

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo Final de Integración

Proceso terapéutico de una niña con retraso mental leve desde un enfoque cognitivo focalizado en la orientación a padres

Autor: Jorgelina Palacio

Tutora: Gabriela Ramos Mejía

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	5
3.1. Retraso mental.....	5
3.2. Habilidades sociales.....	7
3.3. Vinculo Madre-hijo.....	9
3.4. Psicología Cognitiva.....	10
3.4.1. Antecedentes e historia del modelo cognitivo.....	10
3.4.2. Cognición y psicoterapia.....	12
3.4.3. Terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes.....	15
3.4.4. Proceso terapéutico focalizado en orientación a padres.....	17
3.4.5. Capacitación emocional.....	20
4. Método.....	22
4.1. Tipo de estudio y diseño.....	22
4.2. Participantes.....	22
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	23
5. Desarrollo.....	24

5.1. Describir la modalidad del vínculo madre hija y las habilidades sociales de la niña.....	24
5.2. Describir la orientación realizada a los padres en el tratamiento de una niña con retraso mental leve.....	26
5.3. Describir los cambios que se producen a partir de las intervenciones terapéuticas en el vínculo entre madre e hija.....	30
5.4. Describir los cambios que se producen a partir de las intervenciones terapéuticas en las habilidades sociales de la niña.	31
6. Conclusiones.....	32
7. Referencias bibliográficas.....	36

1. Introducción

La institución donde se realizó la práctica profesional está conformada por un grupo de psicólogos que se especializan en el abordaje clínico en problemáticas en adolescentes y niños.

Las tareas que se realizaron en la fundación durante la práctica profesional estuvieron relacionadas a la observación participante en las admisiones, la participación en las supervisiones semanales, en presenciar los cursos de capacitación que se dictaron en la institución, y en participar activamente en grupos terapéuticos.

Además en el centro se ofrece un espacio donde los especialistas de la institución brindan atención psicoterapéutica a niños, adolescentes y familias con diversas problemáticas.

De este espacio surgió el caso que se analizó en el presente trabajo. Se trata de una niña con un diagnóstico de retraso mental leve e hipoacusia, con un pobre desarrollo de sus habilidades sociales y un problema vincular con su madre.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Analizar el proceso terapéutico, del caso de una niña con retraso mental leve con un pobre desarrollo de sus habilidades sociales y con un problema vincular con su madre, desde un enfoque cognitivo focalizado en la orientación a padres.

2.2. Objetivos Específicos

-Describir la modalidad del vínculo entre madre hija y las habilidades sociales de la niña.

-Describir la orientación realizada a los padres en el tratamiento de una niña con retraso mental leve.

-Describir los cambios que se producen a partir de las intervenciones terapéuticas en el vínculo entre madre e hija.

-Describir los cambios que se producen a partir de las intervenciones terapéuticas en las habilidades sociales de la niña.

3. Marco Teórico

3.1. Retraso mental

El retraso mental se encuentra en todas las razas y afecta a un 3% de la población mundial. En su mayoría, alrededor de un 85% es educable, es decir que podrá mejorar sus habilidades de interacción y aprender a ir dejando de lado algunos apoyos. No es una enfermedad sino un estado de discapacidad que se caracteriza por un funcionamiento marcadamente inferior a la media de la población y en la capacidad de al menos dos habilidades adaptativas, trabajo, vida social, independencia, comunicación.

El retraso mental se diagnostica en los primeros años de vida, pero en algunas oportunidades puede detectarse al comienzo de la escolaridad. Estos niños suelen adquirir habilidades motoras y conocimientos con cierto retraso respecto a lo esperado para la edad cronológica. Y en la madurez tienen dificultad para lograr su independencia (Verdugo & Jenaro, 2000).

Esta patología abarca un grupo heterogéneo de personas que se caracterizan por tener dificultades en el aprendizaje escolar y las habilidades para funcionar en forma independiente en las actividades de índole social (Caballo & Simón, 2005).

Por su parte Luckasson (2002), define al retraso mental como una limitación en el área intelectual, que afecta la conducta adaptativa y el desenvolvimiento en el ámbito social.

Para el DSM IV –TR (2000) el retraso mental se diagnostica en personas con una capacidad intelectual inferior al promedio, en adultos se mide mediante test y estos deber arrojar resultados inferiores a los 70 de CI. Este déficit altera la capacidad adaptativa de las personas, incapacitándolas para alcanzar las

exigencias esperables para su grupo cultural y edad. Además para el diagnóstico deben verse afectadas por lo menos dos de las siguientes áreas: habilidades sociales o interpersonales, autocontrol, habilidades académicas, trabajo, ocio, seguridad, salud, comunicación personal y recursos comunitarios. El comienzo debe ser antes de los 18 años de edad.

Pueden especificarse cuatro grados de retraso mental, de acuerdo con el nivel intelectual, estos son: leve, moderado, grave y profundo. (DSM IV –TR, 2000).

Según el DSM IV –TR (2000) el retraso mental leve, el rango de CI está entre 50 y 69, las personas que se encuentran en este grupo, suelen no tener dificultades motoras, ni sensoriales, tienen la capacidad de comunicarse y desarrollar habilidades sociales, estos casos en algunas oportunidades pueden diagnosticarse recién al momento que el niño se escolariza. Los individuos que se encuentran en este grupo, pueden llegar a desarrollar su vida con independencia.

El retraso mental moderado, engloba a las personas cuyo CI se encuentra entre 35 y 49, a pesar que tienen limitaciones en sus habilidades sociales pueden adquirir habilidades en la comunicación. Con ayuda pueden moverse de manera independiente en lugares que frecuentan habitualmente. Pueden realizar trabajos no calificados cuando llegan a la adultez (DSM IV –TR, 2000).

Se dice que una persona tiene un retraso mental grave, cuando su CI está entre 20 y 34, estas personas suelen tener además problemas de salud, tienen dificultades para adquirir nuevas habilidades, ya sea comunicacionales, sociales, y cualquier tipo de aprendizaje. También tienen un deficiente desarrollo motor. (DSM IV –TR, 2000).

A partir del 2013 se encuentra vigente el DSM 5, el mismo denomina al retraso mental, *discapacidad intelectual* (trastorno del desarrollo intelectual), y lo ubica en el eje de los trastornos del desarrollo neurológicos. Al igual que el DSM IV, sostiene que existen cuatro niveles, leve, moderado, grave y profundo.

Los criterios de clasificación para el DSM 5 son tres, en primer lugar tiene en cuenta las limitaciones de las funciones intelectuales, resolución de problemas, razonamiento lógico, aprendizaje escolar, evaluados con test de inteligencia y

pruebas clínicas. En segundo lugar, resalta las limitaciones para la autonomía, el desarrollo social, y la necesidad de recibir apoyo para poder desenvolverse en el las tareas de la vida cotidiana. Y por último determina que el inicio de estas deficiencias intelectuales y adaptativas son durante el período de desarrollo.

El retraso mental está determinado no solo por el nivel intelectual si no por tres ejes que interactúan entre sí, el ambiente, las capacidades y el apoyo. Teniendo en cuenta que el retraso mental es multidimensional, los tratamientos son muy diversos. En la actualidad la integración, la estimulación temprana y la psicología ocupan un lugar muy importante en la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren este trastorno (Belloch A, 2009).

La integración está condicionada por las limitaciones en las habilidades sociales que estos niños presentan.

3.2. Habilidades sociales

Se definirá a las conductas socialmente habilidosas a todas aquellas realizadas por una persona de un modo adecuado en un contexto interpersonal. Mediante estas el individuo podrá expresar sus deseos, opiniones y sentimientos de un modo adecuado y sin faltarle el respeto a los demás, intentando resolver problemas y evitar futuros inconvenientes (Caballo, 1986).

Kelly (1982), a su vez define a las habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas, identificables, que las personas utilizan en situaciones interpersonales con el fin de lograr o mantener la aceptación de los demás.

Los bebés son sociables desde que nacen, desde una temprana edad aprenden a distinguirse de su madre, y a comunicarse con los otros. Descubren que si tienen hambre, frío, calor o algo les molesta, deben hacerlo notar para que alguien los asista, entonces utilizan el llanto que hasta el momento es la única forma de solicitar la atención de sus cuidadores. Este instinto social también permite que el niño a medida que crece aprenda en otras áreas, la emocional, la del lenguaje y también el área cognitiva (Newman, 2009).

Según este autor, los niños necesitan sentirse seguros en su entorno familiar para poder desarrollar de manera normal sus vínculos fuera de este ámbito. Ellos deberán confiar para poder tomar riesgos sin temor a equivocarse y que esta equivocación los frustre. Las primeras reglas de habilidades se las dan sus padres, el niño necesita límite y para ello pone a prueba a sus cuidadores. Pero es en el momento de escolarizarse cuando entiende desde la práctica el concepto de que hay otro con el que debe interactuar y tiene la necesidad al mismo tiempo de que lo acepten y de hacer respetar sus intereses. Hasta ese momento los niños creen que todo el mundo piensa y siente como ellos, al encontrarse con otro fuera de su entorno familiar, comienza a darse cuenta que esto no es así (Newman, 2009).

Los niños deben aprender las reglas de habilidades sociales que esta nueva sociedad, la escuela, tiene. Deben aprender a no lastimar al otro, a interactuar con sus compañeros, a respetar a sus maestros, a distinguir lo que le pertenece y lo que no. Las amistades que establece en los primeros años, son superficiales y están relacionadas con los intereses de ese momento, compartir un juguete, realizar alguna actividad. Con el paso de los años los vínculos que van entablando los niños son más profundos y duraderos. A medida que crecen las amistades pasan a ocupar un lugar de mayor importancia en sus vidas. Los niños cuando son pequeños no saben lo que es correcto o incorrecto, solo siguen las reglas que los adultos les dan. Por medio de castigos y recompensas los niños internalizan las habilidades sociales para poder formar parte de su grupo de pertenencia (Newman, 2009).

Desde otra perspectiva, para la teoría del aprendizaje de habilidades sociales y la coerción funcionan de la misma manera en el ámbito familiar y el escolar. Cuando un niño con problemas de conducta ingresa al sistema escolar, son sus propios compañeros los que lo expulsan del grupo, y esto hace que empiece una espiral descendente en donde a este niño se le empiezan a cerrar las posibilidades de sociabilizar y esto hace que cada vez se limiten más sus habilidades sociales. En otras palabras niños disruptivos son marginados de sus

grupos de pertenencia y esto hace que cada vez tengan menos ámbitos donde interactuar y de esta manera poder regular sus habilidades sociales. Esto también traerá aparejado que el niño forme parte de un nuevo grupo de pertenencia, con características similares, con lo cual esto solo empeorará su conducta y estará en contacto con grupos de riesgo. Generalmente los profesores expulsan a estos niños de las aulas y esto complica mucho más la futura integración. Es necesario promover la integración, con una adaptación curricular para colaborar con la futura inserción de estos niños a futuro en la sociedad. La primera forma de sociedad es la familia y la relación madre-hijo la primer forma de vínculo que tiene el niño, y esto condicionara la manera en que se relacionara con su entorno en el futuro.

3.3. Vínculo Madre-hijo

Bowlby (1982) realizó sus desarrollos sobre el apego basándose en su trabajo clínico como psiquiatra. Investigó y observó a niños, realizando trabajos sobre lo importante que son las relaciones familiares y de la necesidad de que los miembros de la familia formen parte del trabajo terapéutico con esos niños. Explica que los vínculos afectivos entre los niños y las personas que le dan cuidado y protección poseen un origen biológico y que los bebés intentan constantemente mediante sus conductas el acercamiento a esos adultos protectores.

La teoría sobre el *apego* desarrollada por Bowlby (1982) se centra en el estudio de los procesos que los niños despliegan para desarrollar sentimientos de confianza y protección materna y/o adulta. Esta teoría, intenta describir de qué manera afectan los primeros vínculos entre el niño y su cuidador, en el desarrollo de la personalidad del niño. El hombre por sus características, necesita en sus primeros años de vida un cuidador ya que no puede valerse por sí solo para sobrevivir. El apego es un sistema que se pone en marcha en situaciones de novedad, *stress* o peligro y su objetivo es mantener la atención de la figura de apego (Casullo & Fernández Liporace, 2005).

Bowlby (1982) indica que los sistemas de apego infantiles tienen características parecidas a los desplegados por los adultos.

Ainsworth(1991) basándose en la teoría de Bowlby, y luego de realizar varios estudios, que consistían en observar las reacciones de infantes de 12 meses, al ser separados de sus madres luego de un periodo de juego y luego reencontrarse con ella, describió tres tipos de apego, *apego seguro*, *apego ansioso evitativo ambivalente* y *apego desorganizado*. Apego seguro, es aquel que se da cuando el cuidador da señales de protección, cuidado y cariño al bebe, esto permite que el niño desarrolle un sentimiento de confianza. El apego ansioso evitativo, se origina cuando el bebe percibe que no son atendidas sus necesidades, los niños se sienten inseguros, esto hace que se les dificulte desarrollar en un futuro un sentimiento de confianza. El apego ansioso ambivalente, se origina en una separación que el niño vive de manera angustiada debido a que el adulto no ofrece confianza. Por último el apego desorganizado se origina el cuidador ante las demandas del niño da respuestas inapropiadas, esto genera en el niño inseguridad y ansiedad. El niño depende de su cuidador desde que nace, y el tipo de vínculo que se da es el que determinara el tipo de apego (Casullo & Fernández Liporace, 2005).

3.4. Psicología Cognitiva

3.4.1. Antecedentes e historia del modelo cognitivo

En 1948 se realizó el Simposio de Hixon, en el Instituto de Tecnología de California, con el objetivo de realizar una puesta en común acerca de las distintas teorías sobre la conducta. Inesperadamente los expositores presentaron teorías innovadoras. John von Newman, realizó un paralelismo entre la mente humana y un procesador, algo impensado hasta ese entonces. Warren Mc. Culloch, planteó el interrogante sobre cuál es la manera en que el hombre procesa la información. Por su parte Karl Lashley, puso en discusión el método que hasta el momento

dominaba la esfera psicológica, el conductismo, dando origen de esta manera a las primeras nociones de la ciencia cognitiva (Gardner, 1988).

Entre el 10 y el 12 de septiembre de 1956, se realizó en el Instituto de Tecnología de Massachusetts el Simposio sobre Teoría de la Información, al mismo asistieron científicos referentes de la teoría de la comunicación y las ciencias humanas. En la 2da jornada de este simposio, se destacan 3 exposiciones: en primer lugar Allen Newell y Herbert Simón presentaron por primera vez un teorema completo realizado en una computadora, describió “la máquina de la teoría lógica”. En 2do lugar el lingüista, Noam Chomsky, demostró por primera vez, la teoría que ya otros lingüistas habían presentado acerca de que el lenguaje tiene todas las precisiones formales de la matemática. Y por último Miller, presentó un trabajo sobre la memoria inmediata, donde afirmó que la memoria inmediata de los seres humanos se limita a siete ítems aproximadamente (Gardner, 1988).

El propio Miller llegó a la conclusión, terminado este encuentro, que la psicología experimental humana, la lingüística teórica y la simulación de procesos cognitivos en computadoras confluirían en un futuro en una misma ciencia. La comunidad científica y los historiadores coinciden que en el marco del mencionado Simposio, nace las ciencias cognitivas, entre ellas la psicología (Gardner, 1988).

Para Fernández Álvarez (1988), no es fácil establecer si la psicología cognitiva de las últimas décadas es una renovación de los anteriores enfoques en el campo de la psicología o una revolución propiamente dicha. A continuación se detallan las nociones fundamentales de esta nueva psicología:

La psicología cognitiva prioriza los fenómenos que ocurren en la mente de las personas, reaccionando de esta manera a las bases del conductismo donde la mirada omitía la mente, solo observaba el estímulo-respuesta. Este nuevo enfoque vuelve al centrarse en el pensamiento, contraponiéndose a la certeza de la objetividad del empirismo, y a la idea del hombre como un simple reproductor de la realidad que observa. La psicología cognitiva, vuelve a tomar a la persona como un

sujeto activo, con la capacidad de participar en su conducta, pasando a ser actor de su propia realidad. Nuevamente se plantea la necesidad de meterse en la mente de las personas, a indagar en los secretos de la subjetividad, para poder responder como se origina el conocimiento, poder indagar en lo que los había encerrado en la caja negra (Fernández Álvarez, 1988).

Lo antes expuesto responde a la primera revolución cognitiva, donde se supone una analogía entre el cerebro y la computadora y el principio del procesamiento de la información. Luego los científicos sostuvieron que no era suficiente esta analogía para explicar el comportamiento humano ya que las conductas de estos no son lineales como las de las maquinas sino que tienen secuencias recursivas, y están afectados por el contexto, y a partir de esto surgió lo que se denominó como la segunda revolución cognitiva. Pero fue a comienzos de los años 70, surgió la terapia cognitiva como modalidad terapéutica, sus primeros expositores fueron Aaron Beck y Albert Ellis, estos dos terapeutas tienen su origen en el psicoanálisis, y realizaron nuevos desarrollos en psicoterapia basándose en estas nociones cognitivas (Fernández Álvarez, 1988).

3.4.2. Cognición y psicoterapia

Según Beck (2005) la terapia cognitiva es un tratamiento activo, con pasos específicos y con un tiempo establecido previamente que se utiliza con pacientes que padecen diferentes alteraciones psiquiátricas. Se apoya en la creencia que el sujeto estructura el mundo de una determinada manera específica que determina cuales son los efectos de la conducta del mismo (Beck, 1995)

La terapia cognitiva afirma que hay cinco factores que deben tenerse en cuenta al momento de conceptualizar las dificultades psicológicas de una persona. Estos factores se relacionan con la fisiología, las emociones, la cognición, la conducta y el contexto interpersonal y ambiental (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Las personas tienen sentimientos y estos están asociados a su forma de interpretar mediante el pensamiento un determinado suceso. La situación es interpretada de acuerdo a como cada uno procese los acontecimientos. Dicho con otras palabras, la percepción es la que condiciona la respuesta emocional. La manera en que las personas interpretan un determinado acontecimiento, tiene una consecuencia directa en su conducta y emociones (Beck, 2000).

Según Gomar, Mandil y Bunge (2010), esto no significa que todo los sentimientos solo dependan de lo que se piensa, sino que existiría una interrelación entre pensamiento, emoción y conducta. Es decir que la conducta de las personas depende del significado que estas le adjudiquen a la situación y no a la situación en sí. El individuo puede interpretar, un mismo hecho en relación con el medio, de una manera positiva, negativa o neutra, de acuerdo a su manera de procesar la información. A esto se lo llama, dialogo interior, son los pensamientos y no los hechos los que podrían determinar el estado de ánimo.

Estas interpretaciones tienen consecuencias en la conducta y las emociones, sin importar si parten de un hecho real o no. El problema está cuando la persona usa con frecuencia y de manera rígida dichas interpretaciones. (Friedgberg & Mc Clure, 2002).

Las herramientas utilizadas en la psicoterapia cognitiva están orientadas a identificar y modificar los pensamientos distorsionados y las creencias disfuncionales que son base de estos pensamientos. De esta manera el cliente puede aprender a solucionar situaciones que en el pasado había evaluado como insuperables, utilizando la modificación de esos pensamientos (Beck, 2005).

Según Gomar (2010) el objetivo de la terapia cognitiva es que las personas logren actuar y sentir de manera adaptativa y para ello es necesario ayudar a que puedan flexibilizar estas formas patológicas de procesar la información. Los elementos que determinan el modelo de procesamiento de la información son, esquemas, creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Los *esquemas* son estructuras funcionales que representan experiencias y conocimientos pasados, a partir de ellos se busca, codifica, organiza y almacena la información. Y esto tiene consecuencia directa con los sentimientos, conductas, y pensamientos de las personas (Beck & Clark, 1997).

Beck y Clark (1997) realizaron una clasificación de los diferentes tipos de esquemas según su contenido:

- Cognitivo-conceptuales: la función es seleccionar, guardar y darle sentido a la información
- Afectivos: estados de ánimo y sentimientos
- Fisiológicos: los procesos y funciones corporales
- Conductuales: selección de conductas y respuestas
- Motivacionales: Estrategias y conductas primarias

Estos esquemas están formados por las creencias que los individuos tienen sobre el entorno y sobre sí mismos. Los trastornos psicológicos se originan por un procesamiento disfuncional de estos esquemas. (Beck & Clark, 1997). Es decir, que los esquemas son estructuras de pensamiento más o menos estables que le dan al sujeto un marco de acción y de interpretación de las situaciones de su vida. Asimismo, dichos esquemas le dan al individuo la posibilidad de investigar, codificar y valorar los estímulos propios del sujeto y los del medio, y a partir de allí, considerar cual será el curso de su conducta (Cabalda, 2011).

Beck (1995), define a las creencias nucleares como representaciones de la realidad que los seres humanos consideran verdaderas, estas son profundas y estables. Respecto a las creencias intermedias, están relacionadas con el medio, y controlan la conducta, pueden dividirse en tres tipos: presunciones, expectativas, y actitudes. Y por último los pensamientos automáticos están relacionados con una situación en particular, son rápidos, las personas casi no llegan a percibirlos.

La modificación de estas creencias nucleares en adultos baja la posibilidad de recaídas.

Cabalda (2011) afirma que las técnicas utilizadas por la terapia cognitiva están orientadas a darle herramientas al paciente para que pueda contrastar la realidad con sus pensamientos negativos, darle una mirada diferente de la situación posibilitándole que pueda dudar de la misma. Y que el cliente pueda aprender a evaluar y detectar sus pensamientos distorsionados.

Es relevante en el proceso terapéutico el vínculo que existe entre la familia y el niño. (Gomar, 2010).

3.4.3. Terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes

Generalmente los niños llegan a la consulta porque sus dificultades causan problema en algún sistema del que forman parte, puede ser en la escuela o en la familia. Teniendo en cuenta esta particularidad, el tratamiento debe prestar mucha atención a los aspectos sistémicos que rodean los problemas de los niños y diseñar tratamientos sin descuidar este aspecto (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Friedberg y Mc Clure, (2005) afirman que los síntomas en los niños no aparecen por si solos y se deben tener en cuenta las particularidades de cada caso para la conceptualización y tratamiento. La terapia cognitiva en niños, al igual que en adultos toma como centro el problema, está orientada a objetivos y es activa. Estos autores también sostienen que a diferencia de la terapia Cognitivo Conductual en adultos, cuando se trabaja con niños se debe tener en cuenta, que los niños presentan un grado menor de compromiso en el proceso terapéutico, que ellos no deciden cuando empezar y cuando terminar, tienen menores capacidades lingüísticas e intelectuales.

Por otra parte, Kendall (2000), considera que la terapia cognitivo conductual en niños y adolescentes tiene las siguientes características: está orientada a la resolución de problemas, es decir se intenta establecer cuál es el problema y se trabaja en buscar soluciones; no descuida el aspecto interpersonal, emocional y social, ya que todos estos aspectos son parte del mismo; las intervenciones se basan en la práctica, de esta manera se intenta que el niño aprenda de manera gradual y eficiente, practicar y hacer ejercitar son parte de que el proceso de cambio sea un éxito.

Estudios realizados en Estados Unidos sostienen que entre un 5% y 8% de los niños tienen problemas de indisciplina y conducta. Estos chicos alteran a sus padres, adultos y muchas veces también a los niños que los rodean. Esta manera de comportarse suele afectar a su rendimiento en la escuela e impide que desarrollen relaciones sociales adecuadas (Berkley & Benton, 2000).

Los lazos afectivos son los pilares donde el niño se apoya para transformarse en un adulto adaptado y feliz, pero como consecuencia de estos problemas de conducta es que generalmente se daña la relación padres-hijos y suele debilitar estos lazos. Los padres suelen creer que los problemas de conducta de sus hijos son excepcionales y que los otros padres con niños sin ningún trastorno no los padecen. La pérdida de control sobre sus hijos es un problema muy común entre los padres (Berkley & Benton, 2000).

Caballo (2005) afirma que existen más de 200 tipos de intervenciones psicosociales para niños con trastornos y sus familias. Si bien es muy ecléctico, todos coinciden que los tratamientos cognitivos conductuales son los más efectivos en niños. Sostiene que las últimas investigaciones demuestran que los niños que reciben este tipo de terapias tienen mejorías notables comparándolos con los que no las tienen.

3.4.4. Proceso terapéutico focalizado en orientación a padres

No se puede realizar terapia infantil sin hacer que los adultos involucrados en la crianza del niño participen del proceso. Los terapeutas deben lograr que los padres formen parte de la terapia. Teniendo en cuenta que el niño solo pasa en el consultorio una o dos horas semanales, y el resto de su vida con sus padres, es de total importancia que estos sigan el plan de acción que les propone el terapeuta para asegurar el éxito del tratamiento. Para trabajar con padres la primera estrategia a tener en cuenta es la educación, estos deben tener la información básica y necesaria para acompañar el proceso terapéutico (Friedberg & McClure, 2005).

Según Wilner y Levy (2000) cuando un padre lleva a su hijo a la consulta, se debe tener en cuenta al momento de empezar el tratamiento, tanto el diagnóstico individual del niño como la interacción de la familia. Esto será la base para poder planificar el mejor abordaje para solucionar el problema que se plantea en el motivo de consulta.

Berkley y Benton (2000), desarrollaron un programa de entrenamiento a padres para el manejo de las conductas oposicionistas y desafiantes en niños. Según los autores este programa es utilizado en cualquier tipo de trastorno que requiera psico educación en la conducta del niño. El mismo consta de ocho pasos que intentan guiar a los padres para ayudar a sus hijos a convertirse en adultos adaptados. Este programa será implementado por un terapeuta y el tiempo aproximado es de ocho semanas, una por cada paso. Los padres de niños con problemas de conducta suelen tomar distancia y dejan de prestarles atención a sus hijos, intentando ignorar el mal comportamiento. Con esta actitud lo único que hacen es empeorarlo. El objetivo principal de este entrenamiento a padres es que los padres re aprendan a dar a sus hijos la atención adecuada, para de esta manera guiarlo y acompañarlo en la mejora de su conducta.

Antes de empezar con el programa es importante que el terapeuta ayude a los padres a que busquen algunas de las causas de las conductas de sus hijos,

para que de esta manera puedan trabajar sobre ellas para modificar la conducta incorrectas de sus hijos. Luego de esta primera etapa los padres ya están en condiciones de comenzar con el programa de entrenamiento a padres (Berkley & Benton, 2000).

El primer paso consiste en técnica relativamente simple, llamada tiempo especial, y que ofrece beneficios que no se perciben a simple vista. La actividad consiste en tener durante el día, entre 15 y 20 minutos exclusivamente dedicados a un tiempo de juego relajante con su hijo. El objetivo es que los padres aprendan a prestar atención hacia lo positivo y recuperar su confianza. La atención de los padres deberá tener un nuevo valor para sus hijos. Uno de los beneficios más importantes de esta atención positiva es la reconstrucción de una relación cercana y de confianza. Hay tres reglas que los padres deben seguir en este espacio: no dar órdenes ni hacer correcciones, no hacer preguntas intrusivas y elogiar de manera selectiva (Berkley & Benton, 2000).

El segundo paso consiste en utilizar esta nueva forma de atención y el elogio para lograr que el niño obedezca. Les deberán dar órdenes efectivas, prestar atención y elogiar al niño siempre que cumpla con lo pedido. Es muy importante que el adulto no deje pasar inadvertidos los logros del niño. Los padres deben ser pacientes ya que algunos niños necesitan tiempo para que el elogio funcione (Berkley & Benton, 2000).

En el tercer paso los padres deberán aprender a reforzar a sus hijos cuando se porten adecuadamente, no solo prestándoles atención y elogiándolos sino también utilizando privilegios y recompensas concretas que el niño desee. Lo que deben hacer esta semana es establecer un sistema de refuerzos en donde el niño gane puntos por realizar determinadas tareas cuando se le pide y después pueda canjearlos por privilegios o recompensas que el valore (Berkley & Benton, 2000).

El paso cuatro tiene como objetivo preparar a los padres para enfrentar como mínimo una desobediencia ocasional. Si no se entrena a los padres para estas posibles recaídas es probable que los viejos hábitos de interacción salgan a

la superficie y con una alta probabilidad de volver al punto de partida. En este paso el terapeuta debe dar técnicas de castigo a los padres para reforzar las etapas anteriores. Estas además de dar un empuje a los esfuerzos en la aplicación de los incentivos, también darán el puntapié final a cualquier vestigio de los viejos modos que utilizaba para modificar la conducta de su hijo. La importancia de esta nueva forma de castigo es que debe ser firme y consistente. Se debe en primer lugar sancionar los comportamientos inadecuados, quitando los puntos ganados que le daban al niño algún beneficio final. Si esto no funciona el padre deberá implementar una técnica llamada, *tiempo fuera* que consiste en sentar en una silla al niño durante algunos minutos para que reflexione sobre su conducta (Berkley & Benton, 2000).

El quinto paso es un periodo de reflexión, de acercamiento y reconciliación. En esta etapa es importante la evaluación y un balance de la eficacia de las distintas técnicas utilizadas hasta el momento. Si el niño y el padre han ido avanzando acorde a las expectativas del tratamiento y de no ser así analizar y profundizar en los puntos donde mayores desvíos se puedan observar. No todos los niños con conductas desafiantes responden de la misma manera, ni todos los padres logran aplicar con la misma eficacia las distintas técnicas (Berkley & Benton, 2000).

En el sexto paso el terapeuta intentará entrenar a los padres adelantarse a situaciones donde su hijo tenga conductas inapropiadas en lugares públicos. Pensar por adelantado puede servir para hacer que lo imprevisible no llegue a ser incontrolable. Pensar en voz alta puede servir para recordar a su hijo que usted pretende un buen comportamiento independientemente del lugar donde se encuentren. Lo importante a tener en cuenta en esta etapa es que los padres, piensen con antelación, piensen en voz, impongan las consecuencias, y empiecen a aplicar las mismas técnicas que utiliza en su casa (Berkley & Benton, 2000).

El séptimo paso está orientado a que los padres logren replicar el tratamiento en el ámbito escolar. Si en este tiempo no han recibido quejas del colegio este paso se podrá evitar. Si por el contrario la conducta del niño en la

escuela es inadecuada, los padres deberán transmitir al maestro el entrenamiento del que están participando para que estos lo intenten replicar en el colegio (Berkley & Benton, 2000).

El último paso es un gran salto para los padres de niños con problemas de conducta. Es este punto es donde el terapeuta deja de acompañar a los padres y estos deben estar plenamente convencidos de que los estos últimos meses han sido de gran provecho y que todo lo que ambos han aprendido tendrá beneficios para su relación y para que el niño se lleve mejor con los demás. El trabajo de los padres continua, solo que no será necesario la aplicación de las técnicas al pie de la letra, pero si deberán seguir estando guiados por el entramado de principios de este programa. Por eso un objetivo importante en este último paso será proporcionarles un método para revisar su propia conducta siempre que vea que la de su hijo parece empeorar (Berkley & Benton, 2000).

3.4.5. Capacitación emocional

Gottman y DeClaire (1997), han realizado durante más de una década, investigaciones acerca de la dinámica familiar y las interacciones emocionales entre padre e hijo y el impacto que estas podían causar en bienestar a largo plazo de sus hijos. En gran parte de los entrenamientos a padres, se focaliza en la psico educación, dejando de lado emociones. Si bien el amor por sí solo no es suficiente, tampoco lo son las teorías educativas. La clave para tener éxito como padres no está en teorías complejas, se basa en los sentimientos más profundos de amor. Ser buenos padres comienza en el corazón y estar presentes de una manera particular en lo momentos importantes.

Según Gottman y DeClaire (1997), existen padres que les dan a sus hijos una guía acerca del mundo emocional, y aquellos que no lo hacen. A aquellos que se comprometen con los sentimientos de sus hijos se los denominarán entrenadores de emociones, estos enseñan estrategias para que sus hijos

enfrenten los avatares de la vida. Es común que los padres sean cariñosos pero que no tengan la habilidad de enfrentar las emociones negativas.

Gottman y DeClaire(1997), realizan la clasificación que a continuación se detalla: el padre desdeñoso, este estilo de padres no le da importancia a los sentimientos de sus hijos, debido a que no siente seguridad ante las emociones, las emociones negativas de su hijo lo incomodan, lo angustian, cree que estas son perjudiciales, por tal motivo tiende a minimizarlas. No sabe cómo resolver los problemas que su hijo le presenta y tiende a esperar que el tiempo lo solucione. Los efectos de este estilo de padre sobre los niños son, en primer lugar que los niños creen que sus sentimientos son inapropiados y que algo malo puede sucederles por sentir de esa manera. Estos niños generalmente no pueden controlar sus emociones.

El padre desaprobador, tiene un actitud similar al desdeñoso pero es más extremo, cree que las emociones negativas debilitan a las personas, que reflejan rasgos negativos de la personalidad, que los niños deben ser emocionalmente fuertes para enfrentar la vida y por tal motivo trata de controlar este tipo de emociones, ya que son nocivas y representan una pérdida de tiempo. Los efectos en los niños de estos padres son muy parecidos a los del padre desdeñoso.

El padre permisivo, no tiene impedimento en que el niño manifieste sus emociones negativas, pero no le facilita ninguna guía para su conducta, no le pone límites, no le da información a su hijo sobre lo que está sintiendo, no lo asiste en la resolución de problemas. Los efectos de este estilo son que los niños tienen problemas para relacionarse con su entorno y no saben regular sus emociones.

Por último están los padres dedicados a la capacitación emocional, estos no son muy distintos a los permisivos, si bien estos aceptan los sentimientos de sus hijos, los padres dedicados a la capacitación emocional de sus hijos ayudan a aceptar las emociones negativas, ponen límites a las actitudes incorrectas y enseñan a los niños a regular sus emociones, dándoles herramientas para que puedan resolver sus propios problemas.

4. Método

4.1. Tipo de estudio

La metodología que se utilizó en el presente trabajo fue descriptiva, diseño, caso único, no experimental.

4.2. Participantes

-A, una menor, de 7 años de edad con un diagnóstico de retraso mental leve, con hipoacusia y limitaciones en habilidades sociales. Ana vive solo con su madre. No tiene hermanos. Su abuela materna es la única que colabora con la crianza de la niña.

-M, mama de A, de 45 años, divorciada. Con un padre ausente que no participa en el tratamiento.

-Dos terapeutas del equipo, una trabajará M en orientación a padres, y la otra con madre e hija intentando aplicar la psico-educación realizada a la madre. Ambas terapeutas tienen orientación cognitiva y forman parte de la institución desde el 2010.

4.3. Instrumentos

-Observación participante: en las sesiones terapéuticas de M y A, esta consistió en asistir a cuatro encuentros del tratamiento, tanto en la Fundación como en el domicilio de las consultantes.

-Entrevistas semi-dirigida a las terapeutas: estas suministraron datos para: profundizar sobre el motivo de consulta, conocer las características de la

personalidad de las consultantes, y el tipo de vínculo que existe entre ellas, además se pudo conocer cuáles fueron las estrategias de abordaje en el tratamiento.

-Historia clínica En la misma figura el motivo de consulta y diagnóstico y datos relevantes de las entrevistas. De ella se relevaron los siguientes datos: diagnóstico, motivo de consulta, medicación que toma la niña, otros tratamientos que realiza.

4.4. Procedimiento

Inicialmente se realizó una reunión con las dos terapeutas, para leer las historias clínicas de ambas consultantes, madre e hija, y para realizar la planificación del tratamiento a seguir.

Luego se realizó una entrevista con cada una de las terapeutas con el objetivo de conocer los detalles del caso:

Motivo de consulta, derivante, diagnóstico presuntivo, características de la relación madre-hija, anamnesis de la consultante. Las mismas se llevaron a cabo en el consultorio que las profesionales tienen en la fundación y cuya duración aproximada de 45 minutos cada una.

Se realizó una observación participativa, la misma fue durante cuatro encuentros, dos con la madre y dos con la madre y la hija. Los encuentros con la madre se realizaron una vez por semana en los consultorios de la institución y cada uno tuvo una extensión de una hora, el objetivo de esta observación fue poder ver las intervenciones realizadas en la psicoeducación del adulto.

Respecto a las sesiones con la madre y la niña se llevaron a cabo en el domicilio de ambas. La frecuencia de estos encuentros fue semanal y la duración de una hora y en este espacio se observó la implementación de las técnicas aprendidas en la sesión individual del adulto.

5. Desarrollo

M, mama de A, llegó a la institución con su hija, como consecuencia de una derivación de la psicopedagoga de la escuela a la que concurre la menor. El motivo por el cual la madre realiza la consulta es el problema de conducta de su hija, M dice no poder controlar a la menor. Las primeras entrevistas, o admisiones, están a cargo de la directora con el objetivo de derivar el caso al profesional o a los profesionales cuyo perfil se adapte mejor al paciente en cuestión. Este caso fue derivado a dos terapeutas, una trabajaría con la nena y la otra con la madre.

5.1. Describir la modalidad del vínculo madre hija y las habilidades sociales de la niña

Una semana después de la admisión, la mama de A tuvo su primera entrevista con la terapeuta que le había sido designada en la institución. M llegó unos minutos tarde manifestando que no sabía si iba a poder venir ella sola a las próximas sesiones ya que no tenía con quien dejar a su hija. En la admisión se le había explicado la importancia y la necesidad de este espacio, y ella aceptó estas condiciones. La terapeuta volvió a resaltar la importancia de estos encuentros para poder trabajar en la mejora de su hija. En este marco comenzó el primer encuentro. M parecía angustiada y ansiosa a la vez, manifestó que no sabía cómo comunicarse con su hija, que sentía que había una gran distancia entre ambas. Se le pidió que sea un poco más precisa y que dijera en que situaciones se sentía de esa manera, y respondió, que casi todo el tiempo, que A no le hace caso, que hasta darle de comer es un problema, que no sigue ninguna consigna que ella le dé, manifestó con frase como: “no me hace caso” dijo, “me hace pasar papelones en la calle”, “me muero de vergüenza”.

La terapeuta le pidió a M que le cuente algún episodio en donde ella recuerde haberse sentido de esta manera. Sin necesidad de pensar demasiado la paciente comenzó a hablar, y relato lo sucedido el fin de semana. Habían ido al

parque de diversiones y la niña hizo un berrinche tras otro. Contó, “cuando un nene de 3 años se subió al autito que ella quería de la calesita, empezó a llorar a los gritos y no la pude hacer callar”, “y como siempre terminamos yéndonos”.

Se puede observar que la madre no termina de comprender las limitaciones de la niña. El diagnóstico de A es retraso mental leve, tal como lo define el DSMIV-TR, los criterios de clasificación de este trastorno son, limitaciones en las funciones intelectuales, y en la autonomía, estos individuos necesitarán ayuda para desenvolverse en las tareas de la vida cotidiana. M pretende que A actúe como una niña de 9 años sin ningún tipo de retraso. Este es uno de los mayores obstáculos que se observan en el vínculo entre ambas. La madre intenta que la niña tenga conductas que no puede tener debido a sus limitaciones, tanto en el área intelectual, en la conducta adaptativa y en el ámbito social (Luckasson, 2002).

En los distintos encuentros con A se pudo observar la pobreza en sus habilidades sociales. Esto es característico de los niños con retraso mental y fue agravado por el vínculo que se estableció con su madre. Ésta intenta tapar las dificultades de su hija actuando por la menor, no se toma el tiempo o necesario para que la niña aunque sea intente resolver una de las tantas dificultades que se le presentan con autonomía. M no soporta verlas limitaciones de su hija y es por eso que actúa por ella. Esto aumenta la dependencia entre la niña y su madre, ya que la niña encuentra en este hacer de su mamá la solución a todos sus obstáculos. Por su parte la madre está sobrecargada, ya que todo pasa por ella. Manifiesta estar muy cansada y sentirse muy sola con la crianza de su hija: “Desde que A nació yo no tengo más vida” dijo, “el padre se fue cuando A tenía cuatro meses y desde ese momento yo estoy sola para todo”. La terapeuta tomó estas últimas afirmaciones como punto de partida del tratamiento. El objetivo planteado fue tratar de ayudar a M para que ella pueda ayudar a su hija.

Existe una interrelación entre el pensamiento, la emoción, y la conducta, esto significa que es más importante el significado que las personas le adjudiquen a una situación que la situación en sí. Las interpretaciones tienen una

consecuencia directa en las emociones y en la conducta, más allá del hecho real (Friedberg & Mc Clure, 2005). En las próximas sesiones, se trabajó para intentar flexibilizar las formas patológicas de procesar la información de M.

5.2. Describir la orientación realizada a los padres en el tratamiento de una niña con retraso mental leve.

El segundo encuentro se realizó en la casa de las consultantes, al llegar bajaron ambas, según palabras de la mamá, A estaba muy ansiosa esperando la llegada de la terapeuta. “Quiere jugar con vos”, dijo la madre, y la niña tomó de la mano a la terapeuta intentando llevarla a su cuarto. “Te quiere mostrar los juguetes”, insistió la madre, “por favor anda a jugar con ella, si no se va a poner a llorar”. Explicó que la nena llega muy cansada del colegio y las actividades terapéuticas, y que es imposible contradecirla. En este marco comenzó la primera sesión con madre e hija.

La profesional explicó a madre e hija que ella no había ido a jugar con la niña y que el objetivo de estos encuentros era mejorar la comunicación y la conducta de la niña. Ante esta afirmación la madre se mostró más disconforme que A. Y le dijo a la terapeuta que ella no tenía tiempo de jugar, que trabajaba todo el día y que cuando llegaba a la casa tenía que hacer todo ya que estaba ella sola al frente del hogar.

La terapeuta utilizó el programa de entrenamiento a padres, desarrollado por Berkey y Benton (2000). Este programa, como ya se explicó, fue creado originalmente con el objetivo de entrenar a padres en el manejo de las conductas de niños oposicionistas desafiantes, pero luego se descubrió que era aplicable a la psicoeducación para cualquier tipo de trastorno. Este programa consta de ocho pasos y el objetivo es poder aplicarlo en el lapso de dos meses a razón de un encuentro por semana. Esto se flexibilizó de acuerdo a las particularidades de cada caso.

Tal como lo indica el programa, la terapeuta explicó a la madre el primer paso, este se llama *tiempo especial*, y consiste en que los padres entiendan la importancia de dedicarle a su hijo todos los días, 20 minutos de atención plena, creando un espacio de juego entre ambos. Con el objetivo que los padres vuelva a conectarse con los aspectos positivos de sus hijos. Con este fin y a pesar de la negativa de M la profesional le propuso que como primer paso se deje llevar por la niña, que en esta ocasión ella se sumaría al juego. A llevo a ambas a su cuarto y propuso poner música, se disfrazó y las invito a bailar. Madre e hija luego de pasar el primer momento de tensión, por la falta de costumbre, pudieron relajarse.

Luego, la terapeuta le pidió a Ma que intentara, generar este espacio de juego todos los días, que dedique 20 minutos diarios a estar con su hija, sin dar órdenes, ni hacer correcciones, sin hacer preguntas intrusivas y elogiando de manera selectiva, tal como lo proponen Berkey y Benton (2000). M trató de excusarse diciendo que cuando están solas es imposible que pueda, que lo va a intentar pero que la nena no quiere jugar con ella. La profesional le propuso que lo intente que hasta que esto no suceda no podrán avanzar con el plan de psico educación. Además solicitó a la madre que realice un registro escrito de estos encuentros y detalles sobre los posibles cambios en la conducta de su hija. Explicado esto último se dio por finalizado el encuentro.

La siguiente sesión fue en la institución y debía concurrir M sola, este espacio tenía como objetivo dar herramientas a la paciente para que pueda cambiar sus pensamientos negativos y que tenga una mirada diferente de la realidad (Cabalda, 2011). M llegó al encuentro bastante angustiada ya que no había podido generar el espacio de juego tal como se le había pedido. La terapeuta le pidió que le contara que era lo que había sucedido y la paciente contó con detalles cada intento (desde su percepción), frustrado. En realidad pudo generar este tiempo de juego, lo que no pudo hacer es conectarse ella con el juego, pretendiendo que la niña siga sus reglas y no seguir ella las reglas de su hija. El rol de la terapeuta fue trabajar sobre los esquemas disfuncionales

formados por estas creencias que la paciente tiene sobre ella misma y su entorno (Beck & Clark, 1997).

El tercer encuentro fue en el domicilio con madre e hija, al llegar la terapeuta encontró una escena parecida a la de la primera vez, una madre con poco dominio de la situación y una niña intentando hacer lo que quería con los adultos. La profesional repitió lo dicho en el primer encuentro, solo que esta vez ya no participó del tiempo de juego y se mantuvo como observadora. Luego de tomar algunas notas, le preguntó a M si había podido realizar el registro por escrito de lo sucedido durante esta primera semana de trabajo con su hija. A lo que M respondió de manera afirmativa, diciendo que le cuesta mucho, y que no encuentra cambios en la conducta de la niña.

La terapeuta le mostró a M los cambios de conducta que había tenido su hija. Para la niña es positivo que su mamá le preste atención, y le dedique tiempo de manera positiva. La terapeuta tuvo que explicarle a M que su hija tiene otros tiempos de aprendizaje, pero que igual aprende. Según Luckasson (2002), el retraso mental es una limitación en el área intelectual y esto afecta a la conducta adaptativa y al desenvolvimiento de la persona en el ámbito social. Teniendo en cuenta esto último la terapeuta intentó bajar a la realidad las expectativas de M. Los cambios que podrá realizar su hija no son los que ella espera, pero eso no quiere decir que no se están dando.

El próximo paso es, continuar con el tiempo especial, y aprovechar esta confianza y atención que se generó a partir de esta actividad, para comenzar a dar tareas a la niña, en un principio no serán acatadas las ordenes, pero a medida que la madre vaya teniendo un pequeño atisbo de responder, el adulto deberá elogiar al niño por obedecer a lo que se le ha pedido. En este caso también deberá realizar un registro de la conducta de la niña. Este es el segundo paso del entrenamiento a padres de Berkley y Benton, (2000).

El próximo encuentro fue a solas con la madre en la institución, en esta ocasión M, llegó a la consulta enojada, planteó a la terapeuta que no estaba

conforme con lo que se estaba realizando, que su idea original era que las profesionales sean las que le enseñen a su hija y ella poder liberarse un poco de esta función que tanto le costaba y que tan poco resultado le daba. Y además, no le interesaba realizar una terapia para ella, que bastante mal estaba como para encima tener que enfrentarse con eso todas las semanas. Que este tratamiento le salía muy caro, le demandaba mucho esfuerzo y ella veía pocos beneficios. Esto desconcertó a la terapeuta, según comentó luego en la supervisión semanal, ya que no había percibido el descontento de la paciente. Sí bien M siempre se mostró reticente a las propuestas, nunca dejó de intentar realizar todo lo que se le pidió.

En este momento la terapeuta le explicó que esta era la manera que la institución consideraba como la mejor para la evolución de A. Era necesario que ella como mamá participe en el programa de entrenamiento, ya que ella es la que estará durante toda la vida con su hija. Como afirman Friedberg y Mc Clure (2005), no se puede realizar ningún proceso terapéutico en niños si no participan los adultos que están involucrados en la crianza del menor, el niño solo pasara un par de horas por el consultorio y el resto de la semana estará con sus cuidadores, el éxito del tratamiento dependerá de que los cuidadores sigan el plan de acción propuesto por los profesionales a cargo.

Luego de esta intervención fue necesario replantear el tratamiento, se debió poner foco en la terapia de la madre, para que esta pueda trabajar con la niña. Las creencias nucleares de M impedían que se pudiera avanzar en el tratamiento de su hija. Las creencias nucleares son representaciones de la realidad que las personas consideran como reales, estas son estables y profundas, la modificación de estas creencias baja la posibilidad de recaídas (Beck, 1995). A partir de esto momento se comenzó a trabajar con mayor profundidad con la mamá para poder avanzar en las mejoras de la conducta de la menor. Las terapeutas no llegaron al diagnóstico de M.

En las próximas sesiones se debió replantear, sesión a sesión los pasos a seguir en la psico educación de A. Las terapeutas intentaron avanzar en los ocho pasos del programa de entrenamiento a padres de Berkley y Benton (2000). Con

el transcurso del tiempo comenzaron a trabajar en la capacitación emocional, basándose en las investigaciones realizadas por Gottman y DeClaire (1997). Estos autores afirman que existen padres que les dan a sus hijos una guía acerca del mundo emocional ya aquellos que no lo hacen. Los primeros son los que les transmiten a sus hijos estrategias para enfrentar los avatares que se les planteen en la vida. La mamá de A está entre los padres que no tienen la capacidad de formar a sus hijos en el campo emocional, sencillamente porque ella tiene dificultades para transitar su propia emoción. Según Gottman y DeClaire (1997), M estaría entre los padres desaprobadores, estos creen que las emociones negativas debilitan a las personas y que los niños deben ser emocionalmente fuertes para enfrentar la vida. Estos padres generalmente no saben cómo resolver los problemas de sus hijos y esperan que las cosas se resuelvan con el pasar del tiempo por si solas, sin enfrentarse a ellas, ya que de esta manera ambos deberán experimentar emociones negativas y estas solo los debilitara como personas.

Teniendo en cuenta que el tratamiento fue abandonado, no se pudo pasar del tercer paso del entrenamiento a padres.

5.3. Describir los cambios que se producen a partir de las intervenciones terapéuticas en el vínculo entre madre e hija.

En el transcurso del tratamiento se pudieron observar importantes cambios en el vínculo madre e hija. La madre en el comienzo del tratamiento se sentía incapaz de cambiar la manera de relacionarse con su hija. En las primeras sesiones se observó un abismo entre madre e hija. La mamá estaba esperando que desde la terapia la niña cambie su conducta, pero el tratamiento que se le planteó desde la institución se enfocó en crear un vínculo positivo entre ambas. Se le explicó a la mamá que ella era la única que podía hacer que su hija cambie. Esto llevo muchos replanteos y cambios en el contenido de las sesiones, se pasó de un contenido netamente cognitivo-conductual a profundizar en las emociones de la madre, para desde ese lugar poder avanzar en mejorar el vínculo.

El espacio de juego, llamado *tiempo especial*, al que M se resistió durante casi todo el proceso fue lo que originó un cambio radical en la relación entre madre e hija. Se pudo observar durante el transcurso de las sesiones la manera en la que ambas se permitían disfrutar de este espacio, donde la mamá podía despreocuparse y sentir que no era necesario poner reglas y la niña no sentía la obligación de responder de una manera determinada. Tal como lo sugieren Berkley y Benton, (2000), la importancia de este espacio es que el niño vuelva a ver a su padre como un aliado, con el que puede ser como realmente es, y deje de verlo como alguien que lo único que hace es dar órdenes y castigos. Y el padre puede volver a encontrarse en un espacio de goce con su hijo, dejando atrás al menos por 20 minutos al día los problemas de conducta de su hijo. A partir de esta nueva manera de relacionarse entre madre e hija se pudo trabajar para mejorar la conducta de la niña.

5.4. Describir los cambios que se producen a partir de las intervenciones terapéuticas en las habilidades sociales de la niña.

Según Caballo (1986), las habilidades sociales son todas aquellas conductas que las personas realizan de manera adecuada en un contexto interpersonal. A través de estas habilidades el individuo expresara sus opiniones, deseos y sentimientos, sin faltarle el respeto a los demás. Esta área era realmente un problema en la vida cotidiana de A y M, de hecho fue el motivo de consulta por el cual se acercaron a la institución, derivadas por la psicopedagoga del colegio al que asistía la menor.

El ser humano es sociable desde que nace, se comunica desde su nacimiento para poder sobrevivir, ya que depende de esto para ser alimentado, recibir abrigo y cuidado de su madre o cuidador. Los niños necesitan sentirse seguros en su entorno familiar para poder desarrollar vínculos normales fuera de este ámbito. Las primeras reglas de habilidades se las deben dar sus padres, el niño necesita límites y son sus cuidadores los responsables de poner estos límites

(Newman, 2009). Claramente se pudo observar la falta de límites con la que Ana llegó a la primera consulta, y eso es lo que entre otras cosas daba origen a los problemas de conducta que la niña tenía. Mientras que la nena estaba dentro de su casa con su mamá, hacia lo que quería ya que M no le ponía límites porque esto no solo era muy trabajoso para ella, sí que además la frustraba y la ponía en contacto con la discapacidad de su hija.

Pero en el entorno escolar o en cualquier ámbito donde la niña debía interactuar aparecía el evidente problema de conducta, originado en su discapacidad y en la falta de límites. Un niño con problemas de conducta es marginado por sus propios compañeros en el ámbito escolar y esto hace que el niño empiece a tener cada vez más dificultades a la hora de sociabilizar y esto limita cada vez más sus habilidades sociales, es un circuito que se retroalimenta negativamente (Newman, 2009). Esto es lo que le estaba pasando a A, el trabajo de las terapeutas tuvo como objetivo que M pueda volver a vincularse con su hija y desde este nuevo lugar comience a poner límites a su hija. Se pudo observar cambios muy positivos en la conducta de A, ya que mejoró su manera de relacionarse con su mamá y esto permitió mejorar sus habilidades sociales en los distintos ámbitos.

6. Conclusiones

El presente trabajo final de integración, se realizó la descripción del proceso terapéutico de un caso clínico de una niña de 7 años con retraso mental leve, con un problema vincular con la madre, y limitaciones en sus habilidades sociales. El caso fue abordado desde un enfoque cognitivo focalizado en la orientación a padres. Las consultantes llegaron producto de la derivación de la psicopedagoga de la escuela a la que concurría la menor. La mayoría de los niños llega a consulta porque está teniendo conductas desadaptativas en alguno de los sistemas en los que interactúa (Friedberg & McClure, 2005). La institución tiene un enfoque cognitivo y profundiza el trabajo en la orientación a padres. En la misma se busca que los padres o cuidadores se involucren y comprometan en el

tratamiento de los menores en cuestión, ya que es la única manera que el proceso terapéutico pueda tener éxito, si se tiene en cuenta que el niño solo está un par de hora a la semana en el consultorio. El resto de su vida estará con sus padres y es por eso la importancia que se le da a su entrenamiento, ya que ellos serán el pilar más importante en el que el terapeuta se apoyara para que su trabajo se pueda mantener en el tiempo.

Luego de la admisión, se presentó el caso en el espacio de supervisión del que participan todos los integrantes del equipo terapéutico de la institución, de allí surgió la modalidad el tratamiento a seguir. Se asignaron dos terapeutas, una tuvo a cargo de la terapia individual y la capacitación en la orientación a la madre y la otra profesional acompañó a la madre en la aplicación del entrenamiento, de estas últimas sesiones formaron parte madre e hija, y la terapeuta solo cumplió el rol de psico educadora. Las dos terapeutas realizaron reuniones de una hora semanal para poder de manera conjunta realizar los ajustes que el caso necesito a su criterio durante todo el desarrollo del tratamiento. Todas las particularidades del caso además se compartieron en el espacio de supervisión semanal. En estos espacios se pudo observar que más allá de los problemas de habilidades sociales de la menor existía un alto nivel de conflicto en la aceptación de la madre acerca de la discapacidad de su hija. A partir de esta apreciación el tratamiento paso a priorizar la terapia individual de la madre, utilizando como herramienta la terapia cognitiva, planteando como objetivo identificar y modificar las creencias disfuncionales, para que la paciente pueda solucionar lo que hasta el momento parecían insuperables, a partir de la modificación de estos pensamientos automáticos (Beck, 2005).

La institución se especializa en niños y adolescentes, por tal motivo encontró una limitación en el desarrollo del proceso terapéutico luego de esta nueva conceptualización del caso. Las terapeutas no supieron como modificar este circuito de pensamientos automáticos que la madre tenía sobre la discapacidad de su hija y esto hizo que el tratamiento no tenga los resultados esperados. Si bien se observaron mejoras en el vínculo entre ambas y en las habilidades sociales de la niña, el tratamiento no llego a su fin. El mismo se había

planteado con el objetivo de seguir el entrenamiento a padres desarrollado Berckey y Benton, 2000, el mismo consta de ocho pasos que se han explicado en el marco teórico, con una extensión mínima de ocho encuentros. En este caso no se ha podido pasar de los tres primeros pasos, ya que la madre decidió interrumpir el tratamiento, ya que no estaba interesada en trabajar sobre su conflicto, dijo que, trabajar sobre ella le quitaba mucha energía para poder cargar con todo lo que implicaba tener una hija con discapacidad si tener a nadie que la ayude, el padre de la menor estaba ausente y solo la veía un domingo al mes, no tenía hermanos.

Hubiera sido importante realizar una derivación de la mama a algún profesional especializado en terapia cognitiva de adultos, intentando de esta manera una alternativa al tratamiento. Si bien las profesionales tenían una muy buena formación en terapia cognitiva, se pudo observar inexperiencia al momento de realizar las intervenciones en la terapia individual. Esto tuvo como consecuencia el abandono del tratamiento. La institución tiene un muy buen sistema de derivaciones pero en este caso no fue detectada a tiempo esta necesidad. Interesadas en las mejoras de la niña, las profesionales no pudieron detectar que no estaba siendo efectiva la terapia individual que se le estaba ofreciendo a la madre.

La institución realiza un serio trabajo interdisciplinario con el resto de los profesionales que estén en contacto con los menores que asisten a la institución, con el objetivo de conocer el comportamiento de los niños en todos sus ámbitos de acción, y poder integrar la terapia al resto de las actividades cotidianas, ya sea en lo que respecta a el área de salud como a la educativa. Pero no tiene comunicación con ningún centro terapéutico de adultos. De haberlo tenido tal vez hubiera sido otro el desenlace. El caso de A no fue una excepción. Como tampoco lo fue el hecho de no realizar un seguimiento por parte de los profesionales luego de que la madre abandonara el tratamiento. Este seguimiento probablemente generaría que, al retomar el contacto con la problemática, las pacientes vuelvan a la consulta. Esta es una limitación que se puede observar en la institución, cuando los pacientes dejan de concurrir por propia voluntad, o cuando se termina un

tratamiento, se produce un corte, que solo se re establece si el paciente vuelve a consultar luego de una re caída o un nuevo motivo de consulta.

El tratamiento de orientación a padres en este caso resulto insuficiente, tanto para la madre como para la niña, en el caso de la madre como se dijo anteriormente ya que podría haber sido eficaz una derivación a un centro especializado en terapia cognitiva de adultos y una interconsulta con un psiquiatra, para descartar la necesidad de que la paciente este medicada. Y en el caso de la niña, teniendo en cuenta las dificultades que estaba presentando el trabajo con su mama, se hubiera podido realizar una terapia con actividades cognitivo conductuales, para al menos dar algunas herramientas para mejorar su vida cotidiana.

El trabajo en la institución profundizó los conocimientos sobre las patologías en niños y adolescente y sus distintos abordajes. Se destaca la capacitación constante de los profesionales e importancia de las reuniones semanales de supervisión, donde se realiza el seguimiento de todos los casos. La posibilidad de realizar una observación participante en el caso descrito, brindo una importante capacitación para la formación como terapeuta clínico.

7. Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M.D.S. (1991). *Attachments and other affectional bands accross the life cycle*. En C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, y P. Marris (Eds). *Attachment accross the life cycle*. London: Routledge
- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC.
- American Psychiatric Association, (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington DC.
- Beck J.S (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona. Gedisa
- Beck A. & Clark D. (1997). *El estado de la cuestión de la teoría y la terapia cognitiva*. En I. Caro. *Manual de psicoterapia cognitivas*. Barcelona. Paidós
- Beck A., Rush J, Shaw B & Emery G., (2005) *terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower
- Beck A. & Freeman A. (1995). *Terapia cognitive de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Paidós
- Belloch A., Sandin B., Ramos F. (2009). *Manual de psicopatología. Vol II*. Madrid: Mac Draw Hill.
- Berkley R.A & Benton C.M., (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes*. Barcelona: Paidós
- Bowlby J, (1982). *Attachment and Loss. Volumen 1. Attachment*. New York: Basic Books.

- Cabalda I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brower
- Caballo V. E. (1986). *Manual de evaluación y tratamiento en habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI
- Caballo V.E. & Simón M.A (2005). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Casullo M.M & Fernández Liporace M. (2005). *Los estilos de Apego. Teoría y medición*. Buenos Aires. JEV Ediciones
- Gardner H (1988). *La nueva ciencia de la Mente*. Buenos Aires. Paidós.
- Gomar M, Mandil J., Bunge E. & compiladores (2010) *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos
- Gottman J. & DeClaire J. (1997), *Los mejores padres*. Buenos Aires: Javier Vergara
- Fejerman N, (2010). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes: motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación*. Buenos Aires: Paidós
- Fernández, Álvarez H. (1988). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires. Paidós
- Friedberg R.D & McClure J.M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Madrid: Paidós
- Friedberg R.D & McClure J.M., (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents. The nuts and bolts*. New York. Guilford.
- Kelly, J. A. (1982) *Entrenamiento en habilidades sociales*, Bilbao, DDB.
- Kendall P. (2000), *Child and adolescent therapy*. New York London: The Guilford Press.

- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Newman S. (2009) *Stepping out. Using Games and Activities to Help Your Child with Special Needs*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley
- Revista Cubana de Medicina General Integral . Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2005. *versión On-line* ISSN 1561-3038
- Verdugo M, & Jenaro C, (2000) *Retraso mental, definicion*. Barcelona: Alianza
- Wilner R. y Levy R. (2000). *Terapia cognitiva en niños*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere
- Webster C., (2011) *The Incredible Years. Parents, Teachers and Children's Training Series. Program Content, Methods, Research and Dissemination 1980 – 2011*. USA: The Incredible Years Inc.