

PSICOTERAPIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Lic. Débora Farberman

RESUMEN

La psicoterapia con niños y adolescentes se ocupa de disminuir el sufrimiento subjetivo, resolver síntomas de conducta y contribuir con el progreso emocional, social y cognitivo durante el desarrollo. Lo hace gracias a la comprensión del modo de sentir y pensar infantil, brindando soporte emocional, ayudando a resolver conflictos interpersonales, y practicando con el paciente soluciones novedosas para problemas repetitivos. Todas las formas de psicoterapia se proponen producir cambios: en el modo de pensar, de sentir, de relacionarse con otros, o de conducirse. En este artículo se abordarán diferentes modelos de abordaje psicoterapéutico. En nuestro medio los más difundidos son el psicoanálisis, la terapia cognitivo-comportamental (TCC) y la escuela sistémica. También se describirá la terapia grupal y la utilización de la tecnología informática y de comunicación (TIC) en psicoterapia de niños y adolescentes. Por último, se brindan pautas orientativas para la elección del tipo de psicoterapia en la clínica.

Palabras clave: psicoterapia, niños, adolescentes.

Medicina Infantil 2017; XXIV: 191 - 198.

ABSTRACT

Psychotherapy in children and adolescents aims to decrease subjective suffering, to resolve behavior symptoms, and to contribute emotional, social, and cognitive progress during development. The method is through the understanding of the way of feeling and thinking of the child, providing emotional support, helping to resolve interpersonal conflicts, and practicing with the patients new solutions for repetitive problems. All types of psychotherapy propose to produce changes in the way of thinking, feeling, relating to others, or acting. In this study different models of psychotherapeutic approaches are assessed. In our field psychoanalysis, cognitive-behavioral therapy (CBT) and the system school are the most common. Group therapy and the use of information and communication technology (ICT) in psychotherapy in children and adolescents are also described. Finally, orienting guidelines for the selection of the type of psychotherapy in the clinical provided.

Key words: psychotherapy, children, adolescents.

Medicina Infantil 2017; XXIV: 191 - 198.

INTRODUCCION

El pequeño Hans (Juanito), temía a los caballos. Transcurría la primera década del siglo pasado, y por las calles de Viena circulaban carros tirados por animales. Hans no quería salir de su casa, y tenía pesadillas relacionadas con su miedo.

Sigmund Freud hipotetizó que Hans, inmerso en el amor edípico por su madre y la rivalidad intensa con el padre, había desplazado los sentimientos de amor, odio y culpa desde los personajes originales hacia el caballo, sustituto simbólico del padre. Como método terapéutico, Freud propuso la interpretación. Interpretar consistía en revelar al niño el verdadero origen y significado de su miedo, bajo el supuesto de que de ese modo, los síntomas se resolverían¹.

Servicio de Salud Mental.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

Mary Cover Jones era una joven discípula del “padre del conductismo” John Watson. Bajo su guía, había verificado experimentalmente que el miedo podía condicionarse: así lo había hecho su maestro en una época en la que la experimentación con humanos no se encontraba aún regulada por la ética. Los investigadores colocaron delante de Albert, un bebé de once meses, una rata blanca. Cada vez que el niño espontáneamente se acercaba al roedor para tocarlo, los investigadores hacían sonar un estruendo a sus espaldas. Después de algunas repeticiones, el niño lloraba ante la sola aparición, silenciosa, del animal².

A Peter, de tres años de edad, lo aterrizaron los conejos y por extensión, los abrigos y estolas de piel, la lana blanca y el algodón. Cover Jones pensó que si el miedo pudo condicionarse con Albert, era entonces razonable eliminarlo del mismo modo con Peter.

Su método terapéutico combinó dos técnicas: hacerle presenciar a Peter la interacción placentera de otros niños con conejos, y exponerlo a una cercanía progresivamente mayor con el animal, proveyéndole al mismo tiempo sus golosinas preferidas³. La asociación entre la presencia del conejo y el placer de los dulces permitiría según la autora, solucionar el miedo.

Hans y Peter son dos casos emblemáticos de la psicoterapia infantil y representan a dos de los modelos psicológicos con mayor vigencia en nuestro país en la actualidad: el psicoanálisis y la terapia de la conducta. Valga esta introducción para señalar que las formas de intervenir en psicoterapia derivan de los modos de comprender el origen de los fenómenos patológicos⁴.

Objetivo y características de la psicoterapia infanto juvenil

La psicoterapia con niños y adolescentes se ocupa de disminuir el sufrimiento subjetivo, resolver síntomas de conducta y contribuir con el progreso emocional, social y cognitivo durante el desarrollo.

Lo hace gracias a la comprensión del modo de sentir y pensar infantil, brindando soporte emocional, ayudando a resolver conflictos interpersonales, y practicando con el paciente soluciones novedosas para problemas repetitivos⁵.

Para la psicología, los síntomas psicopatológicos son resultantes de procesos disfuncionales. Algunas escuelas enfatizan el carácter intrapsíquico de esos procesos, otras buscan el motivo en el medio social/familiar, y otros en la combinación de ambos factores. Las intervenciones terapéuticas se orientan a modificar los mecanismos que generan y mantienen los procesos disfuncionales. Según la escuela, el trabajo terapéutico buscará producir modificaciones positivas en: defensas inconscientes, estrategias de afrontamiento, procesos de significación, con-

tingencias conductuales o circuitos interaccionales, entre otros.

Todas las formas de psicoterapia se proponen producir cambios: en el modo de pensar, de sentir, de relacionarse con otros, o de conducirse.

Cuando el paciente es un niño o adolescente, los cambios también atañen a su medio social inmediato (familia, escuela), y para ser realmente terapéuticos deben proporcionar un verdadero alivio o reducción de los motivos de consulta.

Los cambios deben conciliar la adaptación funcional del niño al medio con el respeto y aún más, la potenciación de sus características singulares: el niño debe poder desenvolverse armónicamente en sus grupos de pertenencia sin alienarse en un modelo cultural dado.

Todas las psicoterapias para niños y adolescentes utilizan juegos, dibujos y dramatización, y lo más habitual es que involucren una importante participación de los padres.

Eficacia de la psicoterapia

Durante muchos años, la psicoterapia no se sometió al análisis científico que caracteriza a otras disciplinas de la salud. La numerosa variedad de terapias en pugna*, el compromiso ético de los psicoterapeutas con la optimización de sus servicios, la racionalización de medios terapéuticos por medio de terceros pagadores y el derecho de los pacientes a tomar parte en las decisiones sobre los tratamientos, fue imponiendo la obligación de fundamentar los procedimientos, precisar su grado de eficacia y especificar el tipo de trastornos para los que estaban indicados⁶.

Es importante destacar que en psicoterapia la eficacia está condicionada por el modelo teórico y el método de intervención: no todos los modelos psicoterapéuticos mostraron igual eficacia para los mismos problemas.

Sin embargo, las intervenciones terapéuticas determinan sólo parcialmente el grado de éxito de la psicoterapia. En 1936, Rosenzweig⁷ generó un enorme revuelo al aseverar que el éxito de la psicoterapia radicaba exclusiva y completamente en factores inespecíficos, presentes en cualquier terapia, independientemente de escuelas teóricas y formatos clínicos. A partir de los años setenta se emprendieron numerosos trabajos tendientes a explorar hasta qué punto no existía una diferencia de resultados entre las terapias, y varios de ellos confirmaron lo que Rosenzweig había anticipado⁸.

Los factores inespecíficos empezaron a estudiarse entonces como los componentes clave del éxito terapéutico. Algunos están relacionados con

* Se contabilizan alrededor de 400 terapias diferentes, algunas incompatibles entre sí (Fernández Hermiday cols 2013; Prochaska y Norcross 2009).

características del terapeuta (capacidad empática, experiencia), otros con características del paciente (expectativa de ser ayudado) y otros por el tipo de relación que se establece entre ellos (alianza terapéutica)⁹⁻¹¹.

Un estudio paradigmático en eficacia de la psicoterapia arrojó que, del conjunto de cambios que experimenta una persona con psicoterapia, un 40% se debe a factores extraterapéuticos (motivación del paciente, severidad del trastorno, red social, etc), un 30% a factores comunes (variables compartidas por todas las terapias, como la relación terapéutica), un 15% es efecto placebo, y sólo un 15% se puede atribuir a las técnicas específicas aplicadas¹².

Modelos de Psicoterapia con niños y adolescentes

En nuestro medio, los modelos de psicoterapia más difundidos son el psicoanálisis, la terapia cognitivo-comportamental (TCC) y la escuela sistémica.

a) Psicoanálisis

Se inició a fines del siglo XIX su creador fue Sigmund Freud, y desde entonces se ha diversificado en distintas orientaciones: escuela inglesa, escuela francesa, psicología del yo entre las más conocidas. Más allá de sus diferencias, todas las escuelas psicoanalíticas consideran a los síntomas psicológicos como el producto de conflictos intrapsíquicos inconscientes. El psicoanálisis intenta producir cambios interpretando contenidos manifiestos para visibilizar contenidos psíquicos reprimidos.

La dinámica entre opuestos (deseo vs. censura; amor vs. odio, conciencia vs. represión) caracterizaría al funcionamiento psíquico, y el juego, el dibujo y el intercambio verbal serían vías de expresión del combate entre esos opuestos. Se espera que al develar los conflictos inconscientes, los síntomas que motivaron la consulta se empiecen a modificar^{13,14}.

El psicoanálisis le dio especial importancia a los llamados “Complejo de Edipo” y “Complejo de Castración”: dos tramas argumentales que considera centrales del funcionamiento inconsciente que contienen afectos y representaciones vinculados a sexualidad, rivalidad y culpa con los objetos primarios de amor (generalmente los padres)¹⁵. Dichas tendencias se reactualizarían en vínculos posteriores en un fenómeno referido como “transferencia”, que el terapeuta es capaz de revelar a través de la interpretación¹⁶.

Desde la perspectiva psicoanalítica, “síntoma” no es sólo ni necesariamente una conducta poco adaptativa, sino cualquier forma de expresión de un conflicto inconsciente: una equivocación, un olvido o un sueño, si resultan de la pugna entre dos tendencias psíquicas, también comparten dicha categoría, por lo que son material de exploración en psicoterapia¹⁷.

El psicoanálisis no espera que el progreso de la terapia se acompañe de una mejoría clínica en forma lineal. Los parámetros con los que el psicoanálisis evalúa su efectividad no se basan exclusivamente en la remisión sintomática, sino en el proceso de develamiento del inconsciente. La aparición de conductas regresivas, o un agravamiento sintomático transitorio, podrían ser expresión de un avance que se espera ver reflejado en el plano conductual más adelante.

Las terapias psicoanalíticas tienen tradicionalmente una duración prolongada. Las sesiones no son estructuradas, sino que siguen la orientación que el niño les imprime, al modo de la asociación libre de pensamientos utilizada en el psicoanálisis de adultos.

El psicoanálisis no ha sometido tradicionalmente sus hipótesis y premisas a la verificación empírica. Su desarrollo se ha basado más en la presentación asistemática de casos clínicos y la oposición de ideas en los ámbitos académicos de la especialidad¹⁸.

b) Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

Surge de la confluencia de las escuelas psicológicas conductista y cognitiva.

Las técnicas de modificación de la conducta surgieron en la década de 1950 con fuerte raigambre en la constatación empírica. El modelo proponía modificar, reemplazar y/o extinguir conductas problemáticas, y enseñar comportamientos adecuados.

Para ello sugirió explorar posibles eventos gatillo en las circunstancias previas a la conducta indeseada y examinar las consecuencias que dicha conducta genera en el entorno, para averiguar si favorecen su repetición. Posteriormente, interviene sobre aquellas situaciones que favorecen la conducta indeseada, evitando los eventos gatillo y sugiriendo modificaciones en las respuestas que el entorno ofrece al niño a partir de sus conductas. En resumen: interviene sobre el antes y el después de las conductas problemáticas para facilitar su supresión y reemplazarlas por alternativas más apropiadas.

Vale aclarar que el conductismo desaconseja la utilización de respuestas coercitivas como castigos y reprimendas, sirviéndose con mucha mayor frecuencia del uso de premios y otros reforzadores positivos¹⁹.

El enfoque cognitivo, por su parte, surgió en los años sesenta de la mano de una propuesta de tratamiento para la depresión del adulto, que resultó muy exitosa para la época.

Su referente principal, Beck, postuló que entre un suceso y la emoción que este suscitaba, mediaban procesos de significación. Era la interpretación que el sujeto hacía de los acontecimientos, y no los acontecimientos en sí, la responsable de despertar una emoción determinada y una respuesta conductual consistente con ella²⁰.

La actividad de otorgar significados es una actividad cognitiva altamente singular: mientras que para un niño histriónico protagonizar una obra escolar puede resultar un acontecimiento estimulante, para otro será un evento temido. Quizás el primero lo signifique como una prueba de su popularidad mientras que el segundo lo entiende como la posibilidad de ser evaluado negativamente por los demás. El primero desplegará en el escenario sus cualidades artísticas, el segundo en cambio, intentará evitar la situación.

El terapeuta cognitivo enseña a los niños que los pensamientos despiertan sentimientos que pueden influenciar la conducta. A lo largo de la terapia, el niño aprende a identificar los patrones de pensamiento disfuncionales y a reemplazarlos con otros, capaces de producir sentimientos y conductas más apropiadas. Del mismo modo, forma parte importante de la terapia el entrenamiento en el reconocimiento de emociones, ya que el circuito pensamiento-emoción-conducta puede modificarse a partir de cualquiera de sus tres componentes²¹.

Aunque las cogniciones desadaptativas se producirían en los primeros años del desarrollo, la psicoterapia cognitiva está menos interesada en desentrañar del pasado sus causas y más comprometida a señalar los factores de mantenimiento que perpetúan en el presente los procesos disfuncionales. Este cambio de enfoque representa una diferencia importante respecto a la psicoterapia psicoanalítica. Las corrientes conductual y cognitiva confluyeron en la terapia cognitivo conductual (TCC) y actualmente es más habitual encontrar prácticas de TCC que las vertientes originales por separado.

La TCC considera que los trastornos psicopatológicos están multi determinados por factores biológicos, genéticos, interpersonales y ambientales que interactúan contribuyendo al desarrollo patológico²².

El número de sesiones de la TCC suele ser acotado, y se dispone de protocolos de tratamiento, con especificación de los procedimientos sesión a sesión, para algunos trastornos como el de ansiedad²³.

La TCC utiliza además distintos componentes terapéuticos en forma exclusiva o combinada en función del problema que el paciente necesita resolver, independientemente de su diagnóstico psicopatológico. El entrenamiento en habilidades sociales por ejemplo, es un conjunto de procedimientos psicoeducativos, conductuales y cognitivos que trata dificultades en la interacción social. Estas dificultades producen sufrimiento, empobrecimiento y obstaculizan el desarrollo de niños y adolescentes con diagnósticos tan distintos como fobia social, trastorno del espectro autista o trastorno límite de la personalidad. En todos ellos el entrenamiento en habilidades sociales convenientemente adaptado a cada situación, es un recurso obligado del tratamiento.

Los padres son convocados a menudo para participar activamente del diseño y la aplicación de estrategias terapéuticas en el ámbito del hogar.

Las sesiones tienen una estructura estable. No están sólo diseñadas por el terapeuta, pero tampoco acompañan por completo las elecciones del paciente.

La investigación muestra que la TCC puede tratar eficazmente una gran variedad de trastornos psicológicos de la edad pediátrica: trastorno de ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de conducta, trastorno obsesivo compulsivo, fobia escolar y fobia social²⁴.

Los últimos desarrollos de la TCC abordan la dificultad para regular emociones, característica de trastornos para los cuales ni la psicoterapia ni los psicofármacos habían mostrado efectividad: trastornos límite de la personalidad, adicciones, y conductas suicidas y autolesivas.

Estas nuevas metodologías terapéuticas tienen como denominador común la utilización de estrategias de aceptación, ejercicios de conciencia plena y el acercamiento a algunas prácticas espirituales.

La aceptación atañe a las experiencias displacenteras internas. La TCC estándar enfatizaba la necesidad de cambio: modificar cogniciones, cambiar conductas. Algunos pacientes mostraban una gran susceptibilidad a las propuestas de cambio del terapeuta, que eran tomadas como detractoras y ofensivas. Se despertaba una alta intensidad emocional negativa que desencadenaba conductas o actividades mentales para lidiar con ella. Las autolesiones y la actividad de rumiación son ejemplos típicos de intentos disfuncionales tendientes a regular —evitando en un caso, suprimiendo en el otro— las emociones negativas intensas.

Cuando un problema genera dolor, tratar de no sentirlo, resistirse a esa realidad, termina generando un doble problema. Por el contrario, aceptar su existencia permite acceder a una mejor regulación emocional. No es un camino de resignación sino más bien, una acogida más benigna y tolerante a los sentimientos y pensamientos negativos que persisten a pesar del rechazo y el empeño en suprimirlos²⁵.

Estas escuelas son conocidas como la “Tercera Ola” de las TCC. Son exponentes de ésta corriente la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC)²⁶, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)²⁷ y la Terapia Basada en la Conciencia Plena²⁸.

Aunque combinan diferentes recursos y focalizan en distintos aspectos, todas comparten la inclinación por la aceptación más que por el cambio, el uso de la meditación y otras influencias provenientes de la espiritualidad.

De éstas, la terapia que más expansión ha mostrado en nuestro medio es probablemente la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia plena²⁹, un

modelo de tratamiento que combina recursos de la TCC con recursos del programa de Conciencia Plena (mindfulness) para la reducción del estrés³⁰.

El Mindfulness es el esfuerzo consciente para atender plenamente a los propios pensamientos, emociones, conductas y sensaciones corporales. El modo de acceder a dicha experiencia es la práctica de meditación. Mediante la meditación, se focaliza la atención en una situación presente, evitando la valoración y el enjuiciamiento de la experiencia.

El entrenamiento en conciencia plena tiene por objetivo que los participantes puedan tomar a los pensamientos y a los sentimientos como eventos de la conciencia, mantener distancia respecto a ellos, contemplarlos en lugar de reaccionar y detener el funcionamiento automático de la mente, en lo que los autores del modelo denominan detener “el hacer” (doing) y sustituirlo por “el ser” (being)³¹.

La técnica mindfulness se aplica exitosamente a problemas diversos. La TDC y la ACT han mostrado superioridad terapéutica respecto a otras escuelas en pacientes con trastornos límite de la personalidad y problemas comórbidos como adicciones e intentos de suicidio³².

c) Terapia Sistémica

La terapia sistémica se inicia en los años 60 en Estados Unidos como un abordaje familiar.

La escuela sistémica parte de la importancia que la vida social y los vínculos tienen para los seres humanos y el papel determinante que las interacciones tienen sobre el comportamiento individual. Sitúa al niño/adolescente en el contexto del sistema de relaciones en el que se encuentra incluido - familia, escuela, vecindad- y desplaza la causa de los trastornos emocionales desde la persona o el ambiente hacia las interacciones y los vínculos.

En la terapia familiar sistémica, cualquier síntoma puede ser contemplado como un mecanismo homeostático que regula las interacciones de los miembros de un grupo, generalmente la familia. Estos intentan resolver los síntomas a través de interacciones que sólo consiguen fijarlas. Se asume que un individuo no va a presentar cambios en sus síntomas hasta que se modifique el sistema familiar³³.

El trabajo psicoterapéutico se dirige a reestructurar los estilos no adaptativos de interacción familiar, pero también se empeña en descubrir y movilizar sus recursos funcionales y a reforzar las soluciones logradas que la familia pudo implementar por sí misma³⁴.

La escuela sistémica dio origen a tres enfoques terapéuticos: la terapia estratégica, o escuela de Palo Alto (Haley, Watzlawickz), la estructural (Minuchin) y el modelo de Milán (Pallazzolli)³⁵.

El propósito de la terapia estratégica es ayudar a resolver problemas.

El motivo de consulta es reformulado en términos de conductas observables. Esto sirve tanto para facilitar la comprensión del problema a resolver, como para evaluar en forma precisa los resultados que se van obteniendo con el tratamiento³⁶.

Se repasan los intentos de solución realizados y se definen parámetros objetivos de lo que va a considerarse como indicador/es de mejoría³⁷.

La psicoterapia estratégica tiende más a reforzar las capacidades y logros que a destacar los defectos y carencias, y la resolución de los problemas aprovecha los recursos preexistentes. La calidad de esos recursos demostró ser predictiva clave de resultado del tratamiento y mantenimiento del cambio³⁸.

La escuela estructural acentúa el análisis y la intervención sobre las interacciones que perpetúan el problema por el que se consulta. Considera a la familia como un sistema estructurado en base a relaciones de dependencia mutua y jerarquía entre sus miembros, atravesado a su vez por la oposición entre la tendencia al cambio y la tendencia a la estabilidad.

Las intervenciones del terapeuta recaen sobre subsistemas de la organización (“los hermanos”, “las mujeres”, etc.) para lograr cambios en el conjunto. El modelo de Milán opera sobre las creencias consensuadas del grupo, basándose en que al modificarlas lo harán también las interacciones. Para ello convocan a las sesiones a la mayor cantidad posible de miembros del sistema familiar. Las intervenciones del terapeuta intentan introducir disenso en las creencias compartidas relacionadas con el problema³⁹.

Terapias Grupales

Las terapias grupales no responden a una única escuela psicológica, sino que constituyen un formato terapéutico que se utiliza desde diferentes perspectivas teóricas, con objetivos variados que van desde el tratamiento de trastornos psicopatológicos severos al afrontamiento de enfermedades físicas sin psicopatología.

Las relaciones interpersonales son trascendentes para los seres humanos. No hay desarrollo psicológico si no hay primero vínculos significativos. Sentirse protegido y aceptado por otro es tan crucial para la supervivencia del niño en desarrollo como cualquier necesidad biológica básica.

La psicopatología surge cuando las interacciones provocan distorsiones fijas que se prolongan más allá del período en que se conformaron. Estas pueden ser distorsiones en el modo de percibir a los demás, de comprender las necesidades propias y ajenas, y de reaccionar en situaciones interpersonales⁴⁰.

Los grupos terapéuticos tienen el poder de evidenciar los problemas interpersonales que se dan entre los miembros de un grupo. El profesional puede observar en forma directa el desempeño de un

niño en situaciones sociales y contrastarlo con la información que el niño le provee, optimizando la identificación de dificultades.

El formato grupal ofrece múltiples oportunidades para corregir experiencias emocionales relacionadas con la interacción social. Los integrantes pueden aprovechar tanto las interacciones directas como la observación de lo que ocurre entre los demás. Las relaciones interpersonales que se establecen entre otros reactiva la emocionalidad ligada a sus propias experiencias, pero el hecho de ser un conflicto externo les permiten adoptar una mirada más crítica y reflexiva.

El feedback que devuelven los compañeros de grupo los ayuda a enfrentarse con la realidad de su conducta. Los adolescentes pueden darle mucho más valor a la opinión y consejo de un par que a la del terapeuta u otro adulto⁴¹.

Cuando el grupo es vivido como un entorno seguro, los participantes encuentran lazos de apoyo, pueden asumir riesgos sociales que nunca intentarían en sus grupos naturales, y ensayar nuevos comportamientos para aplicarlos después en el mundo real.

Los criterios de inclusión en grupos terapéuticos de niños y adolescentes están generalmente relacionados con la edad (preescolares, período de latencia, pre adolescentes y adolescentes tempranos y adolescencia intermedia y tardía), el tipo de beneficio que se quiere alcanzar (adquisición de habilidades sociales, control de la ira, afrontamiento de enfermedad médica), y el diagnóstico psicopatológico (trastornos alimentarios, depresión, fobia social). En función de ello pueden ser abiertos o cerrar el ingreso de nuevos integrantes una vez iniciados.

El trabajo grupal con niños pequeños y niños con discapacidad intelectual se orienta a la adquisición de habilidades de control y dirección conductual específicas, para aplicar a situaciones problemáticas interpersonales actuales.

Con niños mayores, el trabajo puede ser más reflexivo y de observación recíproca, y abordarse tanto dificultades actuales como futuras, así como construir estrategias para prevenirlas y/o resolverlas.

Además de la reflexión y la observación, en psicoterapia de niños y adolescentes es habitual la utilización de técnicas psicodramáticas como el role playing.

Se han publicado estudios que demuestran la eficacia de la psicoterapia grupal de orientación cognitiva conductual para adolescentes con depresión, trastornos de ansiedad, comportamiento perturbador y déficit de habilidades sociales⁴².

Utilización de la tecnología informática y de comunicación (TIC) en psicoterapia con niños y adolescentes

Los recursos tecnológicos forman parte de la

vida cotidiana en forma creciente: celulares, *tablets*, computadoras, son usadas por adolescentes y niños con fines recreativos, informativos, comunicativos y académicos. La incorporación de estos elementos en la terapia aporta beneficios que van desde su uso inespecífico en una sesión de formato corriente hasta el diseño de protocolos de tratamiento informatizados⁴³.

Su uso con niños y adolescentes optimiza la interacción paciente/terapeuta y aumenta la motivación para el trabajo propiciando la alianza terapéutica^{44,45}.

Los TICs pueden utilizarse: recreativamente como estímulo o premio antes o después de un trabajo esforzado en sesión; como agenda/recordatorio para el paciente, facilitando su organización autónoma, y como dispositivos de registro.

Los contenidos de la red abundan en material útil para realizar psicoeducación, evaluar creencias y realizar exposiciones⁴⁶.

En la red pueden encontrarse videos, o segmentos de películas que funcionen como modelado y los dispositivos cotidianos permiten realizar filmaciones de ensayos conductuales para afrontar situaciones, o enriquecer la capacidad de autoobservación.

La utilización de TICs es una tendencia creciente y en psicoterapia infanto juvenil su aplicación es especialmente oportuna.

Elección de la psicoterapia

La elección del recurso terapéutico debe guiarse por factores psicopatológicos, clínicos, contextuales y de accesibilidad más que por la afiliación a una determinada escuela psicoterapéutica. Algunos de los criterios recomendables serían, a saber:

- El grado de criticidad: las situaciones que comprometen la continuidad escolar o implican la posibilidad de ser expulsado de grupos sociales de pertenencia deben ser abordadas sin dilación y con objetivos de corto plazo para evitar que la situación del paciente se complique aún más.
- El nivel de riesgo: las situaciones que involucran peligrosidad para sí o para terceros, además de atenderse en forma inmediata deben evaluar la posibilidad de asociar un plan farmacológico a cualquier estrategia psicoterapéutica que se decida para disminuir la intensidad de los síntomas que contribuyen a que el paciente pueda realizar acciones de riesgo.
- El grado de distres que los síntomas producen en el paciente: cuanto menor sea, menor será también la disposición a comprometerse con alternativas de tratamiento que pretendan modificaciones extensas, por lo que habrá que diseñar objetivos con los que paciente y familia acuerden, a expensas del alcance de los cambios a lograr.
- El grado de distres que los síntomas producen

en la familia del paciente: cuanto menor sea, menor será también la disposición a comprometerse con formatos prolongados o que demanden esfuerzos importantes para trasladarse o cumplir con los horarios, por lo que habrá que escoger tratamientos accesibles y de formato flexible.

- Las características personales del paciente: algunos van a sentirse más a gusto en un formato que privilegie la actividad, la práctica de habilidades y el ensayo de experiencias, mientras que otros se sentirán menos apabullados con una psicoterapia centrada en el vínculo paciente-terapeuta, sin salirse del marco del consultorio.
- El tipo de problema a tratar: problemáticas que comprometen las habilidades sociales, por ejemplo, pueden tratarse en formatos grupales tanto como individuales, mientras que los trastornos de conducta deben abordarse en forma individual y con una alta participación de los padres.
- La accesibilidad también incide en la elección del tratamiento. No todas las formas de psicoterapia se encuentran al alcance de toda la población. Algunas están poco disponibles en las instituciones públicas, las prestadoras suelen cubrir limitadamente los recursos de psicoterapia, y los mismos recursos en forma privada son económicamente inalcanzables para muchas familias. Cuando se dispone de formatos psicoterapéuticos accesibles, puede ser preferible renunciar a la terapia de primera elección pero asegurar el inicio pronto de alguna forma de tratamiento. Esta puede ser de gran ayuda para paliar el sufrimiento del niño y la familia.

Por otra parte, también existen problemas psicopatológicos que reclaman tipos de psicoterapia específica, en los que es más conveniente invertir en el esfuerzo que implique realizarlos a derrochar esfuerzos en alternativas que no van a modificar sino levemente el problema⁴⁷.

Palabras Finales

Sería deseable para la psicología un futuro interdisciplinario. Las neurociencias, la pedagogía, las ciencias sociales y la psicología deben fortalecerse con sus aportes recíprocos para potenciar los recursos terapéuticos⁴⁸.

Para alcanzar este objetivo es necesario que la psicoterapia no se aparte en sus propuestas del rigor metodológico que caracteriza a la ciencia, y que las futuras generaciones de estudiantes sean formadas en ese espíritu.

REFERENCIAS

1. Freud S. Análisis de la Fobia de un niño de cinco años. En: Freud S. Obras Completas. X. 28 ed. Buenos Aires. Ed. Amorrortu. 1909: 1-84.
2. Watson, J. B., & Rayner, R. Conditioned emotional reactions. J. Exp. Psycho. 1920; 3(1): 1-14.

3. Jones, M C. A laboratory study of fear: The case of Peter. J. Genet. Psychol. 1924; 31: 308-15.
4. Shirk S, Russell R: Theoretical and Empirical Foundations of child psychotherapy. In: Change processes in child psychotherapy: revitalizing treatment and research. 1er. ed. New York. The Guilford Press. 1996: 5-43.
5. AACAP 2012 (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry), Psychotherapy for children and adolescents. 2012; 53. Acceso: 28/01/2016, Disponible en: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/What-Is-Psychotherapy-For-Children-And-Adolescents-053.aspx.
6. Santolaya Ochando F. Presentación. En: Perez Alvarez M. Fernandez Hermida JR, Fernández Rodríguez C y Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Tomo III: Infancia y Adolescencia. 1era ed. Madrid. Ed Pirámide 2003: 13-14.
7. Rosenzweig, S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. American journal of Orthopsychiatry, 6(3), 412. 1936
8. Corbella S y Botella L: Investigación de resultados y de procesos. Estado de la cuestión. Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes. Ed. Vision Net. Madrid. 2004: 13-51.
9. Fernández Hermida JR, Pérez Alvarez M, Fernández Rodríguez C y Amigo Vázquez I. El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En: Pérez Alvarez M., Fernandez Hermida C, Fernandez Rodríguez, Amigo Vazquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces Tomo I: Adultos. 1era. ed. Madrid: Ed Pirámide; 2003: 15-24.
10. Prochaska JO y Norcross PJ: Psychoanalytic Therapies. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. 7th ed Belmont: Brooks/Cole Cengage Learning; 2009: 23-50.
11. Bunge E, Labourt J, Cichero G, Ruiz E, Maglio A. TIC que son tips. Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación en la clínica infantojuvenil. En: Vega E.: Clínica de niños y adolescentes. Qué hay de nuevo?. Buenos Aires: Lugar Ed.; 2015: 297-320.
12. Lambert, M. Implicaciones para la investigación de resultados para la integración de la psicoterapia. En: Norcross J.C. & Goldstein M. R.: Manual de integración de la psicoterapia. Nueva York: Basic Books Ed; 1992: 94-129.
13. Freud, S. Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". En: Freud, S: Obras completas de Sigmund Freud Buenos Aires Amorrortu. 1922; 23: 231-49.
14. Laplanche J., Pontalis JB. Psicoanálisis. En: Diccionario de psicoanálisis Barcelona Ed. Labor, 3era. edición; 1987: 317-320.
15. Laplanche J., Pontalis JB. Complejo. Complejo de Castración. Complejo de Edipo. En: Diccionario de psicoanálisis Barcelona Ed. Labor, 3era. edición; 1987: 55-66.
16. Prochaska y Norcross op cit.
17. Freud S 1922-23 op cit.
18. Fernandez Hermida op cit.
19. Kazdin AE Tratamiento cognitivo-conductual. En: Wiener JM y Dulcan MK: Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia, Barcelona Ed. Masson Elsevier 2006: 999-1022.
20. Stallard P. La terapia cognitivo-conductual: orígenes teóricos, fundamentos y técnicas. En: Pensar bien- sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes. Bilbao Ed Desclee de Brower 2007: 17-39.
21. Stallard P. La terapia cognitivo-conductual aplicada a niños y adolescentes. En: Pensar bien- sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes. Bilbao Ed Desclee de Brower 2007: 41-63.
22. Bunge E. Gomar M. Mandil J. Conceptos Básicos en la terapia cognitivo comportamental en niños y adolescentes. Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos. Buenos Aires. Ed. Akadia. Segunda edición. 2009: 9-27.
23. Kendall P. Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en niños. Traducción Kosovsky R. Buenos Aires. Ed. Librería Akadia 2010.
24. Kazdin 2006, op. Cit.
25. Caro Gabalda I. Introducción Histórica y Conceptual. En: Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas Principales, Bilbao Ed. Desclee de Brower 2011: 12-81.
26. Linehan M Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York. Guilford Press 1993.
27. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change. New York. The Guilford Press 1999.
28. Segal ZV, Williams JM y Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. Nueva York: Guilford Press 2002.

29. Segal ZV, Williams JM y Teasdale JD, 2002 op. cit
30. Kabat-Zinn, J. Vivir con Plenitud Las Crisis. Barcelona. Ed. Kairós 2004.
31. Korman, G y Garay, C. El Modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Aigle. Buenos Aires. 2012; XX.
32. Gagliesi P., Boggiano J P. Terapia Dialéctica Comportamental para Adolescentes con Desregulación Emocional. En: Manual de Terapia Cognitiva Comportamental para niños y adolescentes. Gomar M Mandil J Bunge E, Buenos Aires. Ed Polemos 2010: 511-40.
33. Casabianca R, Hirsch H. El Modelo de Terapia. Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo m.r.i. Tomo I. Santa Fe. Universidad Católica de Santa Fe. 2009: 43-50.
34. Pirooz Sholevar Terapia familiar. En: Wiener JM y Dulcan MK. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia Barcelona Ed. Masson Elsevier 2006:1051-62.
35. Cazabat E. Historia de la Terapia Estratégica y su desarrollo en la Argentina. En: Kopec, D. Rabinovich J. Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica. Buenos Aires Dunken Ed. 2da. Edición. 2013: 14-20.
36. Kopec D.: El diseño de la terapia estratégica. En: Kopec, D. Rabinovich, J. Qué y Como Prácticas en psicoterapia estratégica. Centro Privado de Psicoterapias. Buenos Aires. Ed. Dunken. 2da. Edición. 2013: 21-30.
37. Pollán N. y Labrit M. Modelo de Intervenciones Estratégicas en la consulta por niños. En: Kopec, D. Rabinovich, J. Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica. Buenos Aires. Ed. Dunken 2da. Edición. 2013: 141-156.
38. Adan MS, Piedrabuena S. Diagnóstico y Estrategia en psicoterapia. En: Kopec, D. Rabinovich J. Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica. 2da ed. Buenos Aires. Ed. Dunken. 2013: 31-45.
39. Casabianca R., Hirsch H. Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo m.r.i. Tomo I. Santa Fe. Universidad Católica de Santa Fe. 2009.
40. Vinogradov S, Yalom, ID. Qué es la psicoterapia de grupo? Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona Ed Paidós 1996, 9na. Impresión 2015: 15-24.
41. Robb A y Efron L Psicoterapia de grupo. Wiener JM y Dulcan MK Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia Barcelona Ed. Masson Elsevier 2006: 1051-1062.
42. Robb A y Efron L. 2006. op. Cit.
43. Bunge E, Labourt J, Cichero G, Ruiz E, Maglio A. TIC que son tips. Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación en la clínica infantojuvenil. Vega Edith. Clínica de niños y adolescentes. Qué hay de nuevo?. Buenos Aires Lugar Ed. 2015: 297-320.
44. Mandil J, Borgialli R, Bunge E. Gomar M. Recursos para una TCC amigable: juego, dibujos, metáforas y tecnología. Gomar M., Mandil J. Bunge E. Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes. Ed Polemos 2010: 159-203.
45. Bunge, Labourt, Cichero 2015 op. cit.
46. Bunge, Labourt, Cichero 2015 op. Cit.
47. Shirk S, Russell R 1996, op. cit.
48. AACAP 2012, op. cit.