Historia de la clínica infanto juvenil - 1° Clase

¿En qué momento sociocultural nos encontramos hoy para realizar la clínica con niños y jóvenes?

Realidad mediática

“¿Cómo distinguir funciones patológicas de modalidades subjetivas que cobran cada vez mayor protagonismo en la actual escena social y que podrían corresponder a novedosas conformaciones subjetivas acordes con los tiempos de fluidez?” (Sternbach, 2007).

“Cada época histórica construye sus propias clasificaciones de lo normal y lo patológico”

“En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz grafito” (Bleichmar, 1998)

Responsabilidad profesional en el presente y el futuro.

El diagnóstico construye brújula para el trabajo terapéutico. No categoría estática inamovible que reduce posibilidades del niño.

Cuando falla el anclaje de la historia...

|  |  |
| --- | --- |
| Edad antigua: Educación espartana. | Ilustración: El aporte de Rosseau y Emilio. |
| Edad media: Infanticidio, abandono y explotación laboral. | Revolución Francesa: Generación de políticas públicas. |
| Tiempos Modernos: Revolución Industrial generó numerosos cambios. | |

Políticas sociales de Taigeto a Ginebra

* 1924: Derechos del niño en Ginebra
* 1959: Declaración universal de los derechos del niño. Médicos, religiosos y educadores
* Gilberto Jofre (1409): Hospital psiquiátrico
* Abad di L ́Epee (1712-1789): Lenguaje de sordos, el resultado fue el encapsulamiento institucional.
* Pestalozzi (1746-1827): Continuidad del cuidado
* Froebel (1783-1852): Crea el kinder.
* Psiquiatría: Paris y un hecho histórico
* Pinel: clasificación de enfermedades mentales.
* Esquirol: diferencia entre psicosis y demencia.
* Itard y Víctor: niño salvaje de Avegron
* Seguin: “Tratamiento moral, higiene y educación de los idiotas y otros infantes erráticos”.

**Tratados y clasificaciones**

Niños y centros:

1. Emminghaus: separación adulto/infancia, clasificación, causas psicológicas y orgánicas, tratamiento delincuencia juvenil.

¿Cómo se construye el concepto de infancia hoy?

Partimos de la idea de que se llega a ser padre o madre en una labor de construcción que se denomina “trabajo de la parentalidad” (Wemengel, L., 2009), que refiere al sostén efectivo y afectivo, a la crianza, a la transmisión de la cultura, los deseos, los miedos y los fantasmas y el índice libidinal que permitirá la transformación de ese cachorro en un sujeto deseante, a lo largo de un período prolongado de tiempo, en el cual habrá que tener la disponibilidad libidinal para que esto ocurra.

Esta labor entonces, generará un proceso de transformación tanto en los pequeños como en los adultos, ya que habrá un antes y un después de convertirse en padre ó madre, que se sostendrá a lo largo de la vida.

“Lo actual”, entonces, remite tanto al tiempo histórico que nos toca vivir como al concepto psicoanalítico que se refiere a los pequeños y grandes pasajes al acto, a los fracasos en la posibilidad de simbolizar, o sea a la dificultad de tramitar simbólicamente las situaciones vividas.

Llevada esta idea al campo intersubjetivo, es precisamente debido a la falta del necesario amparo proveniente del mundo adulto que el pequeño, en numerosas oportunidades, no encuentra Otro que lo sostenga y le brinde los elementos para procesar aquellas situaciones que lo exceden en sus posibilidades psíquicas.

Modelos teóricos en la clínica infanto juvenil – 2° Clase

**Modelo psicoanalítico:** Explora los dinamismos inconscientes que organizan el comportamiento de un individuo, su iden5dad y su relación con el entorno.

Esta dimensión inconsciente considera un espacio interno simbólico y presimbólico no accesible al ejercicio de conciencia del individuo, albergando esta dimensión los conflictos intrapsíquicos, traumas y carencias que al individuo le resultan dolorosos, rechazables o peligrosos recordar o contactar.

Distintasescuelas: Freud (Hans), Anna Freud (ego psychology), Melanie Klein (R.O), Dolto, WinnicoM (middle group)

Análisis de transferencia

Series complementarias.

Actual: modelo intersubjetivo.

**Modelo sistémico:** Realidad familiar del paciente y los vínculos familiares (influencia psicoanálisis)

Rol de la familia en cura de pacientes psiquiátricos: pautas familiares de funcionamiento en torno a la enfermedad.

Teoría general de sistemas: un sistema es un conjunto de elementos que interactúan dinámicamente de manera que el estado y funcionamiento de cada elemento están determinados por el estado y funcionamiento de cada uno de los demás elementos integrantes del conjunto.

Homeostasis: regulación del sistema mediante feedback.

**Modelo sistémico -** Primera cibernética

Fenómenos de la comunicación: doble vinculo.

El modelo sistémico ayuda a comprender que cada familia busca un equilibrio, organizando sus interacciones y roles y manejando sus conflictos de manera de alcanzar cierta estabilidad (paciente chivo expiatorio).

Interrogatorio circular: preguntar a las familias en la que el terapeuta promueve una mirada sistémica del problema, al poner los hechos en interrelación en la secuencia de interacción de la familia.

Modelo intergeneracional (Andolfi).

Intervenciones paradójicas: rompe la lógica de los consultantes permitiéndoles ver su realidad desde una perspec5va novedosa e inesperada, con lo que se activan nuevas miradas, recursos y posibilidades y se desac5van viejas y desgastadas comprensiones que llevan intentos fracasados de solucionar los problemas.

**Modelo sistémico** - Segunda cibernética

No hay conocimiento obje5vo en cuanto cada uno puntua, lee o interpreta desde sus referentes.

Relación terapéutica.

Constructivismo: agente activo.

**Modelo cognitivo constructivista:** Paradigma piagetano: integra fundamentos teóricos que explican y orientan los cambios terapéu5cos, y a la vez, entrega una aproximación evolutiva que permite considerar la especificidad de cada etapa del desarrollo humano en la planificación de las intervenciones clínicas.

Creación de sistemas de representaciones internas o cogniciones que son resultado de las experiencias previas de la persona en la interacción con la realidad.

Etapas del modelo:

* Análisis del problema: significación para el niño y su medio familiar, escolar y social.
* Planteamiento de metas de la psicoterapia y objetivos terapéuticos.
* Proceso psicoterapéutico

Proceso terapéutico:

1. Narrativa o unidad del sí mismo
2. Acción o integración del sí mismo
3. Diálogo o Integración con otros.

**Modelo ecológico social de los buenos tratos:** Importancia de losprofesionales de lainfancia como promotoresde buenos tratos yresiliencia.

Ejes de la intervención terapéutica:

Eje 1: Evaluación y rehabilitación de las incompetencias parentales.

Eje 2: El cuidado y autocuidado de los profesionales que trabajan en los programas de protección infantil.

Eje 3: La evaluación y tratamiento del daño en los niños y niñas provocado por los malos tratos.

**Modelo ecológico social**

“Como profesionales de la salud, nuestra finalidadúltima es la co-construcción de modelos de relaciones interpersonales, familiares, profesionales y sociales quesean altruistas, de cuidados y de buen trato. Estas relaciones constituyen la base de moléculas socialescuya cohesión se basa en la vinculación amoroso, en la reflexión permanente, en una ética del riesgo y en una práctica de defensa de los derechos humanos y delrespeto a la naturaleza”

Proceso del trabajo terapéutico:

1. Análisis del contenido y contexto de la demanda.
2. Fase de recopilación de información
3. Convocatoria de la red de profesionales.
4. El rito de la derivación
5. Fase de valoración
6. Fase de finalización

Consejos prácticos para el ejercicio de terapia de niños y adolescentes:

* Escuchar mucho lo verbal y no verbal
* Tener una mirada integrada del desarrollo del paciente
* Incluir siempre a los padres directa o indirectamente
* No aferrarse a conseguir un cambio especifico al punto de dejar de ver las otras cosas que están pasando.
* Mantener una actitud diferenciada
* No temer al dolor del paciente o al propio
* Permitirse la libertad de expresión, pero hablar lo justo
* Centrarse en el paciente, y no en las ideas o intereses propios.
* No intelectualizar, no adoctrinar ni dar lecciones.
* No sentir superioridad moral ni juzgar
* Hacer devoluciones sinte5cas, con compresiones empáticas.
* Utilizar un lenguaje apropiado para el paciente.
* No centralizar al paciente cuando se vea a la familia completa.
* Armar con el paciente lecturas más completas e integradas de la experiencia vital asociada al motivo de consulta.

Consejos prácticos para el ejercicio de terapia de niños y adolescentes:

* Cuidar de no desarmar al paciente si no va a poder contenerlo después.
* Responder a la angus5a, a la culpa y a la rabia lo antes posible.
* Infundir confianza
* Recoger los puntos de urgencia y mantener el foco
* Aliarse con las resistencias y rechazos del paciente, no ir en contra de ellos.
* Ubicar la queja dentro de un contexto de realidad que incluya las dificultades, pero también los recursos, logros y potencias.
* Hacer sistémico el síntoma del paciente.
* Hablar de lo no dicho en la relación terapeuta-paciente. Clarificar expectativas poco realistas y sentimientos no explicitados.
* Clarificar encuadre y roles.
* Decir las cosas que hay que decir sin disminuir a la otra persona. Rescatar la buena intención o el lado amoroso o benéfico del comportamiento del paciente.

Las particularidades de la clínica infanto-juvenil – 3° Clase

Motivo de consulta: Entrevista con padres y niño. Motivo de consulta latente y manifiesto. Construcción de hipótesis

Encuadre: Contrato y encuadre No es lo mismo. El contrato incluye variables del encuadre, pero no todas. Sólo se formulan algunos. Encuadre es más que contrato. Es una disposición especial de la mente del terapeuta.

Función del encuadre: Desarrollo de la relación terapéutica (alianza terapéutica, transferencia y contratransferencia). Proteger al terapeuta. Pues el paciente puede demandar más de lo que el terapeuta puede dar. Winnicott: Destaca cualidad sostenedora del encuadre. El marco proporciona un espacio transicional en el que el paciente puede sobrellevar una transición curativa. Se hace así posible la regresión que le permite en verdadero self asumir su desarrollo impedido por las fallas ambientales.

Rupturas del encuadre: Interrupciones. Deudas. Cambios de lugar, horarios. Comunicaciones de los padres sin aviso. Reemplazo de sesiones.

**Transferencia y Contratransferencia**

**Fenómeno general universal** de unir el pasado con el presente mediante un falso enlace que superpone el objeto originario con el actual.

**Superposición** vinculada a objetos y deseos pretéritos inconcientes donde el afecto no aparece ajustado a la situación real (algo irracional).

Los **impulsos**, deseos, sentimientos y deseos actuales no se pueden explicar en términos de aspectos reales de la relación, y en cambio sí relacionados con el pasado.

Contratransferencia: Winnicott (1947) clasifica los fenómenos de la contratransferencia:

Sentimientos contratransferenciales anormales, en función de conflictos no resueltos y reprimidos del terapeuta. Sentimientos e identificaciones. Contratransferencia en base a las experiencias y al desarrollo personal, propio de cada terapeuta. Aportan un marco adecuado y profesional a su trabajo.

La contratransferencia objetiva: el amor y el odio que siente el terapeuta como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente.

Es importante diferenciar la reacción al paciente como un todo, de lo que sería la contratransferencia real que se produce en la situación analítica e incluye: la transferencia del paciente el material que trae la transferencia del paciente al terapeuta.

**Interpretación**

Intervenciones del terapeuta: No todo es interpretar, también hay otras formas en que se interviene y que no necesariamente son la interpretación.

Echegoyen: Existen 2 tipos de instrumentos:

1. Instrumentos que dan información (interpretación) -> debe existir una alianza, y se realiza no sólo al niño sino también a los padres.
2. Instrumentos que recaban información (a través de preguntas)

Lugar de los padres: Las consultas con los padres transmiten historias (PieraAulagnier). Historias estructuran e identifican. Construcción del relato sobre el niño. En padres divorciados ellos definen el encuadre.

“El relato que los padres realicen sobre la vida del hijo es clave para pensar las vías identificatorias que le han sido propuestas a ese niño, los deseos que se han jugado con él, las posibilidades de transmitir o no el anhelo de que él viva y crezca”

**Psicoeducación**: Ayuda a resolver en los pacientes y sus familias prejuicios, ideas irracionales, mitos y estereotipos asociados a determinadas patologías psíquicas, con lo cual se disminuyen ansiedades y actitudes que representan verdaderas barreras para el tratamiento.

Capacidad de elaboración de los padres o familia del diagnóstico del niño. Intervención complementaria: diálogo reflexivo. Varía en función del contexto y psicopatología.

**ALIANZA TERAPEÚTICA**

“El primer objetivo del tratamiento es ligar al paciente a la cura y a la persona del médico” (Freud, 1913). Compromiso que establecen las partes más maduras del YO del enfermo con el terapeuta para colaborar a su curación. Apoyo y trabajo en común.

Se trata de un fenómeno más racional que se da entre ambos componentes del vínculo y que está facilitado por el encuadre.

Uso de Test psicodiagnósticos: Importancia de la planificación de la batería y proceso de entrevista (Almonte y Montt, Capitulo 51). Algunos errores comunes: prolongación del proceso. En los niños se recomienda: 1. Hora del juego diagnóstica, 2. Test gráficos, 3. Rorschach y Desiderativo, 4. CAT o TAT en niños con tendencia a la intelectualización y rechazo a estímulos más infantiles.

En los adolescentes: 1. Test gráficos, 2. Rorschach y Desiderativo, 3. TRO o TAT.

El **dibujo**: del garabato a la historieta

ANÁLISIS DEL DIBUJO

1. El tipo de movimiento
2. Intensidad del trazo
3. Uso del espacio de la hoja
4. Si se pinta o no y cómo
5. Momento de la sesión y en qué secuencia se da
6. Asociaciones verbales que realiza el paciente
7. Otras asociaciones
8. Si borra y no, cuándo y qué borra
9. Qué se reitera
10. Cuándo se interrumpe el dibujo
11. Cuál es el estado afectivo del niño mientras dibuja

Dibujo: aportes construccionistas

El dibujo se utiliza para ilustrar el trabajo realizado y llevar a imágenes, lo cual facilita la reorganización de pensamiento y sentimientos y muestra la visión de la realidad.

Se les puede pedir que dibujen: su problema, algo que les dio rabia, cuando se sintió avergonzado, lo peor que le ha pasado, lo mejor que le ha pasado, algo triste, una familia, como se siente en determinada situación, etc.

También se pueden utilizar técnicas de psicodiagnostico gráfica: figura humana, familia, persona bajo la lluvia, HTP.

El juego en la clínica con niños: Para el niño “la actividad lúdica es su forma de expresión propia, así como el lenguaje verbal lo es del adulto” Ocampo. òWinnicott lo define como una actividad que ocurre en el espacio transicional.

Características del juego: El juego es una actividad narrada, tiene un comienzo. Un desarrollo y una finalización. Favorece la creatividad y la sublimación. Es absorbente y gratificador, es decir en condiciones. Normales se desarrolla dentro de un afecto positivo. Se inicia espontáneamente. Refleja cómo es cada niño de acuerdo a la forma en que este se desarrolla, por lo tanto dentro del contexto terapéutico o psicodiagnóstico sirve como herramienta para identificar la existencia de patologías.

Juego como herramienta diagnóstica y terapéutica: Dentro de las técnicas utilizadas en la terapia y el diagnostico de niños se encuentra el juego, que debido a su carácter de lenguaje de la infancia ofrece todas las posibilidades para que la comunicación entre el niño y el adulto que lo acompaña se manifieste: Se trata entonces de instrumentalizar sus posibilidades comunicacionales con el fin de conceptualizar luego la realidad que nos presenta” (Ocampo, 2003)

Hora de Juego Diagnostica: Se propone que la observación del juego del niño se desarrolle dentro de la hora de juego diagnostica, ya que esta “constituye un recurso o instrumento técnico que utiliza el psicólogo con el fin de conocer la realidad que el niño trae a la consulta” (Ocampo).

Al ofrecerle al niño la posibilidad de jugar en un contexto particular, con un encuadre dado que incluye espacio, tiempo, explicitación de roles y finalidad, se crea un campo que será estructurado básicamente en función de las variables internas de su personalidad.

Indicadores para el análisis:

Elección de juguetes y juegos: se puede observar como el niño se acerca a los juguetes, de forma dubitativa, dependiente, evitativa, de observación a distancia, de irrupción brusca. Además se puede observar que juguete elige y contrastarlo con el periodo evolutivo que cruza y la problemática señalada como motivo de consulta. Por otro lado permite la observación sobre la narrativa del juego.

Modalidad de juego: se puede observar la plasticidad, estereotipia o rigidez con que juega.

Personificación: posibilidad de asumir y adjudicar roles en forma dramática de acuerdo con la etapa evolutiva.

Motricidad: adecuación de esta con la etapa evolutiva.

Creatividad: capacidad para relacionar elementos dispersos en un elemento nuevo y distinto con cierto grado de gratificación.

Capacidad simbólica: se puede observar si la angustia producto de la conflictiva altera o no la función simbólica del juego.

Tolerancia a la frustración: se puede observar a través de la aceptación o no de la consigna, es decir de los roles, el tiempo y el espacio. Refiere a la posibilidad de actuar de acuerdo a la edad cronológica y de aceptar la situación diagnostica demostrando comprensión y aceptación de la consigna.

Una vez analizados estos indicadores podemos identificar la principal conflictiva del niño, identificar su juego de acuerdo a la patología que presenta y conocerlo en diferentes facetas de su personalidad.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Psicótico | Neurótico | Normal |
| Adecuación a la  realidad | Carece de  adecuación por  falta de  discriminación de  la realidad como tal | Reconocimiento  parcial, escotomas  en función del  conflicto | Buena capacidad  de adaptación |
| Elección de Juguetes y juegos | Responde a una  intencionalidad de  estructuración psicótica | Determinado por el  área conflictiva | En función de  necesidades o  intereses propios de  la edad |
| Capacidad simbólica | Ecuación simbólica.  Actuación directa  de las fantasías | Compulsión a la  repetición | Posibilidad de expresar las fantasías a través de la actividad simbólica con mayor riqueza |
| Modalidad de juego | Estereotipia-perseverancia-  rigidez-etc. | Alternancia en función de las defensas predominantes | Rico-fluido-plástico |
| Motricidad | Movimientos o gestos bizarros. Cambios bruscos sin relación con el contexto.  Inhibición-autismo. | Variable | Adecuada |
| Creatividad | No existe como posibilidad yoica.  Producción original. | Disminuida; depende  del grado de síntesis  yoica. | Buena, en función de su libertad interna. |
| Personificación | Personajes crueles y terroríficos con gran carga de omnipotencia. | Personas más cercanos a la realidad, más discriminación que el psicótico.  Fijeza en la adjudicación de roles. | Mayor fluidez.  Posibilidad de intercambiar roles.  Asumir y adjudicar. |
| Tolerancia a la  frustración | Predomina elprincipio de placer.  Mínima. | Bajo umbral o sobre adaptación. | Capacidad de tolerar,  modificación de la realidad sin sometimiento |

El juego desde la perspectiva construccionista: Narración por la acción. Estas técnicas pueden ser utilizadas indistintamente en un proceso de evaluacióncomo dentro del proceso terapéutico. Las técnicas son las mismas, lo único quecambia es el objetivo y la manera de utilizarlas.

Los materiales sugeridos son:

- Set de figuras de personas en distintos roles y edades (papa, mama, niño, niña,bebe, abuelo, abuela, hombre, medico, profesora, mujer, etc).

- Edificación de colegios, casas, hospitales, cuartel de bomberos, castillos, medios detransporte, entre otros.

- Set de muebles de muñecas

- Soldados en miniatura y equipo de guerra.

- Equipo médico (martillo, caja de pastillas, termómetro, inyecciones, estetoscopio,etc)

- Animales de granja, selva y bosque.

Tipos de juegos:

Juego espontaneo: el niñomantiene sus espacios delibertad y de opción, eligiendo actividades a su antojo. El terapeuta soloaparece como espectador.

Juego guiado: crealibremente pero elterapeuta participa,sugiriendo alternativas deacción, para flexibilizar losesquemas del niño.

Juego directivo: se sugierela temática y materiales autilizar. (Queremos que elniño desarrolle temas enparticular)

Juego estructurado:aprendizaje de reglas,pueden ser preguntas oelementos que permitan ladiscusión de pensamientoy sentimientos.

Cronología de los principales modos de comunicación con el niño ensituación clínica (Marcelli y Ajuriaguerra)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Hasta los 3años | 3 a 7 años | 7 a 11 años | 11 a 13 años | Más de 13años |
| Juegos | +++ | ++ | + | - | - |
| Diálogos  imaginarios | ++ | +++ | + | - | - |
| Dibujos | + | ++ | +++ | - | - |
| Diálogo  tipo adulto | - | - | + | ++ | +++ |