

MI HIJO VA AL PSICÓLOGO

RAQUEL MONTERO LEÓN

Muchas veces creemos que el prejuicio de: “Quien va al psicólogo, está loco” en pleno siglo XXI está superado, pero cuando es nuestro familiar, amigo o pareja ante los miedos e inseguridades sobre si ir o no, a veces florecen esos prejuicios y excusas para hacernos creer que esto de la psicoterapia es para otro. Pero ¿Qué ocurre si es nuestro hijo/a? Este artículo trata sobre aquellos miedos de padres e hijos que sirven de excusas ante la necesidad de acudir al psicólogo, con el objetivo de que sirva de guía para poder conocer más acerca de qué es verdaderamente ir a consulta.

1. EL PSICÓLOGO

En mis años como psicóloga y psicoterapeuta, quizá desde que estudiaba la carrera, me he encontrado en varias ocasiones intentando explicar o justificar mi trabajo oyendo comentarios como: “Ir al psicólogo es caro”; “Lo que deben hacer es irse a tomar unas cañas con los amigos”; “Sólo tomáis notas”... La palabra psicólogo evoca en la cultura popular, posiblemente ante la inseguridad que produce lo desconocido, ciertos estereotipos. Es posible que quien hace estas afirmaciones no tenga experiencia en ir al psicólogo, son prejuicios, presentes en el día de hoy y que todos posiblemente hemos escuchado. Luego, ¿Qué hace un psicólogo? Y si afinamos aún más, ¿un psicólogo infantil?

Se trata entonces de descifrar el síntoma singular que se manifiesta bajo formas aparentemente aberrantes o incomprensibles como el fracaso escolar, la tristeza o la agitación, el desinterés tenaz hacia cualquier aprendizaje o la ausencia de deseo para asumir un rol en la sociedad. (Bonnaud, H, 2014, p.67).

Sin embargo, cuando acudimos al psicólogo no sólo lo hacemos por las T grandes, usadas para distinguir los grandes acontecimientos traumáticos donde nuestra vida ha estado en peligro, de los acontecimientos más sutiles (decepciones, pérdidas, humillaciones, fracasos...), t pequeñas en EMDR (Shapiro, 2001). Por suerte, no todos los que asistimos como pacientes hemos sufrido una T. Como diría Charles Bukowski (1967):

“No es la serie continua de pequeñas tragedias
lo que lleva a un hombre al manicomio...
no es la muerte de su amor,
sino el cordón de su zapato que se rompe cuando tiene prisa”.

Leer estas líneas pienso que puede tranquilizarnos. Quizás, nos permiten entender que tal vez hemos acumulado demasiado hasta llegar aquí (como clientes a la consulta). Hemos usado todos nuestros recursos, ya que hasta ahora habían funcionado, pero parece que ya no. Es la normalidad, la vida cotidiana, a lo que aparentemente estamos acostumbrados, aquello que puede llegar a rompernos y necesitamos volver a equilibrarnos.

Por suerte, hemos vencido muchos estigmas. Por ejemplo, por la propia calidad en nuestro trabajo como profesionales de la salud mental, los manicomios desaparecieron hace tiempo. A partir del año 1973 Philippe Pinel comienza la reforma de las mencionadas instituciones, donde a los enfermos se les encerraba en la mayoría de los casos de por vida, se les aplicaba toda clase de tratamientos hoy en día, más cercanos a la tortura que a tratamientos en sí (duchas de agua fría, electroshocks, ampliamente extendidos y aún aplicados hoy...), pero que en la época eran asumidos como maneras comunes y eficaces para tratar la enfermedad mental. Poco a poco la enfermedad ha sido sustituida por salud mental y está tomando su lugar como parte necesaria para la salud integral de la persona. Ojala llegue a su consolidación entre la sociedad, como cuidado preventivo y rutinario al igual que acudimos a nuestras revisiones médicas.

De todas formas, aún nos queda un importante camino por recorrer. Encuentro a clientes que no saben muy bien qué esperar de la hora de sesión: respuestas, silencios, soluciones... Realmente, la mayoría piden soluciones: rápidas, eficaces y que eliminen todos los síntomas. En términos de Análisis Transaccional, desde ahora AT, me encuentro con la fantasía del Niño (N) donde los padres, en el deseo de una solución rápida y eficaz, verbalizan: "Mi hijo en pocas sesiones estará como antes"- "Dinos los deberes que debe hacer en casa y ya está"- "Yo le veo bien, pero en el cole me dicen que le traiga, tú me dices qué hacemos". También obviamente, con las expectativas por la experiencia anterior que haya podido tener el Adulto (A), y afirmaciones desde el estado del yo Padre (P): "Eres tú quién sabe de esto, pero yo creo que lo que deberíais trabajar es..... e incluso algunas proyecciones: "... porque ya me dirás, pero creo que le pasa lo mismo que a mí...".

Al tratar con los padres, lo primero que aparecen son los miedos y fantasías. Recuerdo alguno diciéndome: ¿Cómo le explico que tiene que ir al psicólogo? Su angustia ya me hacía pensar el miedo con el que su hijo podía acudir a consulta. Era una madre angustiada a la vez que aterrada por diferentes motivos ¿por las fantasías sobre lo que esperaba que pasara si venía a terapia frente a lo que pasaría si no venía? ¿Por su propia inseguridad ante iniciar, aunque sea como acompañante un proceso de psicoterapia? ¿Por el duelo que como padres estaban haciendo pensando en el hijo ideal, perfecto, sonriente; que se encontraba con sus padres, también perfectos, y que siempre se mostraban felices y sin problemas?

Encontré un cuento, donde explicaba quién era el psicólogo “¿Quién es el psicólogo?” (Bermejo, M. 2017). Había páginas que como acercamiento a la figura del psicólogo me parecieron muy adecuadas, y otras donde sin embargo, el niño podía sentirse invadido por un completo desconocido. Un desconocido para él o ella que quiere conocer y hablar con su colegio, compañeros, profesores y familiares con el objetivo de colaborar juntos, en equipo; para ayudarlo sin antes entablar (hablando en términos psicoanalíticos) la alianza terapéutica (Bordin, 1979). Es esta alianza la que nos permite diferenciar entre la invasión, la posible salvación y el acompañamiento real y auténtico, donde la relación se encuentra por encima de la intención.

Ante la angustia, el miedo, la inseguridad del N de los padres puedo actuar como un P nutricional que acoge esa angustia o desde un A que escucha pero que apela al A de los padres, dando información objetiva sobre la realidad, haciendo preguntas e indagando. Aquí incluyo como apoyo para dar una estructura a esa primera entrevista con padres y familiares la Guía de Intervención clínica Infantil de Morales Pillado, M. et al. (2015).

Como sabemos la Alianza Terapéutica será el objetivo predominante durante la primera etapa del proceso psicoterapéutico, sin dejar de atender otros aspectos que fortalezcan la relación con los padres, ofreciendo atención también a su N que puede sentir envidia del proceso que estamos teniendo con su hijo/a y puede, inconscientemente, boicotear la terapia; y más si los padres no tienen un lugar terapéutico donde puedan atender a ese N.

Por todo ello, ante la demanda de los padres para comenzar un proceso de psicoterapia con su hijo/a creo que es imprescindible tratar:

1. Encuadre de psicoterapia: lugar y hora, duración de las sesiones, precio, condiciones de a nivel formal- administrativo que faciliten al cliente una estructura, que va a otorgarle ya de entrada, seguridad.
2. Recordar que el proceso de psicoterapia es un acompañamiento, que generará cambios y que éstos, seguramente, afectarán al sistema familiar.
3. Padres o familiares/tutores colaborarán y tendrán sesiones de seguimiento (cuando son menores es imprescindible).
4. Recomendación, aunque no siempre, de psicoterapia personal para padres/ tutores. Como recogí anteriormente, desde el cuidado, a modo de prevenir el abandono de la terapia cuando el N de los padres inconscientemente muestra ese anhelo de ser atendido, visto, o de tener también un lugar para él.

La base de esa relación auténtica que vivimos en la sesión con nuestros clientes es el contacto: “la plena consciencia de los pensamientos, emociones, percepciones, necesidades y deseos internos sumada a la habilidad de pasar a la plena consciencia de qué y quién se halla en el entorno” (Erskine, R. 2014).

ESTRUCTURA GENERAL DE LA EVALUACIÓN DEL CASO

1. PROTOCOLO DE ENTREVISTA CLÍNICA INFANTIL

Primera entrevista clínica con los progenitores o responsables legales

Objetivos:

1. Recoger el motivo de consulta, aspectos relevantes de la historia del problema
2. Crear alianza terapéutica, resolver dudas sobre la terapia
3. Aclarar los objetivos de intervención

| | |
|---|--|
| Motivo de consulta | - ¿Cuál es el motivo de consulta? ¿Qué ha traído hasta aquí? - ¿Hay algo más que le preocupe? |
| Inicio y mantenimiento del problema | - ¿Desde cuándo sucede? - Hubo algún acontecimiento significativo que ocurriera en el momento de la aparición? (mudanza, cambio de escuela, hospitalización...) - ¿A qué creen que se debe? - ¿Es la primera vez que se encuentra así? |
| Consulta/s problema. Parámetros (frecuencia, duración, intensidad) | - ¿En qué lugar ocurre el problema? - En qué momentos? ¿Cuánto dura? ¿Con qué frecuencia ocurre? (recoger los parámetros frecuencia, intensidad y duración) - ¿Qué sucede justo antes y después de que empiece el problema? - Hay cosas que lo empeoren? ¿Y que lo mejoren? - ¿Cómo reaccionan ustedes u otros miembros de la familia? - ¿A qué áreas afecta el problema? (familia, colegio, amigos...) |
| Intentos de solución / Tratamientos anteriores | - ¿Ha recibido otros tratamientos? ¿Qué han hecho para intentar solucionarlo anteriormente? ¿Qué ha hecho el niño? |
| Tratamiento actual | - ¿Cuál es su objetivo respecto al tratamiento? |
| Ambiente en casa | - ¿Cómo es el ambiente en casa? - ¿Tiene su propia habitación? |
| Hermanos | - ¿Tiene hermanos? ¿Cómo se lleva con ellos? - ¿Han tenido o tienen el mismo problema? |
| Amistades | - ¿Tiene amigos? ¿De qué edades? - ¿Cómo se lleva con ellos? |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Relaciones con los padres | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se lleva con su madre? ¿Y con su padre? - ¿Quién pasa más tiempo con él? ¿Hacen actividades con su hijo? ¿Cuáles? ¿Hablan con él? ¿Cuántas horas dedican a jugar o hablar con su hijo? - ¿Están de acuerdo en la manera de educarlo? - ¿Se porta mejor con alguno de los dos? Si es así, ¿con quién? ¿Por qué? ¿Cómo lo consiguen? |
| Intereses del niño / a | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué suele hacer en su tiempo libre, estando solo o acompañado? - ¿Qué actividades le gustan más? ¿Y menos? |
| Funcionamiento cognitivo | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene dificultades para aprender? - ¿Entiende lo que se le dice? |
| Colegio | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo le va en el colegio? ¿Le gusta ir? - ¿Saca buenas notas? ¿Han recibido quejas de profesores? ¿Qué opinan éstos de lo que ocurre? ¿Qué tal se lleva con sus compañeros? |
| Otros problemas | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene o ha tenido algún otro problema que no se haya comentado? ¿Problemas de alimentación? ¿De sueño? ¿De control de esfínteres? ¿Miedos? - ¿Presenta o ha presentado problemas médicos o lesiones anteriormente? - ¿Qué cosas hace de forma autónoma? (vestirse, lavarse, comer...) “Si se sospecha que el niño tiene un trastorno específico, el entrevistador podría preguntar acerca de conductas estereotipadas, rituales o conductas de dañarse a sí mismo. |
| Motivación para el tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Están ambos padres dispuestos a colaborar para alcanzar los objetivos? ¿Y el niño/a? - ¿Qué cosas les suelen motivar para hacer las cosas? |

Hoy por suerte, la palabra psicólogo se oye en los grupos de WhatsApp de padres, en profesores y entre, incluso, los propios alumnos desde la educación primaria. Esto sitúa el hecho de acudir al psicólogo como algo dentro de la “normalidad” pero, a su vez, si preguntamos entre los padres sobre qué hace el psicólogo infantil obtenemos respuestas como: Juegan, leen cuentos, dibujan, nos mandan deberes para hacer en casa. Todo ello son técnicas a través de las cuales llegamos a encontrarnos con sus hijos/as, y con los propios padres a veces.

2.¿CÓMO LE DIGO QUE VAMOS AL PSICÓLOGO?

En este punto, objetivo del artículo, creo que es relevante la información previa que le hemos dado al niño/a, que irá acorde siempre a su edad y a su desarrollo evolutivo. Muchas veces los padres infravaloran la información que pueden dar conocer o no a sus hijos porque creen que no van a entenderla o no son lo suficientemente maduros. Sin embargo, no olvidemos que seguramente los propios niños son los primeros que notan que algo no va bien. Es mejor que explicarles que somos también conscientes de ello y que es algo natural, a negar su existencia y que ellos acaben construyendo la creencia: “Hay algo malo en mí”. Llevarles al psicólogo es ir al especialista, de la misma manera le llevamos al dentista o al pediatra. Es aceptar que algo pasa, tomar el control como padres sobre ello, lo que es en sí mismo terapéutico, y buscar la mejor solución.

En este momento es donde considero importante que les informemos que vamos a un especialista que va a acompañarle a encontrar las posibles soluciones a lo que le ocurre, pudiendo decidir otras formas diferentes o alternativas, o enseñarnos a todos cómo hacer para... Es importante no poner todo el foco sobre el niño/a. Ya que de cierta manera no sólo él cambiará cosas; también el sistema familiar es importante que cambie desde pautas, maneras de dialogar o comunicar, etc.

3. ¿QUÉ HARÁ EL PSICÓLOGO?

De nuevo, en un lenguaje adaptado creo que es importante darles información sobre: dónde irá; qué día y a qué hora; cuánto estará; que el primer día va para conocerle.

Volviendo a la fantasía del niño/a y de los padres, en mi experiencia pido a los padres que el primer día, los niños traigan, o bien que escriban o dibujen, qué esperan encontrarse, cómo les gustaría que fuera su psicoterapeuta, qué necesitan de él/ella, e incluso qué soluciones cree que le va a dar. La mayoría de las veces da una información muy interesante para analizar y que podemos trabajar el primer día para comenzar a establecer el vínculo e incluso podemos utilizarlo para tratarlo con los padres. A su vez, baja la ansiedad, de ambas partes ante el prejuicio, los estereotipos y las expectativas; siendo una oportunidad para la propia autodefinición del niño o niña. A unos sobre cómo o qué decirles que van a hacer en el psicólogo y a los propios niños les da la oportunidad, sin aún haber venido, de sentirse escuchados, despertar su curiosidad, indagar desde su propia idea sobre quién es el psicólogo y qué hace

4. CULPA Y VERGÜENZA.

En la terapia con niños realizamos un proceso donde surgen la vergüenza y la culpa. Dos emociones culturales (Ruiz de la Rosa, J. 2013) muy relacionadas con la concepción cultural, estereotipos y expectativas pertenecientes a la sociedad donde el individuo se desarrolla y por tanto, de la qué es influido.

Los niños llegan sintiendo que “Hay algo malo en mí” por lo cual vengo, por lo cual me siento culpable e incluso pueden sentir vergüenza y de ahí lo difícil a poder hablar sobre ello, aunque a la vez sea una forma de lograr ser visto o reafirmar su identidad. Por otro lado, los padres que, en un principio traen a su hijo porque tienen la creencia o convicción de que “hay algo malo en él/ella” (su hijo) pero que a la vez indirectamente como padre “hay algo malo en mí”, que no he sabido ser buen padre, no lo he hecho bien y pueden igualmente sentir vergüenza de ello. Esto puede ser motivo de abandono de la terapia. Por ello, desde nuestra labor como psicólogos infantiles actuaremos desde el cuidado para no caer en la crítica y validaremos las importantes razones por las que han actuado así, de la mejor manera que sabían; al mismo tiempo que valoramos conjuntamente alternativas que vamos encontrando en el proceso.

La vergüenza y la culpa son dos emociones muy potentes de las cuales, como psicoterapeutas, debemos ser muy conscientes de su posible influencia a la hora de llevar a cabo el proceso psicoterapéutico y cómo pueden incidir. Buscando información sobre ello me encuentro que la vergüenza también puede aparecer relacionada con la arrogancia:

La vergüenza y la arrogancia son mecanismos de protección que ayudan al individuo a evitar la vulnerabilidad por la humillación y la pérdida de contacto en la relación. Cuando la relación está empañada por la crítica, el ridículo, la culpa, el definir, el ignorar u otras conductas humillantes, el resultado es un incremento de la vulnerabilidad en la relación. (Erskine, R. 1997).

En Corral y Amor (2001, p.907) la culpa es definida como positiva, ya que posibilita la toma de conciencia del individuo (saber que ha hecho algo malo) y facilita los intentos de reparación. Podemos hacer la diferencia entre la realidad de quién realmente ha hecho algo malo o la sensación de que se ha hecho algo malo, aunque el individuo lo viva como real. Sin embargo, lo fundamental es que ambas posibilitan la reparación abriendo la posibilidad de cambios.

La información anterior la considero a su vez reparadora para nuestra labor en psicoterapia infantil, donde en nuestra consulta, como hemos mencionado, encontramos por un

lado la vergüenza y la culpa de los hijos/as, que entran con una etiqueta con la que autodefinirse, o buscando ponerle nombre; y por otro, la vergüenza y la culpa de los progenitores, donde tenemos presente y anticipamos que el N puede sentirse criticado o cuestionado implícitamente, y a su vez que tiene deseos de ser escuchado y participar.

De nuevo, recorro a Erskine (1997) donde recoge que “un enfoque psicoterapéutico de contacto en la relación potencia la sensación de OKness (estar bien) en la persona”. Por tanto, esa vivencia de “No Ok” que progenitores e hijos/as traen a la terapia en forma de culpa o vergüenza, arrogancia en cualquiera de sus combinaciones es tratada por la cura que otorga la autenticidad de la relación terapéutica de forma directa con los hijos/as y de manera indirecta con los padres.

5. CONCLUSIÓN

En este artículo mi objetivo ha sido poner de relieve como el acto de ir al psicólogo, aunque influido por el contexto de la cultura y los prejuicios implícitos que aún siguen imperantes en nuestra sociedad, puede convertirse en un acto natural y significativo de salud, donde los propios miedos y prejuicios de los padres, al tomar conciencia de su existencia, permitan que sus hijos/as puedan vivirlo de manera diferente. Lo considero un primer paso de toma de conciencia y un primer movimiento en el sistema familiar, que es consciente de la necesidad de un cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- ARMADA, A. (2016) *Terapeutas desde la infancia*. Almería. El círculo rojo.
- BERMEJO BOIXAREU, M. (2017) *¿Quién es el psicólogo?*. Colegio oficial de psicólogos de Madrid.
- BONNAUD, H.(2014) *El Inconsciente del niño*. Madrid. Gredos.
- ECHEBURÚA, E., DE CORRAL, P. y Amor, P.J. (2001). “Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa”. *Revista de Análisis y Modificación de Conducta*, (27), 116, 905-929.
- ERSKINE, R. G. (1997) *Shame and Self-Righteousness: Transactional Analysis Perspectives and Clinical Interventions. Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis*. San Francisco:TA Press. Recuperado de <http://www.integrativetherapy.com/es/articles.php?id=26>
- MORALES PILLADO, M. ET AL.(2015) *Guía de Intervención clínica Infantil*. Centro de Psicología Aplicada (CPA) y Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
- RUIZ DE LA ROSA, J. (2013) *Vergüenza y Culpa*. Gestalt. Psicoterapia y formación. UNED.
- STEINER, C (1991). *Los guiones que vivimos*.Barcelona. Kaidós.

RAQUEL MONTERO LEÓN

Licenciada en Psicología

Psicóloga general sanitaria y psicoterapeuta analista transaccional integrativo.

Especialista en psicoterapia por EuroPsy

Miembro de la asociación de profesionales de psicología humanista y análisis transaccional, APPHAT

raquel.ml@copc.cat