con capacidad de decisión, hasta el nivel que les corresponde. Por ello el desarrollo de instrumentos que tengan en cuenta estas condiciones es estrictamente necesario, el instrumento más extendido es el conocido como **consentimiento informado**, nosotros hemos desarrollado un modelo que tiene un valor experimental y que podremos difundir en un plazo razonable de tiempo.

LA PSICOTERAPIA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN EL ORDENAMIENTO SANITARIO ESPAÑOL

No existe una acreditación específica de psicoterapeutas ni ninguna disposición legal que ampare un ejercicio profesional tan comprometido y delicado como es la psicoterapia. No obstante en el Decreto Ley del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE 10 de febrero de 1.995) se determina de forma explícita que las "psicoterapias individual, familiar y grupal" son intervenciones del SNS y, por lo tanto, deben ser prestadas por sus dispositivos asistenciales.

La AEPIJ emitió un documento al Ministerio de Sanidad y Consumo donde se contemplaban de forma diferenciada las intervenciones, dispositivos y tareas que se podían desarrollar en el campo de la atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia y se acompañaba de un glosario de términos y una información epidemiológica suplementaria. En dicho documento se diferenciaban las intervenciones propias y específicas del SNS y aquellas otras intervenciones, dispositivos y tareas que eran propios de otros sistemas asistenciales (educativo y social). Además la Unión Europea de Especialistas establece en su ámbito que la titulación para los profesionales médicos sea de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia.

Es en este contexto donde insistimos en la necesidad, cada vez más imperiosa, de aclarar legalmente los requisitos para el ejercicio como psicoterapeuta. No es de recibo que

una titulación académica sea equivalente a capacidad de ejercicio profesional, si no se establecen unos controles precisos que eviten la malpraxis y las intervenciones perniciosas, poco éticas o claramente yatrogénicas. La FEAP es contundente al respecto y la Asociación Española de Psicoterapia (AEP) como miembro institucional de la FEAP lo defiende en nuestro país: requisitos que diferencien entre la formación básica (p.e. para ser médico o psicólogo), formación especializada (p.e. para la titulación de Psiquiatra o de Psicólogo Clínico) y la acreditación específica como psicoterapeuta (sea Médico, Psiquiatra o Psicólogo).

En la Infancia y la Adolescencia es preciso señalar una consideración final de gran interés práctico: los tratamientos que se conocen como **integrados** (psicofarmacología+psicoterapia) se están extendiendo de forma general. Por una parte la acción psicofarmacológica permite un mejor abordaje terapéutico, un mejor enganche transferencial y, sobre todo, un acortamiento de la intervención. Pero el abordaje psicoterapéutico permite que la dosis sea más baja y se establezca el cuadro de forma más precoz, mejora el cumplimiento terapéutico y acorta el periodo de prescripción. Los nuevos psicofármacos, tanto los antidepresivos como los antipsicóticos, favorecen este tratamiento conjunto e integrado porque las acciones secundarias y colaterales son menores y más llevaderas que con los clásicos.

La formulación y desarrollo del **consentimiento informado** en los tratamientos de la infancia y la adolescencia es algo que se está desarrollando en la actualidad y que precisa una profundización mayor.

BIBLIOGRAFIA

- AJUNTAMENT DE BARCELONA & REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN DE LAS MINUSVALIAS (1989): Desarrollo psicomotor de los dos primeros años de vida.
- BERGER, M. (1984): Entretiens familiaux et champ transitionnel. París: PUF.
- BIERMANN, G. (1978): Psicoterapia infantil. Barcelona: Espax, tomos I y II.
- BOULANGER, M.D. & LANGEVIN, C. (1992): Direct observation of play-group therapy for social skills deficits. Journal of Child and Adolescent Group Psychotherapy, 2, 4, 227-236.
- BOWBEN, M. (1991): De la familia al individuo. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1979): El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.
- CONNELL, H.M. (1985): Essentials of Child Psychiatry. London: Blackwell Scientific Publications.
- CRAWFORD, C.J. (1988): La psicoterapia de inspiración psicoanalítica. Barcelona: Hogar del libro.
- DAVANLOO, H. (1992): Psicoterapia breve. Madrid: Dor, S.L.
- DIATKINE, R.; FERREIRO, E.; GARCIA REINOSO, E.; LEOVICI, S. & VOLNOVICH,

- J.C. (1981): Problemas de la interpretación en psicoanálisis de niños. Barcelona: Gedisa.
- DRYDEN, W. & THORNE, B. (Edts.) (1991): Training and Supervision for Counselling in action. London: Sage.
- FEAP (1996): Ley Federal austriaca 361 de 1 de junio de 1.990 sobre el ejercicio de la psicoterapia. 2, 7-11.
- FERNANDEZ, R.; GARCIA, M.A. & PEDREIRA, J.L. (Coords.) (1990): La contención. Madrid: AEN.
- FREUD, A. (1978): Normalidad y patología en la infancia. Buenos Aires: Paidós.
- FRITZ, K. (1990): Consultation-liaison in Child Psychiatry and the evolution of Pediatric Psychiatry. Psychosomatic, 31, 1, 85-90.
- GARFINKEL, B.D. & al. (1990): Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Toronto: W.B. Saunders Company.
- GONZALEZ DE RIVERA, J.L. (1993): Tratamiento psicoterapéutico. En J. Rodés y J. Guardia (Drts.): El manual de Medicina. Barcelona: Salvat-Masson, págs. 1020-1027.
- GONZALEZ DE RIVERA, J.L. (1994): Objetivos en la formación de psicoterapeutas. Psiquis, 15, 1, 1-3
- GRAHAM, Ph. (1991): Child Psychiatry: A developmental approach. New York: Oxford University Press.
- GROCH, J.E.; PEÑA, I. & PEDREIRA, J.L. (1996): Psicoterapia grupal en la infancia: aporte de un instrumento de evaluación. Psiquis, 17, 9, 41-50.
- JACOBS, M (1988): Psychodynamic Counselling in action. London: Sage.
- KAHN, S.R. (1994): Children's therapy groups: Case studies of Prevention, Reparation and Protection through Children's play. Journal of Child and Adolescent Group Psychotherapy, 4, 1, 47-60.
- KAZDIN, A.E. (1990) Child Psychotherapy. New York: Pergamon Press.
- KREISLER, L. (1987): Le nouvel enfant du désordre psychosomatique. Toulouse: Privat.
- LEBOVICI, S.; DIATKINE, R. & SOULE, M. (1985): Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. París: PUF.
- LEFORT, R & LEFORT, R. (Sup.) (1992): Transferencia e interpretación en la práctica con niños. Buenos Aires: Atuel.
- MÂLE, P. (Edt.) (1976): Psicoterapia de la primera infancia. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- MANZANO, J. & PALACIO-ESPASA, F. (1993): Las terapias en Psiquiatría Infantil y Psicopedagogía. Barcelona/Buenos Aires: Paidós.
- MATURANA, H. R. (1987): Biología del fenómeno social. Terapia Familiar, X, 16, 53-72.
- MAZET, Ph. & HOUZEL, D. (1981): Psiquiatría del niño y del adolescente. Barcelona: Médica y Técnica, S.A. 2 tomos.
- MACNAB, F. (1993): Brief Psychotherapy: An integrative approach in Clinical practice. New York: John Wiley & Son.
- MESSERSCHMITT, P. & CHADEVILLE-PRIGENT, M.: Éthique en psychiatrie de l'enfant. Paris: PUF.
- MOCCIO, F. (1987): Psicoterapia grupal: Dramatizaciones y juegos. Buenos aires: Ed. Búsqueda.
- MUFSON, L. ; MOREAU, D.; WEISSMAN, M.M.; KLERNAN, G. (1993): Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. New York: Guilford.
- MUFSON, L.; MOREAU, D.; WEISSMAN, M.M.; WICKRAMARATNE, P.; MARTIN, J. & SAMOILOV, A. (1994): Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): phase I and II studies. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 33, 695-705.

- MUFSON, L.; FAIRBANKS, J. (1995): Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents: a one-year naturalistic follow-up study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35, 9, 1145-1155.
- PAVLOVSKY, E. (1981): Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes. Madrid: Editorial Fundamentos.
- PEDREIRA, J.L. & GONZALEZ, C. (1988): Algunas consideraciones en torno a las psicoterapias infantiles. Rev. Neuropsiquiatria Infanto-juvenil, 12, 159-169.
- PEDREIRA, J.L. (1995): Protocolos de salud mental infantil para atención primaria. Madrid: ELA-ARAN, S.A.
- PEDREIRA, J.L. (Coord.) (1996): Documento de acreditación específica de Psiquiatria y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia: Una propuesta para España. Madrid: Smithkline-Beecham.
- PEREZ SANCHEZ, A. (1992): Elementos de Psicoterapia breve Psicoanalítica. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.
- RAIMBAULT, G (1977): Pediatría y psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu.
- RIESTER, A.E. (1992): Partnering to train Group Therapists. Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 2, 1, 53-60.
- RODRIGEZ SACRISTAN, J. (1995): Psicopatología del Niño y del Adolescente. Sevilla: Ediciones Universidad de Sevilla, tomo II, págs. 1395-1535.
- ROMERO, A.I. & FERNANDEZ LIRIA, A. (Coords.) (1990): Formación continuada en Atención Primaria: Salud Mental. Tomo II. Madrid: IDEPSA-Bristol-Myers.
- SALEM, G. (1990): Abordaje terapéutico de la familia. Barcelona: Masson.
- SARDINERO, E. & PEDREIRA, J.L. (1990): Juegos grupales y comunidad en salud mental infanto-juvenil. En A. Bauleo, J.C. Duro & R. Vignale (Coords.): La concepción operativa de grupo. Madrid: AEN, págs. 107-140.
- SCHNEIDER, P.B. (1981): Propedéutica de una Psicoterapia. Valencia: Nau Llivres.
- SIRLIN, M^a.E & GLSSERMAN, M^a.R (1974): Psicoterapia de grupo en niños. Buenos Aires: Nueva Visión.
- SUAREZ, T. & ROJERO, C. (Coords.) (1983): Paradigma sistémico y terapia de familia. Madrid: AEN.
- SZASZ, Th.S. (1971): La ética del psicoanálisis. Madrid: Gredos, S.A.
- THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1990): Teoría y práctica del psicoanálisis: II Estudios clínicos. Barcelona: Herder.
- TIZON, J.L. (1989): Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma.
- TIZON J.L. (1992): Salud Mental y Atención Primaria. Barcelona: Doyma.
- TOMAS I VILALTELLA, J. (Coord.) (1980): Psicoterapias en la infancia. Libro de Actas de la XXI Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatria Infantil. Murcia.
- WEISZ, J.R. & WEISS, B. (1993): Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents. London: Sage.
- YLLÁ, L. (1995): La formación y titulación de psicoterapeutas en Alemania. Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatria, Sevilla.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PROPUESTA DE TRATAMIENTOS EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DIRIGIDA A LAS FIGURAS PARENTALES

D..... con DNI
nº..... y Dª..... con
DNI nº.....
padres del niño/a..... de y años de edad,
con domicilio
en.....
Comunidad autónoma de..... DP.....
C/plza/..... nº..... piso.....
tfno de localización y/o personal:.....

CONFIRMAMOS:

El Dr/a.D/a.....
se ha identificado a nosotros como responsable del tratamiento de nuestro hijo/a que está
teniendo lugar en el Centro:.....
y nos ha mostrado las credenciales al inicio del trabajo con nosotros.

Dicho trabajo se inició con la evaluación de los problemas que presentaba nuestro hijo/a,
constó de:

(Poner si ha sido entrevistas familiares, al niño/a, estudios psicométricos, escalas de
evaluación, etc)

Nos informa de la prescripción de tratamiento a nuestro hijo/a y que consta
de:.....

(Poner tipo de tratamiento prescrito: psicofarmacológico, psicoterapia (especificar el tipo),
integrado)

HEMOS RECIBIDO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1) Objetivos del tratamiento (señalar si el posible beneficio va a ser directo sobre el proceso
del niño/a o indirecto):

.....
..
.....
..

2) Los requisitos para participar son (poner el encuadre de trabajo):.....

.....
..

3) La duración prevista del tratamiento es de.....

4) Las pruebas a las que le van a someter
son:.....

.....
..

.....
..
5) Caso de encontrar alguna alteración nos será comunicada de forma inmediata y el tratamiento será asumido por el Dr/a.D/a en el Centro:..... 6) Los posibles efectos secundarios que nosotros como padres, debemos observar serán:.....
.....
..

.....
7) Las posibles molestias que pueden originar al niño/a serán:
.....
..
.....
..

.....
8) Los efectos secundarios y/o complicaciones de las que se nos ha informado son:.....
.....
..

.....
9) También se nos ha informado de las diferentes posibilidades terapéuticas existentes:.....
.....
..

.....
y se nos ha comunicado que la propuesta se encuentra en un nivel esperado de.....
....

10) Se nos ha comunicado que, en caso de urgencia, el Tfno de contacto es..... y nuestro número de identificación es.....

11) Se nos ha dejado un tiempo de..... días para evaluar la decisión.

12) Se nos han aclarado las dudas y preguntas que hemos solicitado.

13) Nuestra decisión ha sido tomada de forma libre, sin presiones de ningún tipo por parte del equipo investigador.

14) Caso de nuestra negativa el equipo se compromete a respetar nuestra decisión, sin que dicha negativa influya en el tipo de ayudas que podamos solicitar para nuestro hijo/a.

15) Si lo solicitamos se nos aportará la información necesaria sobre el tratamiento cuando concluya.

16) Se nos ha asegurado la **CONFIDENCIALIDAD de los datos y que solo serán usados en nuestro beneficio.**

TRAS ESTA INFORMACION HEMOS DECIDIDO DAR LA CONFORMIDAD PARA INICIAR EL CITADO TRATAMIENTO DE NUESTRO HIJO/A, EN LOS TERMINOS EN QUE HA SIDO EXPRESADO EN ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En.....a.....de.....de 2.....



Fdo. El padre del niño/a Fdo. La madre del niño/a

Fdo. El Responsable del caso

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIAR TRATAMIENTOS EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DIRIGIDA A LOS NIÑOS/AS

Me llamo.....,
tengo.....años. Mi papá se
llama.....
y mi mamá se
llama.....
Vivo en..... C/.....
nº..... piso.....
y mi Tfno es el.....

He venido al Centro..... donde me atiende el
Dr/a.....

y **me ha explicado que necesito tratamiento para las cosas que me pasan, que será de la siguiente forma:**

- 1) Que puedo sentirme mejor.
- 2) Que también pueden sentirse mejor mis papás y familia.
- 3) Que tengo que
hacer.....
.....

..
(Poner de forma comprensible lo que se espera que haga del encuadre).

- 4) Que esta ayuda va a durar:.....
- 5) Que tengo que venir (una vez, varias, poner el número aproximado):.....
.....
- 6) Que van a intentar que no me moleste mucho, pero que si tengo alguna molestia
será:.....
.....

7) A veces pueden pasar cosas que no sabré muy bien porqué, tengo que apuntarlas y si
me molestan mucho decírselo a mis papás para que llamen al Centro.

8) Que todo lo que diga o me hagan es secreto, no se lo dirán a nadie más que a mi o a
quién yo dé permiso para que se lo digan (p.e. a mis papás), además se van a encargar de
guardar muy bien mis cosas.

9) Mis papás también saben lo que me han dicho y ellos opinan que:
.....
.....

- 10) Me han dado días para pensar si quería hacerlo o no.
- 11) Me han dicho que, caso de no querer hacerlo, me van a seguir atendiendo igual de
bien.
- 12) Las cosas que he querido preguntar me las han explicado mejor hasta que lo he
entendido bien.
- 13) No me han obligado ni los médicos/as ni mis papás a aceptar.

**Después de hablarlo con mis papás y de entender bien lo que me han explicado,
DECIDO INICIAR EL TRATAMIENTO QUE ME HAN PROPUESTO, en las condiciones**

anteriores.

En.....a.....de.....de 1.9.....

Firma del niño/a

Vº.Bº. El padre del niño/a

Vº.Bº. La madre del niño/a

Fdo. El Responsable del caso