



Experto en Psicología clínica y psicoterapia infantil



www.isfap.com - info@isfap.com

TEMA XV. ENTREVISTA CON LOS PADRES. HORA DE JUEGO

Entrevista inicial con los padres

Cuando los padres deciden consultar sobre una problemática o enfermedad de un hijo, es preciso realizar antes una entrevista con ellos, advirtiéndoles que el hijo no debe de estar presente pero sí informado de la consulta.

Puede darse la circunstancia de que se presente uno solo de los padres – en estos casos suele ser la madre –, o incluso un familiar o amigo e incluso institutriz; en cualquiera de estas situaciones posibles es, en sí misma, reveladora del funcionamiento del grupo familiar en la relación con el hijo.

Cuando la entrevista es con ambos padres, tendremos la precaución de no mostrar preferencias, aunque inevitablemente se producirá un mayor entendimiento con alguno de ellos. Ese entendimiento debe de servir para la mejor comprensión del problema y, ciertamente, no para la creación de un nuevo conflicto.

Para formarnos un juicio aproximado sobre las relaciones de grupo familiar y en especial de la pareja, nos apoyaremos en la impresión que tengamos al reconsiderar todos los datos consignados en la entrevista. Esta no debe de aproximarse a un interrogatorio, en el cual se puedan sentir enjuiciados; hay que tender a aliviarles la angustia y la culpa que la enfermedad o conflicto de un hijo despiertan y para eso debemos de asumir desde el primer momento el papel de terapeutas del hijo y hacernos cargo del problema o del síntoma.

Los datos que nos dan los padres suelen ser inexactos, deformados o muy superficiales, ya que no suelen tener un conocimiento cabal de la situación y durante la entrevista olvidan parte de lo que sabían debido a la angustia que esta les provoca. Suelen vivirla como un enjuiciamiento. Además, no pueden, en un tiempo tan limitado, establecer una

relación tal con el terapeuta – hasta ese momento persona desconocida – que les permita profundizar en sus problemas.



Es pertinente finalizar la entrevista logrando los datos siguientes, básicos, que necesitamos conocer antes de ver al niño:

- a. Motivo de la consulta.
- b. historia del niño.
- c. Cómo se desarrolla un día de su vida diaria, un domingo y el día de su cumpleaños.
- d. Cómo es la relación de los padres entre ellos, con sus hijos y con el medio familiar inmediato.

Es preciso que esta entrevista sea dirigida y limitada en conveniencia a un plan previo, porque de no ser así los padres, aunque conscientemente vienen a hablar del hijo, tienen la tendencia a escapar del tema mediante confidencias sobre ellos mismos. La entrevista que hemos acordado es para que nos hablen del hijo y de su relación con él y no debemos abandonar este criterio durante todo el curso del tratamiento. Necesitamos obtener los datos de mayor interés en un tiempo limitado, que puede fluctuar entre una y tres horas, o en varias sesiones posteriores, según el timing de cada terapeuta, su frecuencia de tiempo por sesión. Conviene si el terapeuta decide hacer varias entrevistas de un tiempo limitado, por ejemplo, de una hora, que aquellas sean próximas en el tiempo; esto es, resolver las entrevistas en un plazo no superior a una semana-diez días.

Motivo de la consulta

Este es el escollo más difícil para los padres, hablar de lo que no anda bien en y con el hijo. La resistencia a hacerlo no es consciente; esta ya la han vencido en tanto ya han decidido consultar con un especialista. Para ayudarlos, hay que intentar reducir el monto de angustia inicial, y es lo que se logra al hacernos cargo de la enfermedad o conflicto y al enfrentarnos con éste desde el primer momento, situándonos como terapeutas del hijo.

Deben sentir que todo lo que recuerden sobre el motivo de la consulta es importante para nosotros, y en lo posible registraremos minuciosamente las fechas de iniciación, desarrollo, agravación o mejoría del síntoma para luego confrontarlo con las que consignemos en el curso de la entrevista.

Si se sienten aliviados recuerdan más fácilmente los acontecimientos sobre los cuales los interrogaremos posteriormente. En cambio, debemos de aceptar que con frecuencia ocurran olvidos parciales o totales de hechos importantes, que meses después nos comunica el niño estando en tratamiento. También los padres – siempre que por la mejoría del hijo haya disminuido suficientemente la angustia que motivó el olvido – podrán recordar las circunstancias desencadenantes reprimidas en la entrevista inicial.

Los datos obtenidos no solo son valiosos por el estudio del caso, sino porque también pueden ayudarnos a comprender la etiología de las neurosis infantiles, capacitándonos así para una tarea de prevención.

La comparación de los datos obtenidos durante el tratamiento del niño con los suministrados por los padres en la entrevista inicial es de suma importancia para valorar en profundidad las relaciones con el hijo.

Historia del niño

Es conveniente e importante saber la respuesta emocional – especialmente de la madre – ante el anuncio del embarazo, si fue deseado o accidental, si hubo rechazo abierto con deseo de abortar e intentos realizados, o si lo aceptaron con alegría. Después, podemos pasar a preguntar cómo han evolucionado sus sentimientos, si lo aceptaron, se sintieron felices, porque desde que un niño es concebido todo lo que acontece es importante en su evolución posterior.



El rechazo emocional de la madre ya sea al sexo de su hijo, así como a la idea de tenerlo deja huellas profundas en la psique del niño. Por ejemplo, el niño que nace con la misión de unir a una pareja en su devenir de separarse lleva

el sello de este lugar. El fracaso determinará en él una gran desconfianza en sí mismo y en su capacidad para sus realizaciones en su vida.

La respuesta que puede brindar la madre a cómo sobrellevó su embarazo nos indica cual fue la iniciación de la vida del hijo. Tampoco hay que esperar que la respuesta sea un fiel reflejo de la verdad, pero lo que los padres nos dicen confrontado con el material ofrecido por el niño será de gran utilidad en nuestro trabajo. A veces, al principio hay ocultaciones conscientes de ciertos hechos, u omisiones; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se trata de olvidos o deformaciones de recuerdos derivados de conflictos inconscientes. No se trata, en la mayoría de las ocasiones, de un engaño consciente ni de una ocultación voluntaria, por ejemplo, casos en los que hubo abortos no mentados, antes o después del

nacimiento del paciente, o también circunstancias de la vida familiar durante el embarazo que han quedado completamente olvidadas.

Difícilmente las madres recuerdan y valoran conscientemente la importancia de los hechos relacionados con el embarazo y parto, pero en su inconsciente todo está grabado. No debemos alcanzar el desconcierto si al interrogatorio sobre el parto suelen respondernos solamente si fue largo o corto. Conviene preguntar si fue a término, inducido, si se dio anestesia, que relación tenía la madre con la comadrona, su en el momento del parto conocían bien el proceso, si estaban dormidas o despiertas, acompañadas o solas. A veces con estas preguntas se abren nuevos caminos al recuerdo y ayuda a valorar la importancia de la relación con el hijo.

Es importante obtener información ya sobre los primeros momentos del bebé; desde la lactancia, si fue materna o no, si hay reflejo de succión, si se prendió bien al pecho, el ritmo de alimentación – tanto el tiempo entre toma y toma, así como el tiempo de cada toma -. La forma en que se establece la relación con el hijo nos proporciona un dato importante no sólo de la historia del paciente sino también de la madre y de su concepto de la maternidad. Es de suma importancia en el desarrollo posterior del niño la forma en que se establece la primera relación postnatal. Conocemos bastante la trascendencia del trauma del nacimiento durante toda la vida del sujeto: la observación de lactantes y el análisis de niños pequeños nos ha enseñado mucho sobre la forma de ayudarles a elaborar dicho trauma. Por ello, uno de los elementos fundamentales es facilitar al bebé un suficiente contacto físico con su madre después del nacimiento.

Este contacto debería aproximarse lo más posible a la situación intrauterina y establecerse cuanto antes; para el niño porque empiece a recuperar en parte lo que ha perdido y sin una excesiva demora que, al aumentar su frustración y desamparo, incrementa sus tendencias destructivas dificultándole su relación con la madre. Para la madre porque el nacimiento del hijo es un desprendimiento que le repite su propia

pérdida de la madre. Dar es para ella una renovación constante de lo que ella misma recibió cuando era hija; por esto cuanto más da y en mejores condiciones, más se enriquece su vínculo con la madre interna. La indicación tan frecuente de llevar al bebé



lejos de la madre para que esta descanse es totalmente errónea porque ni uno ni otro descansan bien al estar frustrados en esa necesidad tan

intensa.

Estos detalles de la relación con el hijo, que a menudo no conseguimos de la madre, van surgiendo poco a poco del material del niño cuando este se analiza. No todo lo que él espera del mundo es alimento y tampoco es todo lo que una madre puede darle. Hoy sabemos que madres que no han dado el pecho a sus hijos, pero que han tenido muy buen contacto con él, determinaron una mejor imago materna que, en el caso inverso, en el que habiéndole dado el pecho no tuvieron contacto afectivo y no le ofrecieron gratificaciones surgidas de una buena conexión. Por todos estos motivos lo que sabemos de la lactancia de un niño después de esta primera entrevista, es solo un comienzo de lo que sabremos a través del análisis del niño y eventualmente de nuevas entrevistas con los padres que son útiles, especialmente para la confirmación e investigación de nuevos datos.

Siguiendo con la historia preguntaremos como aceptó el bebé el cambio de alimentos del pecho al biberón, y de la leche a otros alimentos, de líquidos a sólidos como papillas o carne, que ya le exige masticación. Sabremos mucho así sobre el niño, la madre, y las

posibilidades de ambos para desprenderse de los viejos objetos. El pasaje del pecho a otra fuente de gratificación oral exige un fuerte trabajo de elaboración psicológica. La forma en la que el niño acepta esta pérdida, y cambio, será la pauta de conducta de cómo en su vida posterior se enfrentará con las pérdidas sucesivas que le exigirán la adaptación al principio de realidad.

Las relaciones de dependencia e independencia entre madre e hijo se reflejan también en el interjuego que se inicia cuando un bebé comienza a sentir necesidad de moverse por sí mismo y lo expresa. La madre puede ver o no esta necesidad, y frustrarla o satisfacerla. Entre el tercer y cuarto mes de vida, el niño entra en un periodo en el que su psiquismo es sometido a exigencias nuevas y definitivas, que se concretan en la segunda mitad del primer año de vida, con la iniciación de la marcha y el lenguaje.

Para el niño la marcha tiene el significado, entre otros, de la separación de la madre, iniciada ya con el nacimiento. Por lo tanto, la madre comprensiva deja caminar a su niño sin apurarlo ni trabarlo de modo que el desprendimiento sea amable y gozoso, ofreciendo así una pauta de conducta que lo guiará en sus pasos en el mundo. Por ejemplo, la tendencia a golpearse o a los accidentes es índice de una mala relación con los padres y equivale a suicidios parciales por una mala canalización de los impulsos destructivos.

Ya posteriormente, nos interesará saber si la aparición de las piezas dentales se acompañó de trastornos o si se produjo normalmente y en el momento adecuado. Preguntamos sobre el dormir y sus características porque están muy relacionados. En caso de haber trastornos de sueño preguntamos cual es la conducta con el niño, y cuales son los sentimientos que despierta en los padres el síntoma. Es importante la descripción del cuarto donde duerme el bebé, si está sólo o necesita la presencia de alguien o alguna condición especial para conciliar el sueño. Durante la dentición pueden parecer trastornos transitorios de sueño, que se agravan o desaparecen en función a cómo el medio ambiente maneje la situación.

El uso del chupete como hábito destinado a conciliar el sueño es uno de los factores que favorecen el insomnio. Los padres suelen decir que el bebé no duerme si se lo quitan. Pero en realidad, la dificultad no es del bebé sino de los padres que postergan la decisión o crean situaciones que dificultan solucionar el problema.



El destete que habitualmente ocurre al final del primer año de vida significa mucho más que dar al niño un nuevo alimento. Es la elaboración de una pérdida definitiva y depende de los padres que se realice con menos dolor; pero esto sólo pueden hacerlo si ellos mismos lo han elaborado bien.

Cuando sabemos a qué edad y en qué forma se realiza el control de esfínteres, se amplia nuestro conocimiento sobre la madre. Si dicho control es muy temprano, muy severo, o está ligado a otros acontecimientos traumáticos, conduce a graves trastornos, en especial a la enuresis; es importante, por tanto, la actitud de la madre frente a la limpieza y suciedad. Si este aprendizaje además de ser precoz es severo, es vivido como un ataque de la madre a su interior, como retaliación a sus fantasías que en ese periodo están centradas en la pareja parental y traerá como consecuencia una inhibición de estas fantasías con trastornos en el desarrollo de las funciones del yo.

Cuando preguntamos sobre enfermedades, operaciones o traumas, consignamos en la historia no sólo la gravedad sino también la reacción emocional de los padres. Es frecuente el olvido de las fechas de la vida familiar que acompañaron estos

acontecimientos. A veces es muy llamativo el olvido donde puede verse muy bien cómo la intensidad de éste se debe a la gravedad del conflicto.

Cuando preguntamos a los padres por la sexualidad del hijo suelen quedar bastante asombrados por la pregunta, pero generalmente nos informan con facilidad sobre este punto, salvo cuando niegan cualquier actividad sexual del hijo. Trataremos de averiguar lo que han observado al respecto. Y es este momento de la entrevista el que nos depara una de las mayores sorpresas, no sólo sobre los conceptos del adulto con respecto a la sexualidad del niño sino sobre la forma de responder a sus preguntas. La actitud consciente e inconsciente de los padres frente a la vida sexual de sus hijos tiene una influencia decisiva en la aceptación o rechazo que el niño tendrá de sus necesidades instintivas. Ya Freud causó asombro y rechazo cuando descubrió que el niño al mamar no sólo se alimenta, sino que también goza.

Igualmente es pertinente formular preguntas sobre el juego de los niños, sus juegos predilectos. La descripción detallada de las actividades que realiza el niño nos sirve para tener una visión de su neurosis o de su normalidad. Freud descubrió que el juego es la repetición de situaciones traumáticas con el objeto de elaborarlas, y que al hacer



activamente lo que ha sufrido pasivamente el niño consigue adaptarse a la realidad; por eso, valoramos como índice grave de neurosis la inhibición para jugar. Un niño que no juega no

elabora situaciones difíciles de la vida diaria y las canaliza patológicamente en síntomas o inhibiciones.

Con frecuencia, la entrada del niño al “colegio de niños” coincide con el nacimiento de un hermano, y en este caso, lejos de favorecer la elaboración de este acontecimiento, constituye un nuevo elemento de perturbación; el niño en estas circunstancias vive más penosamente el hecho de que le han quitado el lugar que habitualmente ocupaba en la casa.

El ingreso a la escuela significa para él no sólo desprenderse de la madre sino afrontar el aprendizaje que en sus comienzos le despierta ansiedades similares a las que se observan en adultos con angustia de examen.

Durante el análisis de niños se ha comprobado que las inhibiciones de aprendizaje escolar y dificultades para ir a la escuela tienen sus raíces en los primeros años y que un niño que no ha jugado bien tampoco aprende bien. La gravedad de las dificultades de aprendizaje no podemos valorarlas a través de lo que los padres nos relatan. Es frecuente que un niño en apariencia muy buen escolar sea un niño muy neurótico con inhibiciones parciales que ni siquiera son percibidas por los padres. En otros casos, los padres pintan un cuadro en apariencia muy grave y se trata sólo de dificultades momentáneas o condicionadas por ellos mismos, como por ejemplo el haberlo enviado a la escuela a los cuatro años, prematuramente. Por eso es importante preguntar sobre la edad en que un niño ingresa en la escuela y la facilidad o dificultad en el aprendizaje de lectura y escritura, así como si le causaba placer, rechazo, o ansiedad o preocupación exagerada para cumplir con sus deberes.

El día de vida

La reconstrucción de un día de vida del niño debe de hacerse mediante preguntas concretas que nos orienten sobre experiencias básicas de dependencia e independencia, libertad o coacción externas, inestabilidad o estabilidad de las normas educativas, del

dar y recibir. Sabremos así si las exigencias son adecuadas o no a la edad, si hay precocidad o retraso en el desarrollo, las formas de castigo y premio, cuales son su capacidad y fuentes de goce, y sus reacciones frente a prohibiciones.

La descripción de los domingos, días de fiesta y cumpleaños nos ilustra sobre el tipo y grado de la neurosis familiar, lo que nos permite estimar mejor la del niño y orientarnos en el diagnóstico y pronóstico del caso.

Cuando preguntamos sobre el día de vida, debemos de interesarnos por quién los despierta, a qué hora, quién lo lleva al colegio. Si son ya niños mayores de cinco años, si se visten solos, desde cuando precisan y se les auxilia de ayuda. Es útil conocer este primer momento del día para valorar la dependencia o independencia adquirida en función de su edad cronológica, y la actitud de los padres frente a la precocidad o retraso en su aprendizaje.



Todo esto es de un valor innegable ya que nos da una visión cercana y certera de la vida del niño. Pueden creer que su hijo es independiente porque mantiene una cierta rebeldía y nos encontramos que

paralelamente a esto les dan de comer en la boca, los visten o los bañan teniendo 7 y 8 años. Es mayor el conflicto cuando en oposición a esta dependencia patológica, le dejan salir solo o le impulsan a actividades por encima de su edad.

Relaciones familiares

Cuando alcanzamos el punto final de la entrevista suelen sentirse ya poco dispuestos a hacer confidencias sobre sí mismos, y en cambio inclinados a darnos una idea de su relación afectiva con el niño y de lo que significa para ellos.

Se pude comprender que poco podremos saber sobre las verdaderas relaciones entre ellos y nos limitaremos a consignar la edad, la ubicación dentro de la constelación familiar, profesión o trabajo que realizan, horas que están fuera de casa, condiciones generales de vida, sociabilidad de ellos y de sus hijos.

Es más que factible que sea preciso disponer de más de una hora para completar la historia, puesto que lo fundamental es que hayamos consignado todos los datos que podamos obtener de los padres antes de iniciar nuestra labor con el niño, sea ésta de diagnóstico o de tratamiento.

Cuando comprobamos orientaciones equivocadas por parte de los padres, nuestra actitud nunca debe de ser de censura y conviene siempre recordar que la finalidad de esta entrevista es lograr alivio de las tensiones de los padres y que somos desde el primer momento los terapeutas del niño y no los censores de los padres. Estamos ahí para comprender y mejorar la situación, no para censurarla y agravarla aumentando la culpabilidad.

Una vez finalizada la entrevista, si los padres han decidido hacer solamente un diagnóstico, se les comunicará el día y la hora de la entrevista con el niño, así como su duración. Si en cambio, si se orientan hacia un tratamiento les proporcionaremos las indicaciones generales en las que éste se llevará a cabo.

Material de juego. Consultorio

La habitación donde vamos a tratar al niño no precisa ser grande porque la técnica de juego no exige mucho espacio. Las paredes deben de ser lavables y conviene que el suelo esté cubierto de algún material de plástico. Es bueno que exista un cuarto de baño comunicado con el consultorio de trabajo, de uso exclusivo del paciente. La puerta que cierra el baño no se cerrará desde dentro del baño, para evitar cualquier dificultad innecesaria. En cambio, la puerta del consultorio deberá ser cerrada desde dentro, y que pueda mantener el silencio con respecto del exterior del consultorio. Mantendremos un clima apacible de aislamiento y sólo por algún motivo de excepción podrá interrumpirse la sesión o permitir que otra persona acceda al consultorio.

La mesa y las sillas serán cómo das y simples, suficientemente fuertes para resistir el desgaste. Precisaremos de un mueble con cajones en los que se guarde el material que dedicamos a cada paciente. Cada cajón debe de quedar cerrado por su llave al final de cada sesión, para ser abierto al comienzo de la siguiente sesión.



Puede ser útil un pequeño diván en el que el niño pueda recostarse y hablar; los aún pequeños pueden llegar a necesitarlo y con mucha frecuencia lo piden aquellos que van acercándose a la

pubertad.

El aspecto del consultorio debe de ser por sí mismo la regla fundamental, sin que se explique al niño lo que debe de hacer, por lo cual la primera sesión los juguetes y objetos

que le hemos destinado se colocarán sobre la mesa, preferentemente baja, de modo que al entrar tenga una visión completa de lo que le ofrecemos para comunicarse con nosotros.

Existe un material standard que satisface las necesidades de un niño hasta 4-5 años y con pocas modificaciones sirve también para niños de más edad; cubos, plastilina, lápiz, papel, lápices de colores, goma, goma de pegar, algunos muñecos pequeños, trapitos, tijeras, piolín, coches, tacitas, platitos, cubiertos, cortaplumas y tijeras.

Para la primera entrevista podemos preguntar a los padres con qué suele jugar el niño en su casa, y siempre que sea posible lo podemos incluir en el material de su cajón individual.

La primera acción que realiza el niño y el tiempo que transcurre hasta que lo inicia, nos enseña muchísimo sobre su actitud frente al mundo; y el grado de inhibición de juego que mantiene es un índice de la gravedad de su neurosis. La primera sesión es de una trascendencia muy especial, porque en ella el niño muestra cual es su fantasía inconsciente de enfermedad y de curación, y cómo acepta o rechaza nuestro papel de terapeuta. Al despedirse le recordaremos el día y la hora de la siguiente sesión.

Desde este momento, el terapeuta y su consultorio se ofrecen receptivamente al niño y el cajón ya preparado es un símbolo de esta situación, que deberá mantenerse siempre.

El cajón individualizado cobra progresivamente enorme importancia, aunque no se exprese abiertamente. Hay niños que durante meses no tocan un juguete, otros, por el contrario, se empeñan en dejarlo todo fuera, como si no les importara tener o no tener algo para sí.

A veces, con cierta frecuencia, puede ocurrir que un niño quiere llevar parte del material a su casa; debe de ser evitado con la interpretación adecuada. Si no lo logramos, tratamos de hacérselo dejar sin violencia o negarnos a su pedido, señalando que todo eso es

material para el tratamiento, y que debe de ser dejado en el consultorio. También quizá en algún momento nos parezca pertinente que lo traslade a su casa, debe de ser una excepción, y debe indicarse porque así lo aceptamos. Incluso, en otras ocasiones, puede robar algún elemento, motivo para interpretarlo en la siguiente sesión. En otros momentos, el niño puede decidir incluir algún elemento de su casa al consultorio, a su cajón, y si es posible le daremos libertad para ello o para volvérselo a llevar a su casa; ciertamente también deben de ser interpretado tales movimientos.

Otro problema práctico que indefectiblemente se planteará es el de si debemos o no reponer el material que incluimos inicialmente en el cajón del niño. Papeles, goma de pegar y plastilina son, junto con el agua, elementos que deben de estar siempre disponibles para el niño. Nuestra permisibilidad para que juegue con agua no debe de alcanzar a que inunde el consultorio; regularemos el suministro de agua – además de interpretar los motivos que le pueden precipitar a inundar el consultorio – así como la administración de otros materiales.



El uso inadecuado del material tiene el significado de maltrato a partes de sí mismo. Del terapeuta y de su vínculo con él. Un niño podrá intentar tirar hojas de su cuaderno al inodoro, empaparlas y destrozarlas, apretujándolas para tirarlas luego dentro de su cajón o al suelo. Todas estas conductas deben de limitarse oportunamente y ser interpretadas como pequeños suicidios.

Papel, lápices de colores y lápices, son los materiales con los que preferentemente se comunica un niño entre 6 y 12 años, y deben, por tanto, estar a su disposición con tal fin: igual sucede con la plastilina. Pero si un niño pretende usarla solo para tirarla al suelo y pisotearla, lo observaremos hasta comprender su acción en relación con el o los juegos anteriores – a veces con lo que sucedió al iniciarse la sesión – y realizaremos la interpretación oportuna. Si se repite la misma actividad compulsivamente con el evidente intento de quedarse sin nada, lo frenaremos, además de interpretar.

Puede suceder que después de interpretárselo cambie la acción; y si por el contrario, continúa, dejarlo sin poner límites a su destructibilidad aumentaría su angustia y culpabilidad. Sería un error además interpretar esta conducta como agresiva, pues la aparente actitud sádica encubre aquí un profundo masoquismo y culpabilidad que lo impulsan a quedar despojado y destruido, siendo éste el punto de urgencia. Del mismo modo que si un niño pretende morirse, quemarse, arrojar por una ventana, actitudes bastante frecuentes durante el curso del tratamiento de niños neuróticos o psicóticos, tomamos las medidas de precaución eficaces para evitarlo, sin dejar por eso de interpretar el acto que hemos frenado; igual debemos de hacerlo con sus posesiones y con vínculo que existe entre él y nosotros, a través de ellas.



En resumen, determinados elementos que se ofrecen al niño para facilitar la comunicación preverbal son básicos y deben de ser renovados siempre que sean útiles para expresar algo. Evitamos la

aniquilación de esas sustancias que simbolizan contenidos del paciente o del terapeuta,

así como del vínculo entre ambos, del mismo modo que lo preservamos a él. La reposición de otros materiales: coches, aviones, platos... se hará siempre que el niño lo pida y que las circunstancias lo aconsejen. Siempre será importante que el material que le ofrecemos sea simple y de buena calidad y en lo posible no frágil.

Las tendencias a reparar implican las consiguientes tendencias destructivas hacia sí mismo o hacia el exterior. La disminución del sadismo para conservar el objeto – amado o necesitado – es lo que nos da el índice de mayor adaptación a la realidad y de capacidad de gozar en la vida.

Al finalizar la hora guardamos los juguetes en su cajón – con ayuda del niño o sin ella – y el señalamos lo siguiente:

Indicación al finalizar sobre el cajón de juguetes	♦ Ese material le pertenece. ♦ El cajón quedará cerrado con llave. ♦ Nadie tendrá acceso a él en su ausencia y el terapeuta lo abrirá antes de iniciar la sesión siguiente. ♦ Todo aquello sucedido durante la sesión será mantenido en confidencialidad por nuestra parte. ♦ El horario semanal convenido. ♦ Todo cambio o entrevista con familiares se discutirá con él y luego se comunicará a sus padres
--	---

Para analizar a un niño, un analista debe de tener una serie de conocimientos que no le exige el analizar adultos, y entre ellos el saber, aunque sólo sea rudimentariamente confeccionar ropa de muñecos o cualquier envoltura que reemplace a un vestido. Para

ser analista de niños es necesario conocer y jugar suficientemente bien un número amplio de juegos: ajedrez, damas, pelota, etc... debe de conocerse los personajes e historietas más leídas por los niños, lo que implica el conocimiento y el manejo de las revistas y libros infantiles más conocidos; recordar con detalles los cuentos infantiles ya clásicos y haber reflexionado sobre su significado. Conservar, además, un suficiente placer por el juego y tener aún una agilidad que le permita afrontar sin demasiado esfuerzo el ejercicio que exige muchas veces la hora de un niño en análisis. Esto no quiere decir que sin un día está cansado o simplemente no se siente con ganas de moverse sea inevitable hacerlo, pero lo que no es admisible como norma en un analista de niños, es pensar que se puede analizar a un niño sentado en una silla como en el caso del adulto. Muchas veces la angustia, ante la no comprensión de la actividad lúdica, hace que el analista se limite a juzgar y eso es sólo entrar en el juego, pero no es asumir el papel del terapeuta.



Con frecuencia un niño pide que el material con el que se ha jugado quede fuera del cajón sin que nadie lo toque hasta la sesión siguiente. En cada caso, este pedido tendrá un significado diferente que será interpretado, pero además no podemos acceder a su pedido

porque si bien la angustia subyacente suele ser el miedo a un cambio, no puede imponerse a otros niños la visión de ese material, que despertará su curiosidad con el terapeuta. Tampoco por él mismo podemos exponer sus posesiones que estarán en peligro porque no podríamos prohibir las reacciones que suscitarían.

Conviene siempre estar atento a los detalles que pueden haber motivado este pedido en niños que hasta entonces se manejaron bien con su cajón individual. Puede haber

sucedido que ese mismo día vieron a otro paciente o percibieron un detalle nuevo en la consulta, o en el mismo analista, y estas circunstancias le inquietaron porque no han comprendido su significado. También puede ocurrir que un manchón que ya lleva mucho tiempo, lo descubran un día casualmente, o no tan casual, y quieren investigar quién nos dañó o maltrató. En cualquier caso, lo importante es encontrar en el niño mismo y no en lo externo lo que determinó la demanda.

A veces un niño no quiere irse una vez finalizada ya la sesión; se precisa, pues, cerrar el cajón individual, despedirse de él y pedir a la persona que lo acompañó que entre a buscarlo. En el caso de niños mayores quizá sólo sea preciso cerrar el cajón; este no debe de quedar abierto en ningún caso. Si el niño escapa de la consulta sin cerrarlo es función del terapeuta hacerlo antes de la entrada de otro niño.

Cuando realicemos una interrupción del análisis por las vacaciones o por otro motivo, es conveniente indicárselo al niño con bastante anticipación y estar atentos a las reacciones que aparecen frente a la inminencia de la separación. Nos dará mucha información sobre los detalles sobre su forma de desprenderse de los objetos. Cuando un niño termina un análisis conviene recordarle con anticipación la fecha acordada para la última sesión; no podamos dar por supuesto que lo sabe porque sus padres se lo hayan comunicado; debemos de tratarlo con él, y su decisión debe ser luego comunicada y consultada con los padres. Las cláusulas del tratamiento en su parte formal externas hemos concertado con ellos, pero en lo profundo es con el paciente mismo que hemos aceptado el pacto analítico. Para decidir el final de un análisis tenemos que valorar el grado en que este es un éxito. Podemos considerarlo terminado si han desaparecido los síntomas, si se han ampliado sus intereses, si tiene mayor capacidad de goce duradero y si ha equilibrado la dependencia e independencia con su medio ambiente.

Varias indicaciones técnicas se hacen necesarias para aclarar lo que significa el jugar del analista, la forma y el momento en que debe de hacerlo. Cuando un niño nos pide que

juguemos, el analista antes de realizar la acción debe de saber el papel que le toca jugar. Si está jugando a preparar comidas y el niño quiere que participemos, debemos de preguntarle cómo es la comida que debemos preparar, cómo la debemos dar y cuando. Aunque el niño no hable comprende muy bien lo que decimos y se hace comprender en su lenguaje preverbal. Cuando se trata de un niño de más edad, puede explicarnos cada detalle del papel que nos asigna. Por ejemplo, si juega al colegio, y nos toca ser alumnos, además de interpretar el cambio de papeles de adulto a niño, le pediremos que nos indique qué clase de alumnos somos, que hacemos, que queremos de él como profesor y que él como profesor qué quiere de nosotros como alumnos. Si se niega o resiste a hacerlo es preciso realizar la interpretación que le de nuevamente conciencia de la enfermedad, de que somos sus terapeutas y que no estamos jugando con él, sino psicoanalizándolo. Sólo así podremos comprenderlo y aliviarlo; esto sucede cuando ponemos ese límite y le ratificamos nuestro papel de terapeutas cada vez que él lo elude.



Es indudable que para analizar a un niño no basta un conocimiento frío de la técnica y de la teoría. Es necesario tener algo de placer que siente el niño al jugar, mantener algo de la ingenuidad, fantasía y

capacidad de asombro que son inherentes a la infancia.

En otro plano del aprendizaje podemos ganar mucha experiencia para aprender a formular la interpretación. Es conveniente que todos aquellos que vayan a trabajar con niños, hagan verdaderos ejercicios de estilo que consisten en revisar una y otra vez el material y formular por escrito la interpretación y reformularla tantas veces como sea necesario hasta encontrar la que consideremos ajustada. Por supuesto, la indicación no

es que estudiemos las interpretaciones para darlas, sino que debemos encontrar el método para lograr sin esfuerzo expresar lo que comprendemos y formularlo con un lenguaje adecuado al caso y a la edad del paciente.

Este estudio de la formulación no tiene que ser sólo escrito sino también oral, ya que un analista debe de acostumbrarse a oír sus interpretaciones y tener la capacidad de la crítica hacía sí mismo.

Abordemos la cuestión de los honorarios en los análisis con niños; justamente ellos no son los que abonan las sesiones, en cambio deben de saber que son abonables y que se realizan con la periodicidad que el analista establezca. Para él, como para un adulto, puede llegar a ser un problema que las sesiones sean pagadas, pero no es debido a su edad que el pago en sí es un problema. Es mejor que, si sus conocimientos se lo permiten, haga – si la periodicidad es mensual, por ejemplo – el cálculo de las horas; y en lo posible debe de ser él quien entregue el dinero al terapeuta. Si son muy pequeños o enfermos deben de tomarse las precauciones precisas para que lo puedan hacer sin correr el riesgo de perderlo. En su juego expresan las fantasías inconscientes con respecto al pago, del mismo modo que un adulto lo verbaliza en la sesión de forma directa o enmascarada. Suele ser práctico sugerir a la madre o el padre que el día de pago – y si es sesión por sesión; por tanto, todos los días de sesión – que den el dinero al niño en la sala de espera en el momento de ingresar en la consulta.

El niño que sabe lo que cuesta una sesión trata de no faltar, reclama minutos si le han faltado en su hora y se las ingenia para que no lo traigan con retraso a las sesiones. En ésta como en toda situación donde no se plantean claramente los problemas existe un engaño que es desfavorable para el afianzamiento de la relación transferencial y la continuidad del análisis.

Significado de la primera hora de juego

Cuando Freud analizó a un niño de 5 años y describió su actividad de juego, sus dibujos, sus sueños y ensoñaciones, dejó las bases para la técnica del psicoanálisis de niños. Más tarde descubrió que si un niño juega es porque necesita elaborar situaciones traumáticas. El análisis de niños confirmó estas conclusiones, y aunque era evidente que los problemas fundamentales de un niño se expresan en este lenguaje preverbal, los tratados sobre el tema seguían afirmando que el niño, a diferencia del adulto, no tenía conciencia de enfermedad ni voluntad de curación. Y en cambio, rápidamente podemos llegar a una conclusión bien diferente a través de la técnica del juego. Ya durante la primera sesión-ya fuese la de iniciación del análisis o de observación diagnóstica – aparece la fantasía inconsciente de enfermedad o de curación. Y lo es en todos los casos, corroborando la idea inicial de que el niño sabe que está enfermo y comprende y acepta el tratamiento. Con la técnica del juego, comprobamos que el niño nos comunica desde el inicio cual es su fantasía inconsciente sobre la enfermedad o conflicto por el cual es llevado a tratamiento, y en la mayor parte de los casos, su fantasía inconsciente de curación.

Si estas comunicaciones se producen tan rápidamente es debido a la presión del temor a que repitamos la conducta negativa de los objetos originarios que le provocaron la enfermedad o el conflicto. Además de este temor, evidencia el deseo de que no seamos como ellos y podamos asumir un nuevo papel en el que le podamos aportar aquello que precisa para su mejoría. Este proceso puede ser vivido por el niño como un nuevo nacimiento; la separación inicial de los padres y la entrada a la consulta suelen acompañarse de las ansiedades que experimento al nacer.

El temor a la repetición de las experiencias con el objeto o los objetos originarios obedece tanto a lo que aconteció con los padres reales como a su propia compulsión a repetir situaciones que lo dañan. En su fantasía de curación expresa el anhelo de cambio del mundo exterior real y su deseo de curar su compulsión a repetir dichas experiencias.



El temor de repetir su relación con el objeto originario es lo que nos transforma en alguien a quien y de quien se desconfía. El objeto originario cargado de frustración y miedo proyectado en el terapeuta transforma a este en alguien temido por el niño

y de quien espera que adopte la misma conducta negativa de sus padres y lo ataque. Este objeto originario en sus aspectos amados – por cuanto lo ha satisfecho de sus necesidades- confiere al terapeuta de los atributos necesarios para curarlo. Esta doble fuente de la transferencia puede y debe de ser interpretada desde el inicio; pero como los dos aspectos están siempre presentes durante el tratamiento, la interpretación de su significado debe hacerse también en las sucesivas sesiones.

Es muy importante que desde el primer momento asumamos nuestro lugar de terapeutas porque esto ayuda al niño a ubicarse como paciente y a ir haciendo consciente lo que ha mostrado como fantasía inconsciente, para lo cual debemos de interpretar la doble imagen y sus significados. Ya frente a los padres, tal como ya hemos señalado anteriormente, habremos aclarado nuestro papel de terapeutas del hijo y no de ellos, que confirmamos al no pedirles cambios en su vida familiar y anticiparles la reserva que mantendremos con las sesiones del hijo.

Entrevistas posteriores con los padres

Una vez que poseemos los elementos que consideramos útiles y sobre ellos hemos elaborado nuestro diagnóstico del caso, concertamos una nueva entrevista con los padres.

Es previo a la orientación o tratamiento la investigación cuidadosa de sus posibilidades reales para cumplirlo, ya que no es para nada conveniente crearles una nueva ansiedad al ofrecerles una solución que sea inaccesible para ellos. Debemos de partir de que un padre habitualmente no sabe qué es un tratamiento psicoanalítico y por tanto es más que habitual que pueda pensar que con unas pocas horas o en pocas semanas estará todo solucionado. Normalmente no conoce la cuantía económica de los honorarios por sesión psicoanalítica y puede hacer sus cálculos comparándolos con los que le costaría una profesora o un tratamiento médico corriente. Desde hace ya tiempo poseemos el saber que la carestía del tratamiento analítico es el argumento más sencillo que utiliza todo padre para resistirse o poner a su hijo en análisis, pero hay padres que realmente no lo pueden afrontar. Familias que tienen muchas obligaciones y muy poca remuneración económica tendrán que

realizar un auténtico sacrificio para abonar un tratamiento de tiempo; y es por la indicación de un tratamiento psicoanalítico sólo si lo consideramos indispensable para el niño. A veces nos consultan por un trastorno leve y posiblemente pasajero, y si se cuenta con un ambiente familiar adecuado y las condiciones económicas son amplias, puede y debe de indicarse un tratamiento para resolver los puntos de fijación que en el futuro podrían desencadenar una neurosis más seria, sobre todo si las circunstancias exteriores se tornan adversas. Pero si la dificultad económica es real, vigilando el crecimiento del niño con entrevistas frecuentes o en un grupo de orientación de la madre, puede contemplarse la posibilidad de no tratarlo sin grandes riesgos futuros.



Los grupos de orientación de madres ofrecen optimistas posibilidades para la profilaxis de las neurosis infantiles, sobre todo si la madre ingresa en ellos cuando está

embarazada o cuando el bebé es aún pequeño, porque mientras más temprano resuelva sus problemas o se informe sobre las condiciones adecuadas para el buen desarrollo del niño, mayores son las posibilidades de una mejor relación con su hijo desde los primeros estadios.

También es recomendable el ingreso de la madre en un grupo de orientación, en los casos de niños mayores de 5 años, porque el indudable alivio de la culpa que experimenta favorece una mejor actitud frente a su hijo, en especial en los preadolescentes, para comprender sus conflictos y sus nuevas necesidades instintivas y poder aceptar su crecimiento.

En los casos que la indicación de psicoanálisis del niño sea perentoria, pero por dificultad económica real de los padres no puedan hacerlo, y en cambio la madre pueda ingresar en un grupo de orientación, indicaremos que esta salida es parcial y transitoria hasta que se pongan en condiciones de afrontar más adelante un tratamiento individual. Si postergamos este conocimiento o lo evitamos, perjudicamos al niño y a los padres. Debemos de contar con la participación de ellos desde la iniciación del tratamiento porque un niño no es un ser independiente social ni emocionalmente.

No conviene dar consejos a los padres – siempre que el niño se encuentre en análisis – aún cuando de trate de situaciones sumamente equivocadas, como lo pueden ser situaciones de castigos corporales, seducción, etc. Es sólo la mejoría del niño la que condiciona un real cambio en el ambiente familiar, y por tanto podemos trabajar con el niño en la forma de una relación bipersonal como en el análisis de adultos.

El psicoanalista de niños se enfrenta con el doble problema de la transferencia del paciente y de los padres. Con el descubrimiento de la técnica del juego se hizo posible comprender cómo funcionaba la mente del niño pequeño, interpretar sus conflictos y solucionarlos, pero con frecuencia el éxito de la terapia no se veía acompañado de un aumento de la confianza de los padres. Por el contrario, a menudo interrumpían el análisis del hijo por motivos livianos, y súbitamente, sin dejarnos el tiempo necesario para hacer elaborar al paciente la separación.

Aún cuando los analistas de niños hayan señalado esas dificultades técnicas repetidas veces, no hay trabajos que traten de comprenderla

o solucionarla. Se han limitado a estudiarla como un escollo inevitable, sosteniendo que el niño no va al tratamiento por su voluntad ni depende de él la continuidad de éste. Podemos pensar que la dificultad debía surgir de una deficiencia de la técnica que, nacida de la técnica de adultos, no nos había proporcionado la clave para resolver este problema.

Podemos comprender que cuando un padre o una madre reinciden en el colecho o en el castigo corporal, nos transformamos en una figura muy perseguidora y la culpa que sienten la canalizan en agresión, dificultando así el tratamiento. Además, el aumento de la culpa los conduce a actuar peor con el hijo, buscando el castigo o la censura. El conflicto se agrava al no ser interpretable ya que los padres no están en tratamiento, y lo lleva a la interrupción del tratamiento.

Esto nos lleva a tomar la posición de distanciar las entrevistas con los padres y a abandonar los consejos. Por ejemplo, si decidimos iniciar un tratamiento con un niño que duerme con los padres, y aconsejamos que tenga una habitación separada, incurrimos en un error, porque interfiere abruptamente en la vida familiar y rompe artificialmente – desde afuera – una situación sin saber cómo se había llegado a ella, sin saber cual es la participación del niño y en qué medida le era imprescindible en función de su neurosis. En cambio, la experiencia nos enseña que cuando el niño, aún siendo muy pequeño, elabora el conflicto, exigía por sí mismo el cambio, con la ventaja de analizarlo previamente.

Cuando pretendemos modificar las situaciones exteriores el equívoco es actuar como si los padres no tuviesen conflictos y apoyarnos en la transferencia positiva que podemos establecer. Pero hay que tener en cuenta que el factor inconsciente es fundamental: la creciente rivalidad en la que entran con el niño. Dejan de ser padres para transformarse en hijos rivales en busca de ayuda, siendo uno el privilegiado, justamente el que se encuentra en tratamiento, contra otros perjudicados, que además de no tener tratamiento deben de pagar por el otro.

A esta rivalidad se puede sumar la que sientan con el analista en tanto les roba el afecto del hijo y enmienda lo que los padres han hecho mal. Todos estos sentimientos contradictorios los inducen a obrar de un modo compulsivo, y en muchas ocasiones, aunque conscientemente puedan querer seguir los consejos del analista, no pueden hacerlo si interfieren demasiado con sus propios conflictos o si su situación afectiva con el analista está condicionada por los sentimientos contradictorios indicados. Como todo este juego de transferencia no puede ser interpretado, no es elaborado por los padres, se mantiene reprimido y los puede llevar a fluctuar entre una obediencia absoluta y una

rebelión sistemática. Esta complicada y sutil red hace cada vez más difícil el manejo de las entrevistas en las que se manifiesta generalmente la fachada de idealización o de amor, y no el resentimiento o la frustración, lo que conduce a los padres, con frecuencia, a destruir el tratamiento del hijo que otra parte de su personalidad defiende y sostiene. Otro hecho importante es que si el terapeuta del hijo les pide cambios para ayudar a la mejoría se pueden sentir fracasados si no pueden cumplirlos.



La comprensión de estos problemas y el deseo de aliviarlos nos puede llevar a tener en cuenta algunos elementos y cambiar la técnica porque no es útil para el niño la actuación

anterior, perturba la vida familiar, terminando por dañar el tratamiento. Nos lleva a plantearnos decidir dejar a los padres que sigan su conducta habitual, no tratar de influirlos, no indicarles los defectos o errores en su educación, etc.

Si una madre tiende a meter a su hijo en la cama, nuestro consejo de no hacerlo se verá limitado por la ansiedad conflictual que la lleva a ello. Pero si se cambia la pareja madre hijo por la modificación de una de las partes, el niño, y ya hemos indicado que no importa que sea pequeño, rechazará el colecho y buscará otra forma de contacto con la madre. Un tratamiento psicoanalítico capacita a un niño para modificar su medio ambiente; aunque a veces no sabe expresarse con palabras o hacerse comprender en sus anhelos, los cambios en su conducta suelen ser una advertencia que permite ser comprendida.

Estas cuestiones presentadas es la que nos impulsa a suprimir casi totalmente las entrevistas con los padres excepto cuando manifiestan tal necesidad de la entrevista que al negarla puede alcanzar la perturbación. En dichos casos, el analista la puede realizar con condiciones establecidas de antemano: el niño, y seguimos manteniendo la idea de que a pesar de que sea muy pequeño, debe de estar informado del día y la hora en que veremos a sus padres, y debe de saber que todo lo que se hable le será comunicado. Se le informa también que el contenido de las sesiones no será revelado en ninguna circunstancia, según ya hemos convenido al comienzo del tratamiento.

Los padres, a su vez, deben de saber las condiciones de este convenio, esto es, todo lo que ellos hablen será transmitido al niño, y que en cambio no podremos informales del contenido de las sesiones. El adoptar este lugar lleva a un verdadero afianzamiento al depositar toda la enfermedad en manos del analista con la consiguiente disminución de culpa al ser compartida.

Además, si los padres quedan fuera de acción terapéutica – esto es, fuera del consultorio – su vínculo transferencial con el analista se hace más manejable al estar menos expuesto a las frustraciones inherentes a un contacto que, siendo en apariencia profundo, resulta sólo superficial y de apoyo porque la transferencia no es interpretada.

En la entrevista inicial se han asumido claramente los papeles: existe un terapeuta para un niño que necesita tratamiento y existen los padres de ese niño y su medio ambiente que va a recibir los beneficios, pero también los impactos del tratamiento. Deben de saber que las dificultades pueden incrementarse en un momento dado, y una rápida mejoría puede verse seguida de una recaída; que al analizar a un niño se pone en juego un pasado y es posible que se les presenten momentos difíciles tanto a ellos como al hijo.

No es necesario ni adecuado anticipar los resultados del tratamiento ya que sólo durante el mismo podemos valorar realmente la gravedad del trastorno. Es tácito que si el terapeuta se hace cargo del tratamiento es porque cree en el método. Generalmente los

padres piden que se les informe de la forma de ayudar a la mejoría del niño, y es entonces cuando conviene valorarles el esfuerzo que van a hacer al traer a su hijo al tratamiento, puntualmente y durante un tiempo de un año o año y medio, al menos. Les podemos señalar que cumpliendo con esto ayudan del mejor modo al tratamiento y al terapeuta.

Recapitulando, podemos indicar la conveniencia de conceder una o dos entrevistas a los padres durante el tratamiento, además cuando el paciente, el niño, se encuentre de acuerdo. Lo hablado se relata con todos los detalles al niño al comienzo de la sesión siguiente. Le hablamos dado la certeza de que lo ocurrido en la consulta queda tan herméticamente en secreto como el contenido de su cajón individual.

A veces parecen no comprender lo que les decimos o no interesarse en absoluto, pero pronto veremos que cada uno de los detalles ha penetrado en su mente y es elaborado a veces entre semanas o meses. Aunque consideramos la unidad hijo-padres, la interpretación debe dirigirse exclusivamente al niño, al paciente.

• Bibliografía

- Aberastury, A. El juego de construir casas. Paidós, Buenos Aires 1961.
- Aberastury, A. Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Paidós ibérica, Barcelona 1984.
- Freud, A. Psicoanálisis del niño. Edit. Imán. Buenos Aires 1949.
- Freud, A. El yo y los mecanismos de defensa. Paidós, Buenos Aires 1949.
- Freud, S. Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- Garma, A. Psicoanálisis de los sueños. Editorial Nova, Buenos Aires 1948.
- Geissmann, C y P. Historia del psicoanálisis infantil. Editorial Síntesis, Madrid 1992.
- Gesel, A. Embiología de la conducta. Paidós, Buenos Aires 1946.
- Klein, M. El psicoanálisis de niños. Editorial Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires 1948
- Kris, M. The psychoanalytic study of the child. TXIV. Imago Publishing Co. Ltd., London 1959.
- Merleau Ponty, M. Fenomenología de la percepción. FCE, México 1957.
- Pearson, Geraldo H.J. Trastornos emocionales en los niños. Editorial Beta, Buenos Aires 1953.
- Rambert, M. Une nouvelle technique en psychanalyse infantile: le jeu de guignols. Revue française de Psychanalyse, Vol.X, 1938.
- Rank, O. The trauma of birth. Edw. Robert Brunner, New York 1952.
- Rascovsky, A. El psiquismo fetal. Paidós, Buenos Aires 1960.
- Schilder, P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Paidós, Buenos Aires 1958
- Segal, H. La obra de Hanna Segal. Paidós, Buenos Aires, 1989
- Segal, H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidós, Buenos Aires, 1991.

Cuestiones

1. Indica los datos fundamentales a obtener al finalizar la entrevista con los padres.
2. Realiza algún comentario sobre la historia del niño.
3. Señala el material estándar para un niño de 4-5 años. Indica el material con el que se comunica un niño de seis a doce años.
4. Qué debe de realizar el terapeuta al finalizar la sesión con el niño.
5. Analiza los elementos a considerar en las entrevistas posteriores con los padres.
6. Realiza alguna aportación personal sobre el tema.