

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Discapacidades y capacidades: un suplemento necesario en la clínica y la práctica institucional con niños/as y adolescentes.

Cuéllar, Ixchel.

Cita:

Cuéllar, Ixchel (2017). *Discapacidades y capacidades: un suplemento necesario en la clínica y la práctica institucional con niños/as y adolescentes. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/251>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/6Bb>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES: UN SUPLEMENTO NECESARIO EN LA CLÍNICA Y LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL CON NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

Cuéllar, Ixchel

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Es la misma sociedad la que sanciona la condición de discapacidad de un sujeto, valorando lo que limita sus posibilidades. En la clínica psicológica con niños/as y adolescentes es necesario trabajar en términos del desarrollo, realizar un diagnóstico diferencial de alguna problemática con origen orgánico sin que se descarte lo psicológico, teniendo como herramienta el conocimiento de los logros subjetivos para cada edad. La experiencia clínica se expone a través de la revisión del trabajo terapéutico realizado con una niña y su familia, en el marco de una institución pública. Con base en la teoría de Donald Winnicott, se plantea la noción de “capacidades” como un indicador clínico que permita discernir entre enfermedad y salud en razón del placer de vivir, de las posibilidades de vincularse con otros y de la autonomía de un sujeto.

Palabras clave

Psicología clínica, Discapacidades, Capacidades, Subjetividad

ABSTRACT

DISABILITIES AND CAPACITIES: A NECESSARY SUPPLEMENT IN CLINIC AND INSTITUTIONAL PRACTICE WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Disability conditions are sanctioned by society, through the assessment of the limits of a subject's possibilities. In an infants and youth psychological clinic it becomes necessary to work in terms of development, perform a differential diagnostic of a problem that has an organical origin, without getting rid of the psychological aspect, through the knowledge of the subjective goals each individual achieved. Our clinical experience is exposed according to the revisal of the therapeutical work that was done with a child and her family in a public institution. The notion of 'capacities' is posed based on the work of Donald Winnicott, which can be used as a clinical indicator that allows to discern between health and illness on the grounds of pleasure in living, the possibility to link with others, as well as a subject's autonomy.

Key words

Clinical psychology, Disabilities, Capacities, Subjectivity

Se vuelve necesario incluir las problemáticas de las discapacidades en la teoría que atraviesa la psicología clínica, para que el psicólogo no quede coartado en su hacer como si tuviera anteojeras que dan lugar únicamente a las tres estructuras, a saber neurosis, psicosis y perversión.

¿Cómo pensar las discapacidades en términos del desarrollo emocional? Hay muchas razones para incluir en el trabajo clínico esta cuestión, ya que “cuando dejamos al sujeto abstracto para encontrarnos con un sujeto viviente las cosas se complican” (Auglanier P., 1986, p.170). Puede ocurrir encontramos con sujetos en los que alguna enfermedad ocupa un lugar relevante en su subjetivación o que una dificultad con compromiso orgánico trae aparejada un trastorno emocional.

Es necesario tener una formación que incluya las variantes indispensables para el diagnóstico diferencial y el trabajo interdisciplinario, ¿cómo pensar la derivación a un neurólogo si no se tienen nociones de problemas neurológicos, genéticos o congénitos? Hay que ampliar las bases de la práctica clínica “para no dejar el campo de la discapacidad a un manejo ortopédico no sólo desde lo físico sino también de la vida anímica” (Silberkasten, 2006, p.10).

Es necesario problematizar el enfoque reduccionista hacia lo motor, neurológico o psiquiátrico, ya que existen dificultades diversas que hacen mella en la subjetividad y pueden incapacitar a una persona. Estas dificultades, como las inhibiciones, sobreadaptaciones, dificultades narcisistas, entre otras, suelen quedar invisibilizadas en su gravedad al no provocar una desorganización fácilmente catalogable en algún diagnóstico de los que permite obtener el certificado de discapacidad, por lo que alarman recién cuando se reflejan en el aprendizaje, el lenguaje o la socialización, lo que puede llegar a no ocurrir y ser el sujeto de alguna manera ser funcional.

Silberkasten afirma que “el discapacitado no puede integrarse plenamente en el sistema de producción de bienes y servicios. Cuando alguien puede integrarse ya no se lo define socialmente discapacitado” (2006, p.37). Entonces la discapacidad es acorde a los códigos y representaciones sociales, y no necesariamente relacionado a lo que reduce la calidad de vida.

Pensar en discapacidades nos remite al prefijo “dis” (lo que no se tiene, lo que falta, lo que es distinto), pero, ¿sirve pensar a un ser humano en desarrollo en términos de lo que no tiene? Quizás con base a la funcionalidad o a la producción económica sirve, pero no a razón a la salud mental.

La propuesta es dar un viraje de enfoque sobre las discapacidades, para ampliar las herramientas de la práctica clínica, preguntándonos sobre las capacidades psíquicas que tienen los/las pacientes a razón de su autonomía, del placer de vivir y de sus posibilidades de vincularse.

En la clínica con niños/as y adolescentes es fundamental pensar en términos de adquisiciones y logros en el desarrollo, tener apertura para preguntarse en qué trabajos psíquicos anda este paciente,

cómo lo influye el contexto en el que vive posibilitando, o no, que alcance esas características de desarrollo esperables para su edad. Se debe discernir qué capacidades tiene para vivir y relacionarse en el mundo social.

Dichas capacidades se van adquiriendo ya con las primeras experiencias que tiene el bebé, con las relaciones que va estableciendo. La adquisición de la capacidad de experimentar permite a la persona sentirse real, lo cual, afirma Donald Winnicott, “es más que existir; es encontrar una forma de existir como uno mismo, y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual retirarse para el relajamiento” (1971, p.154).

Ser creativo es estar vivo psíquicamente y para que en el desarrollo de un niño/a se logren las capacidades para vivir en un espacio cultural, es fundamental la función de medio familiar que lo aloja.

Una intervención que posibilita lo terapéutico: el trabajo con la familia desde un marco institucional

Las capacidades como logros en la constitución subjetiva están articuladas con el medio ambiente en el que vive un niño/a como facilitador de los trabajos psíquicos, asimismo es el medio social donde se reflejan si se han alcanzado los logros subjetivos esperables. Ana asistía a primer grado de primario, la escuela hace un pedido de evaluación psicopedagógica a razón de que observaban en la alumna un lenguaje poco claro, juego solitario y dificultad para seguir las consignas de la docente.

El Equipo Psicoeducativo Central III del Ministerio de Educación Especial, hace una evaluación psicopedagógica de Ana, labor que incluye entrevistas con la familia. Con la evaluación se decide cambiar a Ana a una Escuela Integral Interdisciplinaria, buscando una escolaridad que la acompañe en sus posibilidades y necesidades. Dado que las dificultades en lo escolar eran en relación al comportamiento, se le ofrece tratamiento psicológico gratuito en el Equipo Asistencial, en el Programa de “Asesoramiento y Asistencia Psicológica en Niños/as con Dificultades Especiales”, de la UBA.

La labor psicológica comienza con las primeras entrevistas con la familia, y con los primeros encuentros con la niña. En la primer entrevista la mamá de Ana, de 23 años, pregunta a la profesional ‘¿puedo usarte de psicóloga?’, y cuenta que tiene una enfermedad crónica que sin tratamiento médico corre riesgo de muerte, lo sabe hace 4 años pero aún así no piensa hacer tratamiento, ni siquiera habla del tema con sus vínculos cercanos. Concluye esta entrevista diciendo respecto a las dificultades de su hija ‘no la quiero llenar de terapias, no quiero tratarla como una enferma’. No querer tratar la enfermedad, es no querer aceptar la problemática, ¿en su negación está mamá puede mirar a su hija y cuidarla?

Hay que aprovechar el valor de las primeras entrevistas, en las que muchas veces surgen las cuestiones más relevantes que se desplegarán en un tratamiento, pues aún no se han desplegado las defensas y otra maniobras en el discurso del sujeto (Piera A., 1984). Respecto a la pregunta de poder usar a la profesional como psicóloga, parecería que ante tal estado de riesgo, esta mamá “trae a la situación una cierta creencia, o la capacidad para creer, en una persona que la ayude y comprenda” (Winnicott D, 1965). Después de la primer entrevista, las preguntas surgen en el espacio de supervisión, ¿cómo influye este ocultamiento de enfermedad

en Ana?, ¿cómo dar lugar a la enfermedad y en consecuencia al deseo de cura?

En supervisión se cuestiona la ilógica a la que conlleva un tratamiento terapéutico en el que se trabaja para facilitar los procesos subjetivos de una nena, sabiendo que el evento disruptivo de la muerte va a presentarse en su familia. Se establece una intervención, se le plantea a la mamá como condición de inicio de tratamiento terapéutico para su hija, el comienzo del tratamiento médico para ella.

Es interesante que esta intervención no se realizó en un tratamiento convencional, en un proceso donde apareció material clínico a interpretar, sino que interpela a la profesional en la necesidad de resolver una situación, por lo que actuó aprovechando las posibilidades de intervenir causando un efecto psicoterapéutico (Winnicott, 1965). Dice Piera Auglanier que si bien “no es una terapéutica de la urgencia, aunque la urgencia ocupa su sitio en el registro psíquico lo mismo que en el registro somático” (1984, p.168).

El tratamiento es para la niña, dará lugar a su singularidad, pero para que sea posible esto, es necesario tomar en cuenta los espacios que habita, sus vínculos con otros. El niño depende del aporte de los padres para su crecimiento integral, por esto la función terapéutica estaría dedicada a trabajar con el niño pero también con los padres, para que los aportes a su hijo/a sean los adecuados para su desarrollo emocional (Splivalo, 2008).

A más de un año de la consulta, la madre hace su tratamiento médico, esto ha influido positivamente el estado emocional de ella y su hija, posibilitando el tratamiento psicológico. Esta intervención fue a favor de la organización psíquica, en torno a uno de los objetivos que se proponen como labor del profesional, a saber, fortalecer los aspectos más vitales de la persona, “reforzar la acción de eros a expensas de tánatos” (Aulagnier P., 1989, p.172), lo cual apareció como trabajo fundamental, fue un movimiento de apertura en el tratamiento de Ana, una condición como parte del encuadre, en el que se movilizó la situación de su medio en términos más vitales.

Las capacidades psíquicas como indicadores de salud

La consulta por Ana la realizan a sus 7 años, en ese tiempo su lenguaje no tenía las características culturales que le da el acento y el tipo de palabras utilizadas en su medio social, un lenguaje en neutro que nos remite más a la forma de hablar de los dibujitos que a las personas del entorno. Decía frases descontextualizadas, repitiendo algo dicho en otro momento. Presentaba juego solitario y llanto desmesurado ante cualquier cambio.

Los tiempos esperables para arribar a determinados logros subjetivos interpelan al tratamiento psicológico como una forma de trabajo para acompañar, valga la redundancia, esos trabajos psíquicos necesarios para la salud de Ana. ¿Qué posibilidades tiene de experimentar el mundo compartido cuando no ha podido apropiarse de las características de un lenguaje, más aún cuando existen dificultades en el intercambio en el juego?

El juego creativo y espontáneo da cuenta de varios logros en la constitución subjetiva, permite transformar en experiencia propia lo vivido. Para arribar a esa capacidad de jugar, es necesario que en un inicio las primeras experiencias tengan que ver con un encuentro con otro que se adapte a las necesidades del bebé y posibilite

un vivir creador. El cuidador debe permitir la ilusión en el bebé de que él crea los objetos, y así posibilitar ese estado intermedio entre la incapacidad para reconocer y aceptar la realidad y su creciente capacidad para ello. Esta situación se debe sostener en el tiempo y la actitud de la persona en la crianza debe de ser congruente. Esto ocurre en el momento de la dependencia absoluta, en el cual debe darse el trabajo de unión necesario para, en principio, poder crear relaciones con los objetos percibidos subjetivamente.

Ana llegó al mundo cuando su mamá tenía 16 años, la familia materna la recibió con actitudes ambivalentes, le exigían a la joven madre el cumplimiento de su responsabilidad pero al mismo tiempo desacreditaban su rol y participaban todos en la crianza, repartiéndose los momentos de cuidado de la bebé. Esta situación ambivalente y de constantes cambios puede ser confusa para alguien que recién conoce el mundo, se podría dificultar establecer la confianza en el medio, y provocarle demasiadas exigencias. (Winnicott, 2012). Cuando existen imposibilidades en la adaptación del medio a las necesidades del bebé, inestabilidad y actitudes de cuidado diferentes, pueden dificultar el llegar al estado de unión y afectar los procesos constitutivos posteriores ¿Qué relación con la realidad compartida ha podido establecer Ana con base a esas primeras experiencias?

Cuando se logró establecer la confianza en el medio y existe la unión que permite la capacidad creadora, es posible que en otro tiempo posterior se adquiriera la noción de no-yo y el yo, es decir, una separación entre el sujeto y el ambiente que da lugar al “espacio potencial con juegos creadores, con el empleo de símbolos y con todo lo que a la larga equivale a una vida cultural” (1971, p. 145). A la edad de Ana estas cuestiones se dan por sentado como logradas, pero clínicamente se podría suponer que si hubo fracasos para establecer la continuidad del ser, la posibilidad creadora, la omnipotencia que se da con la adaptación del medio, podría haber problemas en relación a esa capacidad creativa necesaria para jugar y tener experiencias culturales.

Ana pareciera armar escenas de juego simbólico, pero finalmente se desenvuelven como una descripción de acciones de los personajes, se van a dormir, comen, se bañan para ir a la escuela, etc., sin llegar a una dramatización, al empleo de símbolos en una puesta en escena en la que se despliega una historia que de vitalidad a los personajes y tengan emociones. Escasez en la vida cultural y en el juego, denotan un fracaso al establecerse la confianza en la adaptación del medio a las necesidades del niño/a en las primeras experiencias vividas que determinan el espacio potencial entre el sujeto y el ambiente.

Otra característica clínica es que en los juegos de Ana los muñecos se mueven en grupo, y en los dibujos aparece la representación múltiple de niñas/os. Esta cuestión es relevante en tanto que las identificaciones forman parte de la constitución psíquica, pero es necesario el pasar de identificaciones basadas en proyecciones, a distinguir a otros como diferentes. Para ser uno mismo en relación con las personas de nuestro entorno, es indispensable haber logrado que el objeto no exista por proyecciones e identificaciones y bajo el control omnipotente, sino que tenga exterioridad, su propia autonomía y sean constantes.

Los objetivos del trabajo con Ana apuntan a instaurar condiciones

en su medio, estables y continuas, que le permitan confiar. Así como ayudar a constituir la continuidad en su ser por medio de la posibilidad de tener experiencias, acompañándola a que despliegue su accionar, su jugar. En el trabajo con ella, con su familia y con la escuela, es relevante establecer el cuidado para que las exigencias no aplasten los intentos subjetivos que aparecen como parte de la salud, y así no tenga que reaccionar sino que se le facilite tener experiencias, pudiendo ser a partir de los deseos que le van surgiendo.

Pensar en las diferentes capacidades (relacionarse, jugar, estar a solas, etc.) como logros y sus posibles fallas, se vuelve un indicador clínico necesario cuando en la consulta se presentan niños que hablan y juegan pero ¿presentan intención comunicativa al hablar?, ¿es ese un jugar creativo?, ¿cómo están en sus vínculos y cómo se relacionan en contextos sociales?, ¿esa subjetividad es capaz de tener experiencias creadoras, de apropiarse de su deseo en acción? Este indicador clínico no se opone a las conocidas discapacidades, sino más bien las suplementa, ampliando y transformando la visión sobre lo que puede incapacitar a una persona.

Cuando hay alguna falla en el desarrollo que incapacita al sujeto en el placer de vivir, de relacionarse con otros preservando lo singular, una de las direcciones que se propone para el trabajo clínico, será dirigir el tratamiento a la construcción de una vida personal capaz de tener experiencias y mantener relación con otras personas y el medio que forma parte de la realidad compartida.

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1986). El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Buenos Aires, Amorrortu.
- Rodulfo, R. (2009). Trabajos de la lectura, lecturas de la violencia. Buenos Aires, Paidós.
- Rodulfo, R. (2012). Padres e hijos. En tiempos de la retirada de las oposiciones. Buenos Aires, Paidós.
- Silberkasten, M. (2006). La construcción imaginaria de la discapacidad. Buenos Aires, Topía Editorial.
- Punta Rodulfo, M. (2005). La clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle. Paidós, Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1961). “Psicoanálisis y ciencia: ¿amigos o parientes?”. En: El hogar nuestro punto de partida, Buenos Aires, Paidós, 1994.
- Winnicott, D. Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires, Paidós, 2015.
- Winnicott, D. (1965). Exploraciones Psicoanalíticas II. Buenos Aires, Paidós.
- Winnicott, D. Clínica psicoanalítica infantil. Buenos Aires, Lumen Hormé, 1993.
- Winnicott, D. La naturaleza humana. Buenos Aires, Paidós, 2012.
- Winnicott, D. (1971). Realidad y juego. Barcelona, Gedisa.

Fuentes electrónicas:

- Splivalo, G. Clase de Teóricos. Clínica de niños y adolescentes. UBA Psicología Carrera de Grado, Buenos Aires, 18 de junio 2008. Obtenido el 12 octubre de 2016. Sitio Web de la Cátedra: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/043_ninos_adolescentes/material/fichas_catedra/interconsulta_medico_psicologica.pdf
- Pelento, M. Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Donald Winnicott. Exposición publicada en la Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, N°11, 1985. Obtenido el 14 de octubre de 2016. Sitio Web de El Psicoanálisis Org: <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero2/pelento2.htm>