

Archivos hace 75 años

Consultorio de Higiene Mental. Instituto de Pediatría
Profesor: Dr. Juan P. Garrahan

PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA

POR LA

DRA. TELMA RECA DE ACOSTA

La psicoterapia, como recurso único, o, casi siempre, como elemento primordial o coadyuvante en el tratamiento de los problemas de conducta y neurosis infantiles, se ha abierto paso y afianzado, en especial en los últimos 15 años.

Pueden dar una idea de la actual extensión del uso del método las cifras que consignan Healy y Bronner en su obra "New light in delinquency and its treatment", en la que describen la obra desarrollada por el "Judge Baker Guidance Center". Esta clínica es una de las más prestigiosas entre las que se dedican en Estados Unidos al estudio y tratamiento de los trastornos de conducta, en vinculación con los tribunales juveniles. Empleaba otrora, casi exclusivamente, como método de trabajo, además del tratamiento médico del niño, la variación de las condiciones del ambiente. Según los datos analizados en la obra citada, en el último período 31 % de los niños asistidos fueron objeto de psicoterapia intensa —más de 10 entrevistas— 49 % de tratamiento psicoterápico ligero —menos de 10 entrevistas— y tan sólo en 20 % de los casos no se empleó la psicoterapia.

Conviene precisar, ante todo, las finalidades y el significado del proceso psicoterápico en la infancia. El hecho de que el niño es un ser en evolución formativa confiere, en efecto, una fisonomía particular a este proceso. Se ha dicho, con razón, que la infancia "es la edad de oro para la higiene mental". Esta afirmación contiene, implícito, el concepto de que la labor psicoterápica en el niño no puede detenerse en el momento de la desaparición o mejoría de los síntomas que han ocasionado la iniciación del tratamiento. Desde el punto de vista de la higiene mental, hemos de mirar todo trastorno psíquico o de conducta como una alteración o desviación del desarrollo normal, como una incidencia patológica en la evolución de un niño dado. Esta alteración, que causa anormalidades de comportamiento en cierto momento, importa sobre todo porque, de persistir y no modificarse, obstaculizará la estructuración normal de la personalidad de ese niño, que no podrá alcanzar una madurez armónica y equilibrada ni, por lo tanto, adaptarse totalmente a la vida en sociedad, en el futuro.

Con respecto al contenido y a la acción del proceso mental que se

desarrolla en el curso de la psicoterapia, Rogers observa que ésta provoca cambios de dos modos, a la vez. En primer término, prodúcese una descarga y una liberación de los obstáculos, conflictos y bloqueos afectivos, que inhiben la evolución y la maduración normales. En segundo término, paralelamente, se efectúa un proceso de educación.

El concepto sobre psicoterapia debe, en lo fundamental, su presente formulación, a no dudarlo, a las doctrinas y comprobaciones de la psicología profunda y, muy en particular, a las teorías de Freud y sus discípulos sobre la estructuración y la dinámica de la personalidad humana. Afirma Levy a este respecto, con autoridad, que, en los primeros tiempos del funcionamiento de las clínicas de conducta infantiles, al considerar el “conflicto mental” como origen de anormalidades de comportamiento, se lo describió como un resultado o una reacción frente a determinadas influencias externas. Hoy el punto de vista freudiano ha trasladado de fuera a dentro el estudio de la motivación de la conducta. La pregunta: “¿Qué influencias obran sobre el niño?” ha sido sustituida por: “¿Cómo está elaborando el niño estas influencias?”

Esta variación en el planteo del problema hace posible, al lado del tratamiento por cambios del ambiente, la psicoterapia, que descubre el dinamismo afectivo interior del niño, e incide directamente sobre la estructuración de su personalidad.

Algunas condiciones determinan la elección de los casos. El nivel mental ha de ser normal o aproximadamente normal. Las edades preferidas son los años escolares y la adolescencia, aunque, a veces, puede hacerse psicoterapia en la edad preescolar. El ambiente donde vive el niño no ha de ser en extremo anormal.

Los métodos usados varían, según las edades y los casos. El tratamiento se verifica, en general, mediante entrevistas individuales, entre el niño y el médico.

Roger clasifica estos métodos, en conjunto, en cuatro grupos:

1º Terapias educativas (en especial aclaración de temas, origen de conflictos).

2º Terapia por influencia personal (sugestión, persuasión, etc.).

3º Terapias expresivas.

4º Terapias profundas.

Nos interesan, sobre todo, las dos últimas.

En las diversas formas de la terapia expresiva, el tratamiento consiste, fundamentalmente, en la expresión de sentimientos y conflictos por parte del niño. Ello puede hacerse verbalmente, o mediante el juego, la dramatización o la expresión plástica (modelado, dibujo, etc.).

En los años próximos a la adolescencia, gana terreno la entrevista verbal. En las edades menores, el juego o la expresión plástica.

En la terapia profunda —psicoanálisis, poco usado, o terapia a través de una relación controlada, en la que se utilizan numerosos elementos

procedentes del campo de las investigaciones psicoanalíticas— el tratamiento se desarrolla en numerosas entrevistas verbales, y el médico tratante asume, en el proceso, un papel de importancia mayor que en la terapia expresiva. En general sólo cerca de la pubertad y en la adolescencia puede utilizarse este tratamiento.

El gran vuelo alcanzado en los últimos años por la terapia por juego obliga a considerarla con mayor detalle.

Usado por Anna Freud como medio de observación y comprensión del niño, sobre todo, el juego pasó a ser, en manos de Melanie Klein, un procedimiento de psicoanálisis del niño, en todas las edades, semejante o equivalente a la asociación libre del adulto, y objeto, por parte de ella, de inmediatas interpretaciones analíticas.

Psiquiatras estadounidenses, salidos de la escuela psicoanalítica y de la escuela psicobiológica de Meyer, han elaborado una serie de técnicas de juego, con indicaciones cada vez más precisas, y resultados en extremo favorables, en cuanto podemos juzgar a través de sus experiencias y de las nuestras propias.

El juego comprende manipulación de muñecos, objetos, juguetes, dibujo, modelado y expresiones plásticas diversas.

Esquemáticamente, dos son las principales técnicas:

- 1º Juego dirigido, o en condiciones controladas.
- 2º Juego libre.

En el juego libre, el niño actúa en forma completamente espontánea. El observador intercala, en momento oportuno, reflexiones o interpretaciones que juzga necesarias para la comprensión de los problemas del niño por parte de éste mismo.

En el juego controlado, se presenta al niño, con muñecos, una escena que, de acuerdo a los síntomas que presenta y a sus antecedentes, se supone que debe tener especial significado para él, y se le pide que haga actuar a los personajes de acuerdo a los sentimientos que les atribuye.

Levy, Conn, Salomon, Bender, Lowrey, Cameron y muchos otros, han utilizado el juego controlado o dirigido para estudio de problemas particulares, como la rivalidad o los sentimientos de agresión entre hermanos, el mareo en el tranvía, los terrores infantiles, etc.

Consideran estos psiquiatras que la psicoterapia efectuada por este procedimiento alcanza, a la vez, la vida afectiva y el pensamiento del niño, permitiéndole, por una parte, descarga de sentimientos, y, por otra, comprensión de sí mismo y de los móviles de su conducta. La descarga disminuye la tensión afectiva, y tiende a la normalización de la conducta y a la desaparición del síntoma, y la comprensión hace posible un mayor dominio del niño sobre sí mismo.

En el Consultorio de Higiene Mental del Instituto de Pediatría utilizamos con frecuencia, y cada vez en mayor número de casos, los diversos

métodos de psicoterapia, y en especial los clasificados por Rogers como psicoterapia educativa y expresiva.

La educativa se cumple, en general, en pocas sesiones, en las cuales es posible poner en claro dudas y conflictos, y dar al niño conocimientos e informaciones necesarias para comprenderlos y resolverlos.

La expresiva, que reviste especial interés, y consideramos como método de elección a esta edad, se realiza mediante juego de muñecos y modelado. Según los casos, utilizamos el juego espontáneo o el controlado.

Relatamos a continuación algunos casos demostrativos:

CASO 1.—Niño de 13 años: Consulta por inapetencia inveterada cuando come en su casa; dificultades escolares, falta de concentración y de interés por sus deberes; conflictos con el padre; timidez, indecisión, escasa iniciativa y capacidad para establecer relaciones sociales.

Es un niño de desarrollo deficiente. Su salud ha sido motivo de preocupación desde muy pequeño. Su padre ha tenido, una actitud crítica, irónica, casi de rechazo, frente a él, desde que nació.

Una hermana, 4 años menor, monopoliza, prácticamente, el afecto del padre, que se ha mostrado siempre tan solícito frente a la niña como indiferente o agrio ante el hijo.

La madre solicita tratamiento psicoterápico, exclusivamente, porque des cuenta que es imposible variar la actitud del padre, y obtener su colaboración.

Si bien la edad del paciente no inclina a la elección del juego, su inhibición y resistencia desaconsejan la entrevista puramente verbal. Se utiliza el modelado con plastilina, proponiendo al niño la creación de personajes que constituyen una familia, y estimulándolo a hacerlos actuar, en diversas situaciones. Durante las primeras sesiones, da expresión, progresiva, repetidamente, y con intensidad cada vez mayor, a sentimientos de hostilidad y agresión contra el padre, simbolizado en uno de los muñecos de plastilina: lo hace víctima de ataques violentos, golpes y vejaciones de toda índole por parte del hijo, y de desprecio por parte del resto de la familia. Modifica luego, gradualmente, sus relaciones con él, e inicia en el juego el planteo y la solución de una serie de problemas escolares, sociales, y referentes a su futura orientación en la vida.

Paralelamente el desarrollo del tratamiento, en la forma descripta, se observa cambio en las actitudes del niño. Desaparece su inapetencia en la casa y su timidez en sus relaciones sociales. Tras un período de aparente agresividad, establece relaciones afectuosas con el padre. Progresa en la escuela, y en general se observa un cambio francamente favorable en todas sus reacciones.

En este caso se ha usado técnica mixta de juego: parcialmente espontáneo, parcialmente sugerido o controlado.

CASO 2.—Niña de 10 años: Padece, desde los 6 años, en forma discontinua, terrores nocturnos, y fobia a cruzar la calle. Es tímida e incapaz de repeler cualquier agresión.

Tiene dos hermanas mayores, de 15 y 12 años, y 2 menores, de 4 y 1 año. El comienzo de sus trastornos coincidió, a la vez, con su internación en un hospital, por difteria grave, y con el nacimiento de un hermano.

La primera entrevista con la niña revela sentimientos hostiles hacia

sus hermanos menores. En las entrevistas posteriores, se utiliza la técnica del juego sugerido o controlado, exclusivamente. Con muñecos, se representa la escena de una madre sentada, con un niño pequeño en brazos, y una niña mayor, que los mira. Se le pregunta, señalando a la niña: “¿qué le parece?”, y se la insta a hacer actuar a la muñeca de acuerdo a los sentimientos que ésta tenga.

Se obtiene, de esta manera, descarga de sentimientos de agresión contra la criatura y contra la madre, realización de deseos de amor y cuidado por parte de la madre, y confesión de sentimientos de culpa y de temor al castigo de Dios “por los malos pensamientos” “¿Cómo puede castigar Dios a la niña?”—se le pregunta—“La puede pisar un automóvil en la calle”, responde. Con la seguridad de que los malos pensamientos no son castigados y la descarga afectiva conseguida, se logra, desde este momento, la desaparición de la fobia a cruzar la calle. La niña está aún en tratamiento, y es nuestro propósito completar la psicoterapia directa con el cambio, dentro de lo posible, de las actitudes familiares que han contribuido a la instalación y mantenimiento del trastorno.

Caso 3.—Niño de 6 años: En el curso de los 5 meses anteriores a la consulta provocó 11 incendios, destruyó ropas, y sustrajo y tiró dinero y alhajas por valor de miles de pesos.

Es un niño hiperactivo, de inteligencia superior. Tiene dos hermanas menores.

Hasta 3 años atrás, la familia vivió en Europa, donde el paciente era niño mimado y objeto de admiración por su precoz inteligencia, por parte de familiares y criados. Asistió a la guerra española en una zona rural. En la Argentina nació, a pocos meses de llegar, la hermana menor, en quien depositó la abuela, residente aquí, todo su afecto.

El padre estuvo separado de los suyos hasta un mes antes de la iniciación del tratamiento. Las travesuras y despropósitos del niño fueron motivo de castigos cada vez más violentos por parte de la abuela y de la madre.

Se utiliza la técnica del juego libre, en 12 sesiones, duración total del tratamiento. A voluntad el niño modela plastilina, dibuja, juega con muñecos, escribe, etc.

En las primeras sesiones, en un juego extraordinariamente activo y violento, da rienda suelta a intensísimos sentimientos destructivos de odio y agresión.

En las últimas sesiones, tras un período de expresión de sentimientos ambivalentes, realiza un juego constructivo, notablemente más estable.

En este caso, la colaboración paterna permitió llevar a cabo, simultáneamente a la psicoterapia, un plan de reeducación en el ambiente familiar.

Fué posible variar las actitudes de la abuela y de la madre, dar al niño seguridad de afecto, cambiar las reacciones frente a su conducta, e iniciarle, poco a poco, en actividades constructivas, en las que, simultáneamente, pudiera descargar sus sentimientos hostiles.

Desde la mitad del tratamiento, y hasta la fecha, la conducta del niño es normal.

En cualquiera de las técnicas de psicoterapia descritas, derivadas o nacidas de la psicología analítica, en el curso del proceso del tratamiento se producen dos hechos paralelos e inseparables entre sí: descubrimiento de los resortes íntimos, la motivación de la conducta y la estructuración

de la personalidad, por una parte, y descarga de los sentimientos y conflictos, por otra parte.

En ningún caso debe pensarse que la psicoterapia por expresión es, simplemente, un método catártico para los sentimientos de agresión u hostilidad, o desensibilizante por repetición de escenas o situaciones generadoras de temor, ansiedad, conflicto, etc. Con la desaparición del síntoma sólo se cumple un aspecto de la acción psicoterápica.

Al psiquiatra y al psicólogo infantil les interesa, en definitiva, normalizar, en cuanto sea posible, la evolución psíquica de su paciente.

De ahí que el tratamiento psicoterápico se alía a los cambios de ambiente y a la reorganización de la vida del niño, y que estos recursos, antes únicos, de tratamiento, aparecen ahora como subordinados al primero, en cuanto éste da el conocimiento necesario para proyectar los otros con sabiduría.

La vasta e interesantísima experiencia extranjera en la materia, y la limitada, pero concluyente, nuestra, nos permite afirmar, en síntesis, que los nuevos métodos de psicoterapia constituyen un recurso de suma importancia para el tratamiento de los problemas de conducta y las neurosis infantiles, y que, por ende, están llamados a tener verdadera trascendencia en el campo de la higiene mental. Asimismo, creemos que su utilización será cada vez mayor en el tratamiento institucional y extra-institucional y en la prevención de la delincuencia infantojuvenil.

CONCLUSIONES

1º. En los últimos años se ha elaborado una serie de técnicas de psicoterapia de los trastornos de conducta y neurosis infantiles.

Entre ellas, el juego espontáneo y dirigido parecen ser métodos de elección para el mayor número de casos.

2º La psicoterapia es, a la vez, método de investigación y de tratamiento. Su finalidad, en la infancia, no es la desaparición del síntoma, sino la restauración del desarrollo normal.

3º Con la psicoterapia debe vincularse la modificación del ambiente y la organización de la vida del niño.

4º La utilización de la psicoterapia y de la asistencia social psiquiátrica permitirá, probablemente, restringir, en el futuro, la internación en instituciones como tratamiento de la delincuencia y los problemas de conducta infantiles.

BIBLIOGRAFIA

- Baruch, D. W.* Aggression during doll play in a preschool. "American Journal of Orthopsych.", april 1941, vol. XI, n° 2.—*Bromberg W.* Psychotherapy in a Court Clinic. "Amer. Journ. of Orthopsych.", oct. 1941, vol. XI, n° 4.—*Conn J. H.* The treatment of fearful children. "Am. Journ. of Orthopsych.", oct. 1941, vol. XI, n° 4.—*Curran F.* Psychotherapeutic problems of puberty. "Am. Journ. of Orthopsych.", July 1940, vol. X, n° 3.—*Durfee M. B.* Use of ordinary office equipment in "Play therapy". "Am. Journ. of Orthopsych.", July 1942, vol. XII, n° 3.—*Falstein E. I.*

Direct psychotherapy in adolescence. Symposium, 1941. "Am. Journ. of Orthopsych.", jan. 1942, vol. XII, n° 1.—*Freud A.* An introduction to child analysis. *Gitelson M.* Direct psychotherapy in adolescence. Symposium, 1941. "Am. Journal of Orthopsych.", january 1942, vol. XII, n° 1.—*Glueck B.* The nature and scope of psychotherapy. Symposium, 1939. "Am. Journal of Orthopsych.", oct. 1940, vol. X, n° 4.—*Healy and Bronner.* New light in delinquency and its treatment.—*Kemble R. P.* Some uses of military authority as psychotherapy. "Am. Jour. of Orthopsych.", July 1942, vol. XII, n° 3.—*Klein M.* The psychanalysis of children. *Levy D. M.* Psychotherapy and Childhood. "Am. Journal of Orthopsych.", october 1940, vol. X, n° 4.—*Mc Graw R. B.* Psychotherapy and the practice of medicine. "Am. Journ. of Orthopsych.", october 1940, vol. X, n° 4.—*Moore M.* General discussion. "American Journal of Orthopsych.", oct. 1940, vol. X, n° 4.—*Newell W. H.* Play therapy in child psychiatry. "Am. Journ. of Orthopsych.", april 1941, vol. XI, n° 2.—*Rogers C.* The clinical treatment of the problem child.—*Rogers C.* Electrically recorded interviews improving psychotherapeutic techniques. "Am. Journ. of Orthopsych.", July 1942, vol. XII, n° 4.—*Roheim G.* Play analysis with Norman Island Children. "Amer. Journ. of Psychiatry", July 1941, vol. XI, n° 3.—*Section Meeting 1940.* Areas of agreement in psychotherapy. "Am. Journ. of Orthopsych.", oct. 1940, vol. X, n° 4.—*Schilder P.* Social organization and psychotherapy. "Am. Journ. of Orthopsych.", oct. 1940, vol. X, n° 4.—*Solomon J. C.* Active play therapy. "Am. Journ. of Orthopsych.", oct. 1940, vol. X, n° 4.—*Symposium 1940.* Techniques of therapy. "Am. Journ. of Orthopsych.", oct. 1940, vol. X, n° 4.—*Thom D. A.* Psychotherapy in practice. "Am. Journ. of Orthopsych.", oct. 1940, vol. X, n° 4.—*Tallmann F. L. y Goldensohn L. N.* Play technique. "Amer. Journ. of Orthopsych.", July 1941, vol. XI, n° 3.