



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LIC. EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Sobre el síndrome genético Rubinstein-Taybi y las conductas impulsivas-desafiantes.

TFI: Descripción de caso único.

Tutora: Dra. Nora Gelassen.

Autor: Liliana Di Lanzo.

1.2 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó a partir de las prácticas profesionales efectuadas en el Servicio de Psicología Infantojuvenil de un Hospital Interzonal General, ubicado en el Partido de San Martín de la Provincia de Buenos Aires. Dicha práctica se realizó durante el primer cuatrimestre del 2016.

El servicio de Psicología ofrece atención a niños y adolescentes que arriban por medio de interconsultas o mediante consultorios externos.

En el caso de las interconsultas, las mismas son solicitadas por los distintos servicios del hospital. Por otro lado, arriban casos desde las salas de internación donde los médicos consideran que la enfermedad, que presenta el niño, posee un fuerte factor psicológico. También se atienden casos en los cuales la psicoprofilaxis es fundamental, ya que es necesario brindar un apoyo psicológico a los niños a los que se les realizarán tanto intervenciones sencillas, pero a las cuales temen (radiografías, electroencefalogramas etc.), como a quienes se les realizaran intervenciones quirúrgicas complejas. Así mismo se les brinda atención psicológica a los pacientes que deben lidiar con internaciones prolongadas.

En los casos de interconsultas, se visita al paciente y se realiza una breve evaluación socio-demográfica, requisando sobre factores como la escolaridad, situación familiar y posibles factores de riesgo a los cuales el niño podría verse sometido. De este modo, se gestiona intervenir prontamente donde sea necesario, incorporando profesionales especializados como Asistentes Sociales, Psicopedagogos, Médicos Psiquiatras etc.

En los consultorios externos se atiende la demanda espontánea, ya sea de orden particular o derivaciones de otras instituciones como pueden ser los colegios o juzgados. En un principio se realizan unas entrevistas de admisión, donde se establece el motivo de consulta y un presunto diagnóstico en caso de ser necesario. En una primera entrevista se habla con los tutores del niño a solas y en entrevistas subsiguientes se evalúa al niño. Las sesiones son semanales y duran aproximadamente 45 minutos.

En general, el grueso de la población que concurre al Hospital está conformada, por personas de bajos recursos quienes no cuentan con obra social, trabajos estables y/o viviendas con servicios básicos. Las problemáticas por abuso

de sustancias y situaciones vinculadas con privación de libertad son bastante usuales.

El caso específico, que se abarca en este trabajo, trata sobre una niña de 10 años que presenta el síndrome genético Rubinstein-Taybi (SRT) con retraso madurativo y conductas impulsivas-desafiantes.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general:

- Describir las conductas impulsivas-desafiantes presentadas por una niña de 10 años con el síndrome genético Rubinstein-Taybi y retraso madurativo, desde el marco de la psicoterapia del modelo cognitivo conductual.

2.2. Objetivos específicos:

- Describir las conductas impulsivas-desafiantes presentadas por la niña.
- Describir las intervenciones realizadas desde la Terapia Cognitiva Conductual utilizadas en el caso, orientadas hacia la mejora de las conductas impulsivas-desafiantes.
- Describir los cambios en las conductas impulsivas-desafiantes producidas luego del proceso terapéutico.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1 Introducción al Síndrome Rubinstein-Taybi: una enfermedad genética rara

El Síndrome de Rubinstein-Taybi (SRT) es un desorden genético multisistémico, de expresión clínica muy variable que suele definirse por singularidades del rostro, dedos pulgares grandes y dificultades del desarrollo. Los doctores Jack Rubinstein y Hooshang Taybi lo describieron como tal en 1963 (American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 2016).

Según Haldeman-Englert (2015) el SRT es un trastorno poco común que puede poseer los siguientes síntomas:

- Pulgares anchos y dedos del pie gruesos
- Exceso de vello en el cuerpo (hirsutismo)
- Convulsiones
- Estatura baja que se nota después del nacimiento
- Desarrollo lento de habilidades cognitivas
- Desarrollo lento de habilidades motoras acompañado de poco tono muscular
- Marcha inestable o rígida
- Coloboma (un defecto en el iris del ojo)
- Boca estrecha, pequeña o retraída con dientes apiñados
- Nariz prominente o corva.
- Discapacidad intelectual.

Para una mayor ilustración, se adjuntan imágenes de los síntomas de dicha patología (ver página uno del anexo).

3.2 Características generales

Como se mencionó anteriormente, el SRT, afecta a diversas esferas del paciente y una de las más destacadas es el aspecto cognitivo. Particularmente los pacientes con RTS tienen, de manera habitual, una leve a moderada discapacidad intelectual, y es factible que tengan un progreso más lento de expresión en proporción con otras capacidades. Posiblemente, la efímera duración de su atención, la impulsividad y la hiperactividad tengan secuelas en la habilidad del individuo para lograr el éxito, tanto dentro como fuera de los entornos educativos.

Esto deberá ser tenido en cuenta en la proyección de tácticas pedagógicas y conductuales. La memoria a largo plazo también podrá verse afectada en las personas con SRT por lo que se recomienda la implementación de estrategias para ayudar a superar los problemas de memoria (por ejemplo, guías con horarios visuales, la exposición a la información repetida) podrá ser fundamental en esta patología (Hennekam, 2010).

Paralelamente el retraso madurativo es una gran problemática que aflige a los pacientes con Rubinstein-Taybi, y que se puede observar recién durante su crecimiento. El coeficiente intelectual de dichos pacientes suele rondar entre 30 y 70. Con dificultades, pueden conseguir aprender a hablar y a leer. Y si bien algunos de ellos logran alcanzar ir al secundario y, posteriormente, a la universidad, estos logros educativos no son usuales y la mayoría de los pacientes con este síndrome precisan adoptar educación especial (Bassi, 2009).

Es importante señalar que Kaneshiro (2015) afirmó que en la discapacidad intelectual los síntomas pueden variar de leves a graves. Dichos síntomas pueden ser:

- Fallos o demoras en el desarrollo de destrezas motoras y habilidades del lenguaje, principalmente cuando se contrasta con sus pares.
- Insuficiencia para desarrollarse intelectualmente o comportamiento pueril extendido.
- Carencia de curiosidad.
- Dificultades para estar al día en el colegio.
- Imposibilidad para ajustarse nuevas situaciones.
- Conflicto para comprender y obedecer reglas sociales.

Por otra parte, el humor es otro de los aspectos característicos afectados por el SRT. Los niños con SRT, generalmente tienen buen carácter, son afables y fáciles de tratar. No obstante, alrededor de un 25% de los padres comentan que tienen problemas de comportamiento (Hennekam, 2010).

Sin embargo, a medida que los niños con dicho síndrome crecen, suelen mostrar cambios de humor y conductas caprichosas con mayor frecuencia. Los problemas de comportamiento reportados por los padres usualmente incluyen: falta de atención, terquedad, comportamiento caprichoso y dominante y, a veces, la agresividad se ve reforzada en la adultez temprana (Hennekam, 1992)

No solo los pacientes jóvenes sufren variaciones del humor, gran cantidad de pacientes adultos con el SRT sufren dichos síntomas acompañado también por exacerbación de la actividad motriz, estereotipias motoras, falta de coordinación, breves periodos de concentración y brotes de agresividad en un patrón cíclico. Los cambios de comportamiento y exacerbación de los síntomas que pueden ocurrir con el envejecimiento podrían conducir a diagnósticos psiquiátricos como trastornos del humor o trastornos del espectro autista (Hellings, 2012).

Otro aspecto a destacar en los pacientes con SRT es el vincular, el cual se ve afectado por la impulsividad y cierta falta de respeto a las normas sociales. Dicha falta de criterio puede provocar muchos conflictos a nivel social del niño. Lo más representativo de estas conductas es que los desafíos se convierten en provocaciones que derivan en enfrentamientos con pares, docentes y padres. Generalmente los niños se comportan con niveles descomunales de grosería, carencia de colaboración y resistencia a la autoridad (OMS, 1995).

Como condiciones coligadas a las conductas impulsivas y desafiantes se asocian la baja tolerancia a la frustración, baja autoestima y labilidad emocional. Por otro lado, se considera que existen una variedad de factores ambientales que acrecientan dichas conductas. Generalmente se da en familias en las cuales hay un vaivén permanente entre impotencia y autoritarismo, en correspondencia a las pautas que asignan los progenitores. Esto no le permite al infante estar convencido sobre la existencia de modelos de autoridad constantes y meritorias de respeto. También es característica un vínculo simétrico entre adultos y niños, donde se difuminan los límites y los hijos afrontan a los padres a un idéntico nivel de autoridad (Almonte & Saenz, 2003).

Los infantes con trastornos de conducta y atención precisan más estructura, monitoreo, y sobre-enseñanza, como por ejemplo ensayos de aprendizaje repetidos. De esta forma pueden ejercitar como inhibir comportamientos no deseados y aprender a controlar sus emociones. (Webster-Stratton & Jamila Reid, 2012).

Suele ser frecuente toparse con comportamientos desafiantes durante el período evolutivo normal de cualquier niño. No obstante, en ciertos niños este comportamiento es persistente en el tiempo y muestra una dimensión o intensidad que no se condice con lo considerado estándar. Es en dicho momento cuando se puede estar enfrentando un trastorno clínico. El comportamiento desafiante puede ser polimorfo. Por un lado, puede haber casos en los cuales el niño demuestre una pasividad excesiva, por ejemplo, no obedeciendo constantemente, mostrándose pasivo o indiferente. Y por el otro lado, las conductas desafiantes en sus representaciones más activas, ya sea verbalizaciones opositoras, desprecios, hostilidad u obstinación física con provocación hacia las figuras de autoridad, indistintamente ya sean padres o educadores por igual (Ruiz, 2014).

que diversos contextos sociales pueden tener en el SRT. Dichos contextos, pueden dividirse y caracterizarse en benefactores o vulneradores del proceso de desarrollo individual de cada persona, identificándose los primeros por la presencia de un vínculo afectivo sólido, un ambiente escolar positivo y patrones de relación que acentúen el afrontamiento constructivo de las problemáticas (Arón & Milicic, 1999).

Según señalan Walker, Ramsey & Gresham (2003), cada vez son más los niños provenientes de hogares caóticos y problemáticos, quienes están acarreado patrones avanzados de conductas desafiantes a la escuela. En especial cuando estos alumnos se hacen mayores, causan estragos en los colegios. Su comportamiento agresivo, impulsivo y desafiante, obstaculiza el aprendizaje de todos los alumnos. Esto a su vez ocasiona que se coloquen en peligro la seguridad propia, de sus compañeros, he incluso a veces, de los

maestros, truncando así sus propias posibilidades de escolarización exitosa y una vida exitosa.

La mayor parte de los adultos supone que el comportamiento desafiante de los infantes y adolescentes responde a una especie de naturaleza arisca innata, la cual tiene que ser afrontada con las maniobras de control que el sentido común establece. Esa esencia salvaje, que combate por manifestarse libremente, debe ser subyugada, y cuanto más rápido se utilicen las intervenciones de control, mejor será el efecto en términos de docilidad socializada. Por el contrario, según la evidencia empírica realizada en investigaciones aplicadas por profesionales de la psicología, se ha señalado que las únicas intervenciones efectivas para afrontar el comportamiento desafiante de niños y adolescentes son las que se sostienen en la identificación de los componentes que las facilitan, incitan y agravan. Por lo tanto, se debe ir al origen de la problemática, a su posible causa (Céspedes, 2007).

4. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

4.1 TCC: Postulados Básicos

La terapia cognitiva conductual toma elementos de la teoría del aprendizaje social y recurre a una miscelánea de técnicas, varias de las cuales tienen su inicio en los estudios del condicionamiento clásico y operante. En líneas generales, la teoría del aprendizaje social consiste en el supuesto que el ambiente, las características particulares individuales y la conducta situacional de un individuo se determinan recíprocamente y que el comportamiento es un fenómeno dinámico y en constante progreso. Si bien el ambiente y el comportamiento se influyen mutuamente, a veces, las situaciones contextuales son las que despliegan un mayor predominio sobre la conducta del individuo, y otras veces, son las predilecciones, las disposiciones propias las que establecen el comportamiento (Friedberg & McClure, 2005).

La psicología cognitiva conductual plantea que todas las problemáticas psíquicas tienen como común denominador una distorsión del pensamiento, que

interviene negativamente en el estado de ánimo y el comportamiento de los pacientes. Una valoración realista y la resultante transformación del pensamiento ocasionan una mejoría en dicho estado de ánimo y sus conductas. Esta mejora permanente deriva de la transformación de las creencias disfuncionales subyacentes (Beck, 2001).

Los formatos terapéuticos contienen desde programas estandarizados para trastornos determinados, caracterizados por su corta duración y normatización, hasta tratamientos ideados para cada paciente, definidos por el vínculo terapéutico y en esquemas profundos a transformar (Baringoltz & Levy, 2012).

Según Caro (2007) la TCC tiene como objetivo modificar las construcciones que crea un individuo sobre sus experiencias. La terapia busca involucrar al paciente en un proceso que tiene como objetivo dilucidar la influencia de los sistemas cognitivos, lingüísticos, emocionales y conductuales de la clasificación de la experiencia, en su perspectiva de los sucesos. Así como también indaga opciones distintas, legítimas y factibles de conocer al mundo y contribuir a nuevos significados.

En la estrategia terapéutica se ubican los lineamientos generales que ordenaran la terapia para obtener los objetivos. En este aspecto es donde intervienen las conceptualizaciones teóricas en las que se sostiene el terapeuta, la elección del estilo de abordaje que se decide para ese paciente específico ya sea de carácter particular, grupal o familiar y sus respectivas mixturas ineludibles. En la estrategia terapéutica también se pondera el alcance y los límites de los recursos del paciente, la localización de conflictos, los capitales terapéuticos con los que se puede contar, los aspectos más apropiados en relación al modo personal del profesional y a la pauta de relación terapéutica. Asimismo, se consideran las predicciones pronosticas que dan la posibilidad de prever los cambios beneficiosos, las dificultades factibles y el desempeño consecuente (Baringoltz & Levy, 2012).

Judith Beck (2001) menciona 10 principios que distinguen a la terapia cognitiva (TCC):

- 1) se basa en una enunciación dinámica del individuo, y sus dificultades, esbozados en términos cognitivos.
- 2) necesita de una consistente alianza terapéutica.
- 3) acentúa la cooperación y la colaboración activa.
- 4) está alineada hacia el cumplimiento de objetivos y focalizada en problemáticas determinadas.
- 5) hace hincapié, primariamente, en el presente.
- 6) es psicoeducativa, busca instruir al individuo en cómo ser su propio terapeuta y hace hincapié en la prevención de recaídas.
- 7) busca ser circunscrita en el tiempo.
- 8) Las sesiones, en su mayoría, poseen forma estructurada.
- 9) asiste a los individuos en cómo identificar, reevaluar sus ideas y conductas disfuncionales y a desenvolverse en consecuencia.
- 10) utiliza una multiplicidad de técnicas para modificar los pensamientos, el ánimo y la conducta.

La perspectiva cognitiva otorga la posibilidad de ver la singularidad con la que los pacientes ordenan tanto, la información de sí mismos, de los otros y del mundo, así como la manera en la que le otorgan significado a la realidad. Estas significaciones, que envuelven la cognición y las emociones, modificando la conducta, se erigen históricamente y son el resultado de la interacción recíproca entre el individuo, la familia y el contexto. En el caso de la terapia infantojuvenil, la misma estará dirigida a la creación de significados alternos a través de un compromiso en conjunto entre el infante su entorno, el psicólogo y el equipo interdisciplinario que intercede en cada caso (Baringoltz & Levy, 2012).

4.2 TCC en Niños

En una familia, los niños crecen y se desarrollan, en un período evolutivo de gran plasticidad, en el que son particularmente perceptivos para asimilar su medio.

Dado que los niños pasan gran parte del tiempo en el interior de dicha institución, la misma se apropia de las funciones de amparo, socialización y entrega de afecto. Esto trae como consecuencia, que la familia, sea el lugar donde se incorporan los valores, creencias y prácticas de relación con el medio y consigo mismo. Así como también es donde se generan los patrones de identificación y donde se dispone una primera alineación del niño hacia sus metas conscientes o inconscientes de su existencia. Básicamente el infante atravesará el proceso de socialización, transitando por sus diferentes planos como el del desarrollo cognoscitivo, social, emocional, psicomotor, moral, componiendo así su manera de ser y de obrar (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Los síntomas cognoscitivos, comportamentales, emocionales y biológicos se despliegan en un entorno vincular y ambiental. De esta manera, el modelo reúne expresamente los elementos correspondidos con los contextos sistémicos, vinculares y socio-culturales que instituyen una relevancia primordial en la terapia psicológica infantil. La sintomatología se presenta en las situaciones particulares y específicas de cada niño, y los terapeutas deben considerar esto con sumo detalle al momento de efectuar su evaluación y tratamiento. En líneas generales, los psicólogos cognitivos interceden en el aspecto cognitivo-conductual para mediar en los patrones de pensamiento, comportamiento, emoción y reacciones fisiológicas, sin olvidar ni abandonar la importancia del factor ambiental (Alford & Beck, 1997).

La lectura de las experiencias que los niños realizan influye vivamente en su actividad emocional. La atención, por parte del psicólogo, a la interpretación personal del niño debe ser un punto primordial de consideración durante el proceso terapéutico. La manera de construir la información cognitiva que los niños poseen sobre sí mismos, sobre sus vínculos con otros individuos, sobre sus hábitos y sobre el futuro interviene en sus reacciones emocionales. Los infantes no son pasivos frente a los estímulos ambientales que reciben. Por el contrario, procesan activamente la información escogiendo, codificando y expresando los sucesos que les acontecen a sí mismos y a los otros (Friedberg & McClure, 2005).

De acuerdo con Kendall (2000), el modelo cognitivo supone que los aspectos que intervienen en el cambio de la conducta son las perspectivas anticipatorias relacionadas al acontecimiento, las atribuciones ulteriores, el proceso cognitivo de la información y cambios emocionales que siguen al suceso. Estos elementos corresponden que sean considerados, teniendo en cuenta, los desafíos programados según el estadio evolutivo conseguido. Dicha dificultad de estudio no puede ejecutarse de una manera imprecisa con los niños y adolescentes, sino corresponde adecuarla a su nivel de desarrollo y vislumbrar las variantes típicas de cada periodo.

Las patologías graves que los tutores de los niños puedan tener, como podría ser el caso de alcoholismo, psicosis, depresiones mayores o trastornos graves de la personalidad, lograrían interferir de manera característica el proceso psíquico de los menores, dado que los cuidadores no ocuparían enteramente en el trabajo de crianza o no formarían guías adecuadas de identificación (Almonte et al, 2003).

De esta manera, también se asevera que la TCC con jóvenes es un modelo que posee las consiguientes particularidades: se encuentra enfocado a la resolución de problemáticas, está basado en el procesamiento cognitivo de la información, hace hincapié en el aspecto de las emociones, el social y el interpersonal, utiliza tratamientos estructurados y manualizados y, por último, acentúa las intervenciones fundadas en el desempeño y la experiencia empírica (Kendall, 2000).

Estando la TCC orientada a la resolución de problemas, tanto en adultos como en niños, se busca permanentemente construir con el consultante la habilidad de identificar un problema, crear diferentes posibilidades de resolución y examinar eficazmente cada opción. La habilidad para solucionar dificultades es una destreza internamente correspondida con la salud mental a lo largo de la vida.

Este tipo de intervención no es un privilegio de la TCC, sino que muchos tipos de terapia, la refieren como estrategia (Bunge, Gomar & Mandil, 2014).

El hincapié en el aspecto emocional responde a que las emociones, ya sean de carácter positivo o negativo, intervienen tanto en la cognición como en el comportamiento. La solución de dificultades no es un asunto meramente cognitivo, sino que implica un aspecto emocional que puede ser tanto funcional como disfuncional. La regulación emocional es fundamental para que el consultante pueda alcanzar un cambio de relevancia durante el proceso terapéutico (Bunge et al, 2014).

Así mismo la notabilidad que se le otorga, en la TCC, al aspecto social como el interpersonal no puede ser ignorado especialmente en los tratamientos con jóvenes. Las dificultades que desafían a los consultantes comúnmente son de tipo vincular, como sería el caso de adecuarse a la familia o al ambiente, enfrentar las exigencias de una nueva escuela o un nuevo grupo de pares. Si solo se tuviera en cuenta un modelo exclusivamente intrapsíquico, no se podría explicar acabadamente las pautas de dificultades existentes en la clínica de niños y adolescentes. Específicamente, por esta característica, el modelo teórico busca explicar cómo y con qué objetivos puede ser integrada la familia y los pares del consultante en la intervención y/o el tratamiento (Kendall, 2000).

Una vez alcanzados los logros en la terapia, se desea obtener la generalización de los objetivos en ambientes naturales lo cual implicaría, en algunas ocasiones, acompañar al paciente a los mismos. Ya sean ir a la vivienda, al colegio o afrontar escenarios que el paciente tema en conjunto. Esto rara vez es viable, por ese motivo se busca proyectar intervenciones con consultante y/o su familia (Bunge et al, 2012)

4.3 TCC: Diagnóstico y tratamiento

La detección prematura y la intervención pertinente en tiempo y forma, consigue impedir la paulatina vigorización y generalización de los comportamientos disfuncionales de la esfera familiar a otros ámbitos, y su invariable progresión a comportamientos más inflexibles (Almonte et al, 2003).

Baringoltz y Levy (2012) consideran que es dificultoso precisar metodológicamente la técnica en un cosmos de visiones tan diversas como se muestran en los distintos enfoques cognitivos. De todas maneras, la organización de una consulta tradicional de TCC divisa los siguientes puntos:

- Elaboración de un plan de trabajo.
- Revisión resumida de la consulta anterior.
- Evaluación del trabajo realizado en el hogar desde la última consulta.
- Desarrollo de alguna cuestión importante agregada, ocasionada por los eventos de la semana.
- Dilucidación del trabajo para la siguiente sesión.
- Compendio de los puntos más relevantes de la consulta del día.
- Feedback recíproco.

Dado que las intervenciones de la TCC son concretas para cada psicopatología, lo inicial que correspondería hacerse cuando llegan a la consulta los tutores del niño, sería el examen diagnóstico. Para ello pueden efectuarse entrevistas clínicas con los progenitores, con el colegio y con el sujeto. Se pueden utilizar también escalas dirigidas a los tutores, al colegio o algunas tomadas por el psicólogo al niño (Bunge et al, 2014).

Las entrevistas diagnósticas pueden ser de tipo abierta, estructurada, semi-estructurada, dependiendo si la interpelación se realiza en forma libre o con preguntas hechas en base a cuestionarios cerrados o referidos a aspectos vinculares o de desarrollo, teniendo en cuenta la información que se desee conseguir. Las preguntas más amplias suministran de manera más abierta la expresión de los emociones, cogniciones, estilos de pensamiento, creencias, información de la personalidad y datos biográficos, y las más cerradas y directas,

adquieren réplicas a preguntas más precisas y datos más exactos y conciernen a las preguntas más estructuradas utilizados en exámenes clínicos o psicofarmacológicos (Almonte et al, 2003).

El vínculo terapéutico es el centro fundacional de todo tratamiento, sin el cual, este no puede desarrollarse plenamente. Una alianza terapéutica positiva es un indicador de un proceso exitoso, un predictor de un pronóstico favorable, ya que, mediante la empatía, el psicólogo hace eco emocional, entendiendo y reconociendo las necesidades del consultante mediante una postura de cuidado. En procesos donde el tratamiento no resulta exitoso, los psicólogos suelen relatar graves conflictos en el establecimiento del vínculo terapéutico desde el inicio del proceso (Baringoltz & Levy, 2012).

El psicólogo comunica en manera tácita y, a veces, de manera manifiesta mensajes en los cuales establece que se preocupa por el consultante y que cree firmemente que lograrán trabajar en conjunto; que cree poder auxiliarlo y explicarle como auxiliarse a sí mismo; que le interesa entender realmente lo que está sintiendo y ubicarse en su lugar; que si bien el consultante pueda estarlo, él no está agobiado por los dificultades que se esbozan; que ha tratado y auxiliado a otros consultantes como él; que cree que la psicoterapia cognitiva es el proceso conveniente para su asunto y que eventualmente va a mejorar (Beck, 2001).

La alianza terapéutica es un vínculo co-construido, que suministra una plataforma segura en un ámbito interpersonal y privado desde el cual el consultante puede indagar nuevas representaciones de experiencia (Baringoltz & Levy, 2012).

Cuando se da por finalizado el periodo diagnóstico es recomendable comunicárselo a los progenitores y al niño, recurriendo a un lenguaje asequible. Puede solicitársele al infante que le otorgue un seudónimo a su trastorno. Se busca un seudónimo conforme a la edad y a las particularidades del trastorno, manifestando que en conjunto se trabajara para enfrentarlo (Bunge et al, 2014).

En la terapia infantil es inusual que, los niños, decidan iniciar el tratamiento y tampoco suelen tener la ocasión de disponer cuándo concluye. Sin embargo, existen casos en los cuales, los infantes lo disfrutaban y hacen avances importantes hasta que sus padres, por causas diversas, finalizan el proceso terapéutico. Por otro lado, también existen niños que pretenden evadir la terapia o que incluso llegan a detestar el proceso terapéutico y, por obligación, continúan dada ciertas circunstancias externas, como es el caso de los casos judicializados, por requerimientos del colegio o de sus padres. En ninguna de estas situaciones, los niños pueden controlar el proceso. (Friedberg & McClure, 2005).

En las etapas conclusivas del proceso terapéutico es habitual efectuar un trabajo de prevención de reincidencias que radica en repasar las diferentes habilidades empleadas en terapia, que proporcionaron resultados positivos en la resolución del problema. Se prevé la potencial aparición de estresores significativos y se promueve un estilo autónomo de afrontamiento. El cierre en la psicoterapia infantojuvenil tiene aspectos que lo diferencian en gran parte de la terapia con adultos. En conclusión, de la misma suele efectuarse con un otorgamiento de certificados o la ejecución de alguna actividad que le reconozca al niño la consolidación de los resultados obtenidos (Bunge et al, 2014).

Las intervenciones de prevención de reincidencias como las desarrolladas por Bunge, Gomar y Mandil (2008) *Más vale prevenir que curar y Preparándose para el futuro* pueden ser utilizadas como claros ejemplos sobre como interceder en las etapas de cierre del tratamiento. Más vale prevenir que curar se sustenta en que el consultante vislumbre la eventualidad de que aquello que lo llevó a buscar tratamiento reaparezca y entienda que eso no involucraría que la complicación regrese siendo lo que era. Si llegara la situación en la que esto suceda, existiría una circunstancia para repasar lo asimilado durante la terapia. Por otro lado, preparándose para el futuro se fundamenta en predecir qué circunstancias o pensamientos conseguirían acrecentar la vulnerabilidad, pronosticando que hacer en dicha situación (Bunge et al, 2012).

4.4.1 Intervenciones con niños

La historia de un joven, es la consecuencia de una co-construcción entre él y su conjunto familiar en recíproca regulación. La forma en como cada infante organiza su realidad y estructura su identidad, intercede su complejidad fisiológica y el modo de su familia con su conjunto de creencias, leyendas y valores y varios de los cuales se fortifican culturalmente. En esta estructura interviene el modo que tienen los progenitores de relacionarse emocionalmente entre sí y con cada uno de sus descendientes, la manera de representar la realidad, sus modos atribucionales, el nivel de conexión entre lo que sienten, piensan, hacen y expresan, así como las concomitancias y discrepancias en sus pertinentes perspectivas. Asimismo, desempeñan un rol significativo las expectativas y la esfera que le estipulan al hijo internamente en la constelación familiar, y la forma específica con que el niño desentraña e interjuega en esta trama (Baringoltz & Levy, 2012).

Teniendo en cuenta esto, la psicoterapia infantojuvenil busca lograr un aprendizaje experiencial buscando, que el infante, experimente a través del ejercicio, empleando tanto en la clínica como en su contexto natural las habilidades adquiridas durante el tratamiento. Con ese objetivo, el psicólogo debe desplegar el entrenamiento en experiencias de una forma que sea amena para el niño (Bunge et al, 2012).

En la generalidad de la terapia individual, las metas a tener en cuenta son principalmente tres. Por un lado, la mejora de recursos y habilidades personales que le posibiliten transformar sus vínculos, como por ejemplo el desarrollo de habilidades sociocognitivas, la habilidad de toma de perspectiva y asumir su protagonismo en la conflictiva relación con los adultos. Por otro lado, desarrollar la capacidad de análisis y comprensión del escenario particular. Por último, es

fundamental obtener la colaboración y contención del sistema escolar para armar un dispositivo de terapia multifocal (Almonte & Saenz, 2003).

La TCC contiene intervenciones tanto conductuales como de otros modelos teóricos como el intrapersonal, por lo tanto, existe la posibilidad de localizar en los programas terapéuticos tantas intervenciones como pueden ser el modelado, los ejercicios de disminución del estrés, la exposición imaginaria o exposición en vivo, ejercitación en resolución de problemas y los entrenamientos en habilidades sociales. Siempre utilizando dichas intervenciones, según el plan terapéutico que se disponga, para el motivo de consulta que se haya establecido. Así como también se tiene en cuenta el momento exacto por el cual el proceso terapéutico este transcurriendo, ya que las intervenciones no son efectuadas por casualidad sino que persiguen una disposición lógica (Bunge et al, 2012).

A continuación, se hará hincapié en las intervenciones cuya implementación, transmitida a través de los momentos de juego y dibujo, suele ser útil en distintos motivos de consulta. Teniendo en cuenta que se cree que la experiencia es el principal modo de adquirir conocimientos, la psicoterapia infantojuvenil debe respaldar el aprendizaje experiencial. Esto significa, que el paciente, adquirirá nuevos conocimientos a través de la acción, empleando en su propio ambiente las habilidades ensayadas en la terapia (Bunge et al, 2014):

- Técnicas de relajación

Gran parte de las personas que acuden a terapia, se favorecen con la implementación de las técnicas de relajación. Como sucede con la mayoría de las intervenciones, las técnicas de relajación se deben iniciar y ejercitar en las distintas consultas, ya que es donde se puede conseguir solucionar las problemáticas y se logra valorar su eficacia (Beck, 2001).

Dichas técnicas son formas de ilustrar a un individuo sobre cómo manejar su respectivo nivel de activación biológica sin asistencia de medios exteriores. Se recurre a este estilo de intervenciones ya que se supone como una réplica poco

adaptativa, las consecuencias orgánicas originadas por la preocupación y la ansiedad constantes. De cara a las derivaciones que la activación repetida y/o conservada puede provocar, la relajación ocasiona resultados inversos. La relajación origina una baja en la rigidez muscular, una baja en la frecuencia e intensidad del ritmo cardiaco-respiratorio, una reducción de la acción simpática general, y de los niveles de producción de adrenalina y noradrenalina (Bulacio, 2011).

- Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones

Varios pacientes infantiles no distinguen las emociones como la tristeza, el hastío o la ira. Por eso mismo unas de las intervenciones iniciales buscaran lograr distinguir y denominar estas emociones para posteriormente encargarse de otros temas. La utilización de caras bosquejadas con adivinanzas referidas al tipo de expresión y al porqué de su motivación es producto habitual de estas intervenciones (Bunge et al, 2014).

El aspecto fundamental para poder transmitir las emociones reside en poder identificarlas. Es habitual que los menores utilicen los denominadores “bien o mal” para referir al conjunto de las emociones que pueden apreciar. Ese es el motivo por el cual, suministrarles una extensa lista de emociones con sus pertinentes nombres para que logren reconocerlas y distinguirlas es esencial. Seguidamente, el psicólogo, podrá ocuparse en buscar intervenciones para transformar los estados emocionales. Una intervención que ejemplifique ese cometido podría ser observar revistas y buscar reconocer las emociones de los individuos que aparecen en ella. Así como también realizar juegos donde el psicólogo y el niño aparentan las respectivas caras de cada una de las emociones observadas en las revistas (Bunge et al, 2012).

Gran parte de los consultantes pueden clasificar sus emociones fácilmente y de manera acertada. Sin embargo, hay un grupo de ellos, que poseen un léxico

exiguo en lo que concierne a las emociones. Otros grupos de pacientes entienden cognitivamente las palabras que describen a las emociones, pero tienen conflictos para clasificar y describir las propias. Sea cual fuere el caso, es ventajoso lograr que el consultante relacione sus respuestas emocionales en contextos determinados con los términos adecuados. Realizar un *cuadro de emociones* asiste al consultante a educarse en como catalogar sus emociones de un modo más adaptativo (Beck, 2001).

- Modelados

Esta sección encierra una diversidad de intervenciones que hallan su principio en el modelo del aprendizaje social. Esto incluye desde el ejercicio de la asertividad y habilidades sociales, role playing para solucionar contextos vinculares disfuncionales, hasta el modelado en intervenciones de afrontamiento conductual. El infante podrá jugar con un muñeco durante un ejercicio en respiración profunda, actuar vinculaciones con juguetes, títeres, muñecos etc. (Bunge et al, 2014).

- Estrategias para el control de impulsos

Las estrategias para el control de los impulsos son particularmente ventajosas en los trastornos externalizadores, donde preponderan las patologías fundadas en la agresividad y el comportamiento disruptivo, en especial cuando se consigue involucrar al paciente en el motivo de consulta. Están dirigidas al entrenamiento de funciones ejecutivas insuficientemente desarrolladas. Por ejemplo, detenerse y reflexionar antes de proceder en escenarios dificultosos, solucionar problemas examinando opciones alternativas etc. Estos ejercicios suelen relacionarse mediante juegos y retos que buscan avivar el interés y la motivación del paciente para afrontar la dificultad existente (Bunge et al, 2014).

4.4.2.1 Intervenciones con padres

Según Datillio (2005) cualquier terapia infantojuvenil contiene el trabajo con la respectiva familia del paciente, a causa del lugar determinante que desempeñan los elementos contextuales en toda terapia.

Dado que los infantes están al cuidado de sus progenitores, amparadores legales y/o allegados significativos, tanto su cognición como sus estilos de afrontamiento, que están en desarrollo, son especialmente permeables a sus atribuciones (Bunge et al, 2014).

Las intervenciones son con ambos padres, concibiendo por padres a los individuos a cargo de la atención y el cuidado del infante, por eso en ciertos contextos se realiza una extensiva a las nuevas parejas de los progenitores, a los abuelos, tíos, niñeras o con quien sea que se pueda contar. (Baringoltz & Levy, 2012).

En algunas situaciones es adecuado barajar la intervención sobre la probable psicopatología de los padres. Esto puede concebirse por medio de la guía a padres o la indicación de un tratamiento individual si es preciso. Podría señalarse que los comportamientos “disfuncionales” de los niños pueden ser adaptativos en ciertos momentos dado los trastornos mentales parentales y, está claro, que el quid de la cuestión en esos casos es la intervención en la psicopatología parental (Bunge et al, 2014).

Si el centro de la problemática se encuentra en el sistema parental, la orientación a padres es la intervención típica. En otros casos, la guía a padres es, por lo menos, una intervención paralela (Baringoltz & Levy, 2012).

Es indispensable conseguir el consentimiento entre las partes involucradas en la terapia, y resguardar la intimidad de los consultantes y sus familias. Con este objetivo se busca delimitar las dificultades a plantarse de un modo preciso y posible de ser solucionado entre todos. Obviar inculpar a los demás, y poder discutir las atribuciones exteriores ineficaces. Para eso es sustancial destacar los

recursos que cada uno posee, beneficiar la colaboración activa en el procedimiento terapéutico y distinguir el trastorno a conocer de la identidad del paciente (Bunge et al, 2014).

- **Toma de decisiones**

Las expectativas parentales son como indicaciones primordiales de guía en el acontecer de un hijo, no son concluyentes, pero si muy predominantes en la edificación de su personalidad. Los progenitores con expectativas inflexibles determinan al niño a una calle sin salida, mientras que los padres que no tienen expectativas no marcan vías plausibles a seguir y benefician la ausencia de rumbo. Los que tienen bajas expectativas, apuntando a menos de lo que el niño puede, no estimulan y los que esperan exageradamente, nutren frustraciones. El fin de esta intervención es orientar a los padres para precisar expectativas y concordarlas a los requisitos, intereses, capacidades y limitaciones de cada niño en particular. El momento inicial de la orientación se acordarán las expectativas sobre la terapia, según sus posibilidades y las del psicólogo. (Baringoltz & Levy, 2012).

- **Mediación**

Está comprobado que uno de los componentes más poderosos en el transcurso del cambio del infante, es la alianza entre los padres trabajando desde una autoridad colaborada, aunque se encuentren distanciados. En el caso opuesto, cuando no pueden funcionar como una autoridad unida, esto se convierte en el fin más importante de la orientación. En estos procesos el psicólogo participa como intermediario, auxiliándolos de forma tal que logren hallar puntos de acuerdo dentro de las divergencias, o formar nuevas opciones en las que consigan concordar. Mediante estas intervenciones de negociación se beneficia el esclarecimiento de pactos para el creación e implementación de pautas de cuidado, límites y castigos, sustentados por juicios flexibles, afines y equilibrados (Baringoltz & Levy, 2014).

- **Resolución de problemas**

Gran cantidad de consultantes advierten conflictos a la hora de tomar decisiones. El psicólogo buscara en estas situaciones, solicitarle al paciente que elabore una enumeración de pros y contras de cada una de las posibles decisiones y lo auxiliara a la hora de calcular cada punto y a alcanzar la elección más provechosa (Beck,2001).

Las intervenciones en resolución de problemas son uno de los ejes de la guía a padres, se realiza una labor en conjunto donde se ejercita para que las añadan, las refuercen y las conciban como propias. Esto transforma a los padres en forjadores de los logros y les otorga una mayor eficiencia en el afrontamiento y la resolución de dificultades. El procedimiento reside en una sucesión de pasos: delimitación del inconveniente y de su fin, creación de opciones de resolución, valoración de pros y contras de cada una, ordenamiento y selección de la más adecuada, producción de un método para emplearla, ejecución y valoración de resultados (Baringoltz & Levy, 2012).

En este tipo de intervenciones se busca promover una disposición dirigida a la solución de conflictos y no a la culpabilización, formando proposiciones en cambio de quejas e imputaciones. Los sesgos atribucionales excesivamente rigurosos y totales suelen reducir la estimulación y dificultar la exploración de opciones para el cambio. Debatir las culpabilizaciones infructuosas y las actitudes censoras y fanatizadas beneficia el compromiso y los modos proactivos. En resumen, al añadir a las figuras significativas en la educación del infante, se fomentará y extenderán las consecuencias positivas a los contextos habituales donde los inconvenientes se manifiestan. Confirmar a los cuidadores como co-terapeutas suele convertir al hogar en un ambiente beneficioso donde los aprendizajes vinculados se prolongan (Bunge et al, 2014).

- **Identificación, cuestionamiento y reatribución**

En una fase temprana del trabajo con los padres, se disciernen las fallas del procesamiento de la información que intervienen en cómo se comportan de manera emocional y conductual entre sí y con sus hijos. Posteriormente se debaten las mismas, con intención de modificarlas en un futuro cercano. Si los cuidadores rotulan rigurosamente al niño, sobre esta etiqueta se formará una identidad que no acepta otras variables, las conductas del infante suelen ser conformes a la etiqueta y el feedback robustecerá y ratificará que él no es más que eso. Dificilmente se ocasionarán cambios mientras esta modalidad se conserve. La retribución es la herramienta mediante la cual se examinarán las explicaciones distintas para cierto comportamiento, manera o rasgo, neutralizando la sobregeneralización exagerada que presume la rotulación (Baringoltz & Levy, 2012).

4.4.2.2 Psicoeducación a padres

Cuando el menor y sus padres arriban a la terapia, suelen acarrear tentativas anteriores de resolución, en conjunto a una buena cantidad de suposiciones explicativas, e intentos de soluciones, sobre el origen de los síntomas. La psicoeducación involucra un procedimiento bidireccional en el que se investigan las suposiciones previas que se unen con la información proveniente de la apreciación del psicólogo, recurriendo a un lenguaje conforme a las capacidades de comprensión de cada individuo del sistema familiar (Bunge et al, 2012).

Ciertos contextos familiares disfuncionales pueden ser una derivación del maniobrar parental ya que ellos se encuentran meramente desinformados, equivocados o confundidos con la acción de una ocupación que no se estudia en ningún instituto (Baringoltz & Levy, 2012).

La psicoeducación radica en darles, tanto al niño como a sus padres, una concisa definición sobre dos elementos, la psicopatología y el tratamiento. En relación a la patología se expone el origen, la frecuencia en la población y las

particularidades de los síntomas. En cuanto al tratamiento se muestran las opciones disponibles, los juicios para optar por una u otra, las características fundamentales de la terapia a realizar, las intervenciones concretas y su duración aproximada (Bunge et al, 2014).

En la psicoeducación, la ubicación que se les da a los progenitores busca proporcionar en ellos una mayor responsabilidad y compromiso, de la misma manera, que se promueve el perfeccionamiento de habilidades y recursos para que se desempeñen más precisamente en la solución de los conflictos con sus niños. No es atribuible a los cuidadores del niño la responsabilidad total del inconveniente, sino que se examina y distribuye que fragmento le corresponde a cada uno, trabajando con ellos sobre lo que les concierne, expandiendo su sentido de agencia para que se conciban genuinos y dinámicos creadores del cambio (Baringoltz & Levy, 2012).

La psicoeducación tiene la capacidad de reducir la asimetría de conocimiento entre el psicólogo y los padres, y le permite a estos últimos tomar disposiciones fundamentadas. En la práctica de la psicología de niños y adolescentes, dado que suelen estar involucrados en la problemática partes de la familia, del colegio y otros expertos, se sugiere meditar que información se da a cada persona, con qué propósito y de qué forma. Se propone realizarlo de manera cautelosa para conseguir la armonía adecuada entre ofrecer información que sea ventajosa para los sujetos implicados y al mismo tiempo resguardar la intimidad de los consultantes y su familia (Bunge et al, 2012).

En una sesión de devolución, que dependiendo de la situación conseguirá ser terapéutica o iatrogénica en sí misma, hay veces que se concluye con la orientación a padres. En otros contextos, la devolución es el escalón inicial de un proceso que se recorre a partir de la puesta de fines en común (Baringoltz & Levy, 2012).

- **Biblioterapia**

Es la sugerencia de lecturas de ciertos libros ya sean de difusión para la población general, literatura narrativa, artículos específicos y/o cuentos. También se tiene en cuenta la recomendación de algunas películas, obras de teatro o transmisiones de televisión, relacionados con el contenido de la vinculación parento-filial. El objetivo es proporcionar un espacio para la meditación y la abstracción, donde los padres se perciban reflejados en los protagonistas o en los escenarios similares a su cotidianidad. De esta manera se busca facilitar un engrandecimiento del campo visual de cara a los contextos donde se confrontan y solucionan los inconvenientes de diversas formas. La biblioterapia también se utiliza para enseñar una cuestión, un elemento o una pauta de maniobra. (Baringoltz & Levy, 2012).

La biblioterapia también puede implementarse en la creación de intervenciones narrativas terapéuticas, utilizando los cuentos o fabulas culturales, que el psicólogo halle concernidos con la dificultad a resolver, transmitiendo por medio de estas una contribución de metáforas e iconografías que inciten la creatividad del infante. Las intervenciones narrativas tienden a describir el “escenario problema” al modo de una ficción, en la cual el síntoma es el “villano” exterior frente al cual el infante, con soporte de sus personas queridas, podrá combatir. De esta manera, se busca a despatologizar al paciente, exteriorizando la dificultad y beneficiando la adjudicación de recursos a sus destrezas propias (Bunge et al, 2014).

4.4.2.3 Programa de entrenamiento a padres (PEP)

Gran cantidad de padres se acercan a la consulta ya que sus niños exhiben insubordinación, comportamientos provocadores, oposicionistas, caprichos o conductas hostiles. A cierto número de estos infantes albergan diagnósticos clínicos como trastorno oposicionista-desafiante, trastorno por déficit de atención o trastornos de la conducta. (Barkley & Benton, 2000)

Entre las técnicas psicosociales que refieren un gran sostén empírico se halla el programa de entrenamiento a padres (PEP) creado por Rusell Barkley. Inicialmente premeditado para ser utilizado en formato grupal, igualmente puede implementarse de manera individual. Está dirigido a cuidadores y progenitores de infantes provocadores de entre dos a doce años. (Bunge et al, 2014).

El programa básico se inicia perfeccionando los vínculos parento-filiales positivos utilizando la educación a los progenitores del juego participativo conducido por el menor, el sostén académico constante, entrenamiento socio-emocional, halagos y programas de premios. Posteriormente, los adultos asimilan el manejo de rutinas y límites previsibles para la vivienda, continuado por un aprendizaje de un grupo detallado de intervenciones disciplinarias no violentas, conteniendo el monitoreo, la extinción, la manera de dar órdenes eficaces, resultados naturales y lógicos, así como también la implementación correcta del tiempo fuera para ayudar a los menores a tranquilizarse. Por último, se les instruye a los progenitores en como ejercitar a sus hijos en la utilización de las habilidades de resolución de conflictos. (Bunge et al, 2012).

3. METODOLOGÍA.

A. Tipo de estudio y diseño

Descriptivo, estudio de caso único.

B. Participantes

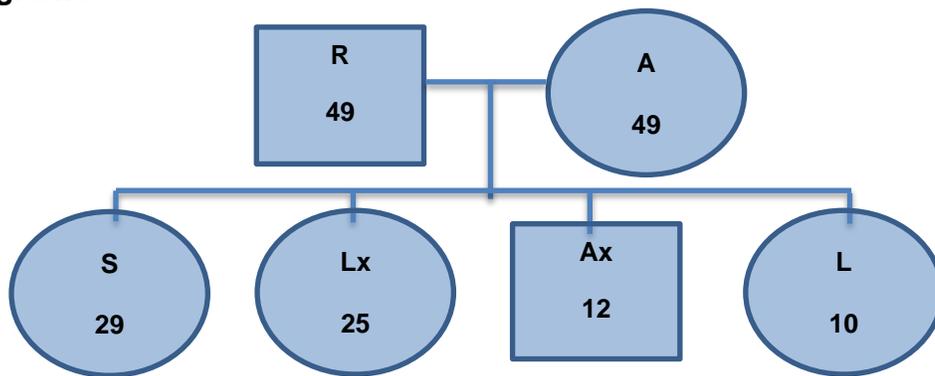
Se trabajó con una paciente de 10 años que padece el síndrome genético Rubinstein-Taybi con retraso madurativo y conductas impulsivas-desafiantes. La niña, a la que se llamará L, llegó al servicio por demanda espontánea.

La madre se presentó en el hospital comentando que L tenía problemas de conducta en la casa y en el colegio. En la casa, no hacía caso y se peleaba con los hermanos seguido. Mientras que en el colegio insultaba y confrontaba a maestros y compañeros. Tampoco realizaba las actividades propuestas por los docentes. L concurre a un colegio normal con apoyo de maestra integradora una vez por semana. La madre suponía que la sintomatología se debía al síndrome genético y “la trajo para ver si le podían dar algo”.

La familia de L está compuesta por su padre, R, de 49 años, trabajador independiente; su madre A de 49 años, ama de casa y sus tres hermanos mayores, S (29), Lx (25) y Ax (12).

Durante el tratamiento se trabajó principalmente, en sesiones conjuntas, con la madre de la niña.

Genograma



C. Instrumentos

Durante el proceso terapéutico se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista a padres o tutores.

Retomando los conceptos que Judith Beck (2001) explicó, previamente a la primera sesión, el psicólogo examina los resultados de la evaluación que se hizo del consultante en la admisión, ya que estos orientan las posibilidades diagnósticas. En este caso, Los resultados que se obtenían de la ficha de pre-admisión, indicaban que L había repetido tercer grado en dos ocasiones, y por recomendación de la escuela, los padres habían hecho evaluar el nivel cognitivo de la niña. El resultado de la evaluación neuropsicológica había arrojado un CI de 60 puntos dejando en evidencia un retraso madurativo leve y las áreas cognitivas menos desarrolladas de la niña eran las de lecto-escritura.

Todos estos informes colaboraron en un preciso diagnóstico y posterior tratamiento, ya que permitieron a los profesionales saber cuáles eran los mejores recursos para explotar de la niña y donde se encontraban sus principales limitaciones, en un caso donde lo genético tenía un fuerte componente interventor del consultante en la admisión, ya que estos orientan las posibilidades diagnósticas.

D. Procedimiento

El tratamiento consistió en 12 entrevistas semanales, de 45 minutos, durante parte de los cuatro meses que se extendió la práctica. Se comenzó con una entrevista de admisión con la madre a solas.

En esa primera entrevista se pudo recolectar una cantidad considerable de información sobre la patología subyacente de la niña, ya que la madre proporcionó otras evaluaciones médicas que tenía, como, por ejemplo, un informe de evaluación Neurocognitiva y un informe Neuropsicolingüístico y un informe de la maestra integradora. A comunicó que la problemática que más le preocupaba era las conductas impulsivas-desafiantes de la niña y que ya no sabía “como intervenirlas”.

7. Desarrollo

7.1 Presentación del caso

La madre de la paciente concurre al servicio de Psicología del Hospital por demanda espontánea, sin derivación previa. En ese primer acercamiento se le otorgó una ficha de pre-admisión para que complete (ver página dos del anexo). Dicha ficha recolecta información útil para la futura primera entrevista y funciona también como caratula de la historia clínica del paciente. La misma comienza preguntando por datos demográficos como nombre, edad, lugar de residencia, colegio y grado al que asiste el niño, si repitió de grado e integrantes familiares.

Por otro lado, la ficha de pre-admisión, posee un cuestionario (screening) de diversa sintomatología dividida en áreas como por ejemplo capacidad de vinculación con adultos y pares, problemas de aprendizaje, distractibilidad y falta de concentración, conductas agresivas y violentas, miedos y fobias, berrinches y enojo, situaciones traumáticas (robos, accidentes etc.), ansiedad, depresión, imagen corporal, drogas, violencia familiar y por último, se pide una descripción de como se le ponen límites al niño.

En esta parte de la ficha, la madre, había marcado muchos ítems en la sección de distractibilidad y falta de atención, en berrinches y enojo. En la pregunta que inquiriere cómo se le establecen límites al niño, la madre escribió “En casa los limites siempre son penitencia o retarla, pero ella vive pidiendo perdón y llora como angustiada”.

En esta entrevista diagnóstica se repasaron los síntomas detectados por el cuestionario y se le pidió a la madre que se explique sobre cada uno, jerarquizándolos según cuales producían mayores niveles de malestar en la niña y en la familia. Se revisaron los datos de la anamnesis del desarrollo y otros problemas que pudieran ser objeto de atención clínica. Del mismo modo, se examinó el contexto sociocultural en el cual estaba inmersa la familia.

7.2.1 Objetivo específico N°1: Sintomatología

Según Labrador (2008), la construcción de una entrevista puede pensarse como un proceso de hallazgo en el que el psicólogo tiene el desafío de revelar qué tipo de inconveniente/s tiene el consultante, como se concretan estas dificultades, por qué le suceden y como llego hasta ese escenario. En este caso, la primera entrevista fue fundamental, ya que proporcionó un panorama esclarecedor sobre la cotidianeidad de L.

Como pauta general del servicio de psicología del hospital, siempre se solicita concurrir a la primera entrevista sin el niño. En este caso, la madre

concurrió sola ya que el padre no pudo asistir por cuestiones de trabajo. La madre A, se presentó puntualmente, con todos los estudios que le había realizado hasta la fecha y con la ficha de admisión completa de manera detallada.

A comentó como estaba compuesta la familia y quienes vivían en la casa. La familia estaba integrada por seis personas, el padre R que era trabajador autónomo, A que era ama de casa, tres hermanos y L. La hermana más grande de 29 años, vive en el terreno contiguo a la casa de L, mientras que Lx (25) y Ax (12) viven con ellos.

La madre relató la rutina de L, refirieron su levantarse diariamente alrededor de las 7 AM, desayuna “poquito, solo un vaso de leche porque si no le duele la panza” y luego asiste al colegio hasta el mediodía. A las 12 hs A la retira del colegio y, en la casa, esperan al hermano que llega a las 13 hs para almorzar todos juntos “como una familia”. Por la tarde, A hace la tarea con la L, lo cual ocasiona problemas y da lugar a discusiones entre ellas. La mayor parte de las veces, L, no copia las tareas o se olvida los libros o simplemente no quiere sentarse a estudiar ya que le resulta tedioso. A comenta que el único día que trae el cuaderno completo es aquel que la maestra integradora concurre. L no realizaba actividades extracurriculares y pasa sus tardes acompañando a su madre a todos lados. Alrededor de las 22 hs. L se va a dormir.

A hizo hincapié en que, en ese entonces, la niña asistía a una escuela normal con maestra integradora una vez a la semana. En primer y segundo grado, L había intercalado su concurrencia al colegio yendo tres días a la escuela normal y dos a una escuela especial. Pero dada la decisión de la madre y ciertos cambios burocráticos en las escuelas, L había dejado de concurrir a la escuela especial. El régimen mixto de escuelas cayó en desuso y A tuvo que optar por una u otra escuela.

Según A, “los chicos que iban (a la escuela especial), no eran como ella” y que la madre “no sabía que responderle cuando preguntaba por qué iba a esa escuela”. A, la madre, se angustió notablemente cuando hablo de este tema, se

sujetaba fuertemente las manos, se le llenaron los ojos de lágrimas y se le quebraba la voz mientras trataba de continuar el relato.

La madre sin mas dijo “disculpen, pero este tema me tiene muy angustiada. A L. la veo cada vez más atrás en comparación con chicos de su edad y en comparación con mis otros hijos a su edad. Yo sé que ella es *normal* (cada vez que la madre decía esta palabra le ponía particular énfasis) y se lo digo constantemente, pero para todo me necesita, no puede ni vestirse sola y cada vez hace menos caso. Yo le digo, L vos sos normal como cualquier chico ¿por qué no haces caso?”.

A explicó que continuamente recibía notas del colegio por “malos comportamientos” de L. En esas notas, distintas maestras, solían decir que L tenía problemas para seguir las reglas constantemente, también solía tener dificultades para esperar su turno en los juegos y en las conversaciones. Otro problema usual era el comportamiento agresivo hacia otros niños, ya sean golpes, insultos o incluso mordiscos.

A comentó que, en el hogar, su mayor dificultad con L era la puesta de límites y como ella reaccionaba en esas situaciones. “L es muy caprichosa, sino se hace lo que ella quiere se pone a llorar desconsoladamente y cuando la retamos, empieza a pedir perdón hasta que le decimos que ya está.” La madre refirió que estas actitudes solían agotarla muchísimo, ya que pasaba todo el día con L y ya no sabía cómo manejarla.

En casos donde la impulsividad es muy alta, como este, siempre se indica una interconsulta con la psiquiatra del servicio. Según Almonte (2003), cuando la psiquiatría de enlace lleva a cabo la interconsulta, no solo efectúa un diagnóstico diferencial, sino que añade los potenciales diagnósticos psiquiátricos para tratarlos integralmente. La indicación de esta interconsulta, fue para evaluar si la paciente necesitaba medicación además de tratamiento psicológico. En el caso de L, la psiquiatra había decidido que por el momento no era necesaria la medicación, sin embargo, era un factor a reevaluar en un futuro cercano ya que lo consideraba un “caso limite”.

La segunda entrevista fue con L a solas. En este caso, L se presentó como una niña sociable, amable y bien dispuesta a las actividades terapéuticas. Sus movimientos eran ampulosos, le costaba centrar la mirada y su motricidad fina no se encontraba muy desarrollada, como era de esperarse por su condición genética. Las conductas impulsivas que había descrito su madre y el colegio no tardaron en dejarse ver. L hablaba sin respetar los turnos, quería elegir que juegos se iban a utilizar y quería comenzar primera siempre. Al principio tomó varios juegos que fue explorando brevemente antes de pasar a otro, dejando todos los juegos desordenados.

Ante la indicación de la psicóloga, L eligió un juego de mesa, basado en la utilización de dados y un tablero. Se pudo observar una baja tolerancia a la frustración, a los errores y a los consejos. Cada vez que no le salía el número que necesitaba para avanzar resoplaba y pisaba fuertemente demostrando su fastidio. Cuando en el juego le iba mal seguido, decía que este le aburría y que quería jugar a otro. Si no se cambiaba de juego intentaba hacer trampa. Si se le hacía alguna sugerencia sobre un cambio de táctica, inmediatamente pedía que no le dijeran como jugar ya que ella sabía.

Mientras se jugaba, se le preguntó a L sobre sus relaciones con sus pares. La niña comentó que no tenía amigos y que “los chicos siempre la cargaban”. Cuando esto sucedía, L, solía agredirlos física y verbalmente. Retomando a Bunge (2012), la ira se precipitará en el niño frente a escenarios que son percibidos como injustos o de descalificación, o que remueven esquemas antiguos de abuso, abandono o falta de afecto. En este caso, L reaccionaba insultando, empujando, pegando y/o tirándoles cosas a los niños que la burlaban.

Al finalizar la entrevista, L no se quería ir ya que “se estaba divirtiendo mucho”. Se le dijo que se continuaría jugando la semana próxima a lo que accedió, no sin antes resoplar un “UFA”. La madre ingresó a buscarla y ante su pedido, para sorpresa de la madre, L ordenó todos los juguetes que había utilizado. Por eso A le preguntó porque en su casa no hacía lo mismo, a lo que L contestó “porque ahora quiero”. Según Almonte (2003), los infantes con conductas

desafiantes, tienden a ser hiperactivos y tienen baja tolerancia a la frustración. Estos patrones oposicionistas serán más evidentes en el hogar o con gente que el infante conoce bien, pudiendo generalizarse a otras esferas como la educativa.

A la semana siguiente, antes de comenzar la tercera sesión, L estaba en la sala de espera jugando con otra niña de 11 años. Se la vio ansiosa, hiperkinética, competitiva, pero a la vez trataba de enseñarle, sin mucho éxito, a la otra niña un juego. Su hiperactividad y su impulsividad no dejaban que ella pudiera transmitir las reglas con claridad. Sus palabras se atropellaban, sus movimientos exagerados distraían la atención de la otra niña y sus ganas de “ganar” no facilitaban el ejercicio del juego en sí.

7.2.2 Objetivo específico N°2: Intervenciones

Durante la tercera sesión, cuando L ingreso al consultorio, se la podía observar excitada e hiperactiva. Se le indago cómo se encontraba a lo que respondió “electrificada”. Ante dicha respuesta, se le preguntó subsecuentemente si sabía el por qué o la causa de ese estado “electrificado”. Su respuesta fue negativa, comentó que le pasaba seguido y que no sabía el motivo. Se le mencionó que había una manera de “estar menos electrificado”, inmediatamente L se sorprendió y dijo “uy, ¡yo quiero saber cómo!”. Fue entonces cuando se le enseñó una técnica del control de la activación, en este caso, un ejercicio respiración profunda.

Según Labrador (2008), la meta de las técnicas del control de la respiración, es ilustrar un apropiado control consciente de las circunstancias óptimas respiratorias, para posteriormente generalizar y mecanizar este control en todo tipo de escenarios, en especial, en los más complicados y ansiógenos. Teniendo todo esto en cuenta, se le explicó a L que se podía estar menos “electrificada” mediante el manejo de la respiración. Lo primero que se le indicó fue concentrarse en la respiración, se le pidió que cerrara los ojos y “escuchara” como ella respiraba. El siguiente paso, se le ilustró, era inspirar profundamente, “como si infláramos un globo en la panza”, buscando una respiración diafragmática.

Luego de dos intentos, lo consiguió y se le explicó que en ese momento debía retener el aire y contar hasta tres. Conto hasta tres con la ayuda de la mano, como se le había mostrado. El último paso consistía en “pinchar el globo muy despacito”, para lograr una exhalación lo más larga posible. Se le comentó que, realizando el ejercicio completo tres veces, la “electricidad” sería menor.

L repitió el ejercicio completo tres veces más y el cambio fue notable. Sus palabras ya no se atropellaban, se encontraba más calmada y quieta. La psicóloga le preguntó “¿Y? ¿Qué tal?”, L respondió con una sonrisa, mientras decía, visiblemente contenta, “¡Funciona!”. Se le comentó que ese ejercicio lo podía usar cada vez que se sintiera “nerviosa”, enojada o “electrificada”. También se le dijo que cuanto más lo practicará mejor le iba a salir y de esa manera iba a ser cada

vez más efectivo. Esta sesión finalizó con L yéndose mientras le explicaba a la madre todo sobre “el globo en la panza”.

Para la cuarta sesión, se tomó en cuenta la impulsividad y la dificultad para esperar su turno en diferentes situaciones cotidianas que experimentaba L. Retomando a Baringoltz (2012), los juegos ponen diversos procesos cognitivos en marcha, con ellos se busca que el niño pueda detenerse y pensar, valorar alternativas y tomar decisiones. Se propuso, en este caso, utilizar en sesión juegos de reglas y turnos. Se buscaba de esta manera ejercitar el control de la impulsividad mediante el modelado, desde el terapeuta, y mediante la práctica de activa de la espera entre turnos.

El juego elegido por L fue el Memotest, dicho juego consiste en varios pares de imágenes que se desordenan y se disponen sin que se puedan ver las mismas. Se alinean en varias filas y columnas y el jugador debe encontrar el par idéntico, si lo logra sigue su turno, pero en caso de que no lo haga, es el turno del siguiente jugador. La atención y la memoria son claves en este juego, algo que a L le costaba bastante.

Se le explicaron las pautas del juego a L y se comenzó a jugar. La niña mostraba dificultades a la hora de recordar donde se encontraban las tarjetas idénticas, volvía a levantar las mismas sin acordarse de que imágenes tenían. Esta falla en la atención era esperable, ya que L se encontraba muy ansiosa y le costaba esperar su turno para jugar. Decía todo el tiempo que iba a ganar y cuando esto no ocurría, su ansiedad y enojo se volvían aún mayores. Bunge (2012) explica que, el esquema de grandiosidad, es definido como la creencia de que la persona debería poder hacer, tener o decir todo lo que quisiese indistintamente de que sea sensato o no. L, al comienzo de cada turno, quería jugar ella y cuando se le recordaba que era el turno de alguien más, decía “ah, cierto”.

Se le preguntó a L si recordaba algo de la sesión anterior, a lo que respondió “sí, el ejercicio de inflar el globo en la panza”. También comentó que lo había hecho un par de veces pero que después se había olvidado de usarlo.

Según Bulacio (2011), para adquirir una buena técnica respiratoria se precisa entrenamiento y tiempo, por lo cual a menudo es dificultoso de comprender para las personas ansiosas. Por eso quien la enseñe deberá ser comprensivo y buscar pequeños resultados de forma gradual. Se le pidió a L que implementara la técnica antes de seguir jugando, lo hizo al pie de la letra y sin mayores dificultades por lo cual la psicóloga la felicitó. Se observaba que la ansiedad de la niña había disminuido notablemente, pero no así sus “ganas de ganar”. En este caso su estilo competitivo era el causante de gran parte de su ansiedad al jugar. Dada esa situación, se decidió implementar una regla más. La regla consistía en que, si un jugador se equivocaba de turno, este perdía una de las fichas que había ganado con anterioridad. A partir de esta regla, L meditaba bastante antes de jugar, llegando al punto de perder una sola ficha en toda la partida.

La quinta sesión se llevó a cabo solo con la madre, quien pidió hablar con la psicóloga para “ponerla al tanto de unas cosas”. A comentó que desde que había comenzado el tratamiento, L, se encontraba “mucho mejor”. Era más colaborativa con las tareas de la casa, se peleaba menos con los hermanos y hacía “un poco más de caso”. Sin embargo, en la última semana, en la casa, L estaba más “acelerada” de lo usual. De hecho, le contestó al padre cuando este la reto, cosa que no había pasado con anterioridad. Por otro lado, también había habido problemas de conducta en el colegio.

La madre explicó que los viernes era el día que concurría la maestra integradora, pero ese viernes faltó sin previo aviso. Ese mismo día, L agredió a una compañera del curso. Esta compañera se burló de ella y L reaccionó agarrándola del cuello. Ese mismo día insultó a la maestra “porque no había hecho respetar el orden de la fila” llamándola “tarada y mala”. A comentó primero el asunto de la maestra integradora ya que cree que los episodios de agresión están relacionados con ese hecho. “No es la primera vez que pasa. Cuando la maestra integradora falta sin avisar, L siempre tiene algún problema de conducta en el colegio ese mismo día. En cambio, cuando la maestra integradora va, vuelve contenta y con todos los deberes hechos. Es un desastre como se manejan en esa escuela, L tendría que tener una maestra integradora todos los días”. Cuando

la madre mencionó esto último, la psicóloga intervino preguntándole si no era mejor una escuela especial, donde los grupos son más reducidos y hay una mayor atención por alumno. La madre guardó silencio por unos momentos antes de contestar y mirando al piso contó que había tenido una reunión con los dos gabinetes escolares, el de la escuela normal y el de la escuela especial. Los dos gabinetes coincidían en la misma opinión, L debería ir todos los días a una escuela especial.

La psicóloga le preguntó a la madre que opinaba del cambio de escuela. En ese momento la madre se angustió notablemente, se le quebró la voz y sus ojos se pusieron llorosos, mientras decía “Es que L no quiere y yo tengo miedo”. “¿De qué?” inquirió la profesional ante el abrupto silencio de la madre. “L me pregunta porque tendría que ir a una escuela especial y yo no sé qué responderle. Tengo miedo que la respuesta la afecte y empeore su patología”. En ese mismo instante la madre comenzó a llorar diciendo “Perdonen, pero este tema me angustia muchísimo”. Le llevo unos minutos calmarse y después prosiguió “La verdad ya no sé qué hacer, no quiero mandarla a una escuela especial, pero en esta que esta las cosas no funcionan”. “Si la opción actual no sirve, pero tampoco el cambio que te ofrecen, quizás debemos buscar un punto intermedio. Pero para eso me gustaría hablar con el colegio antes” dijo la psicóloga. La terapeuta le pidió a la madre el número de teléfono de la escuela, para concertar una reunión y escuchar su opinión del caso.

Por otro lado, se indicó una nueva interconsulta con la psiquiatra, para reevaluar la necesidad del uso de medicación.

La sexta sesión consistió en la entrevista con la directora, Ay, del colegio normal y la orientadora educacional, V, de la misma institución. Ay dijo “Me alegra mucho que nos hayan llamado, ya no sabemos cómo explicarle a la madre que L no puede seguir más en este colegio”. V acotó “A L le cuesta muchísimo integrarse y cumplir con los objetivos escolares”. Ay prosiguió “En el colegio tenemos muchas quejas de los otros padres por las conductas de L. Hay que tener en cuenta que ella le lleva dos años a sus compañeros y términos de fuerza a esa edad es bastante. Cuando se enoja y reacciona violentamente el riesgo para los

otros compañeros es grande”. La orientadora comentó “Además, es básicamente por ella. Nosotros la vemos como se frustra al no poder seguir las clases. Está en tercer grado y solo sabe escribir su nombre y no sabe leer. Si bien hace un tiempo está yendo a la psicopedagoga y esta una vez por semana con maestra integradora no es suficiente, necesita apoyo todos los días. El cambio de desempeño y actitud cuando esta con la maestra integradora es notable. Pero la cantidad de veces que venga no lo decidimos nosotros, por eso escapa esta situación a nuestras posibilidades”. La directora intervino “De ser así, va a repetir. De hecho, este año es casi seguro que así sea. Por más que la hagamos aprobar imagínate que eso no resuelve nada, sino la diferencia con los hitos escolares alcanzados con respecto a sus compañeros es aún mayor”.

Según Almonte (2003), el periodo de la educación básica está caracterizado por el paulatino incremento de las exigencias académicas. La madurez neurológica, el progreso en el desarrollo cognitivo y psicomotor viabilizan el éxito en dichas exigencias. El fracaso, forma una amenaza para el autoconcepto del niño, que en este periodo alcanza especial importancia. Teniendo esto en cuenta y en vías de encontrar una alternativa viable para la escolarización de L, la psicóloga, les recordó a las representantes del colegio, la posición de la madre y les preguntó qué alternativas se les ocurría.

Ay respondió “Nosotros como colegio no podemos pasar por encima de las decisiones de los padres, por más problemas que les causen a sus chicos”. La orientadora se opinó “Dado que hay una gran resistencia de la madre a aceptar la patología de su hija, las opciones son escasas, sin embargo, hay posibilidades. La madre no quería, bajo ningún punto, enviar a su hija a una escuela especial del Estado, pero existen las escuelas privadas donde hay menor cantidad de chicos por aula y mayor soporte de maestras integradoras. Si bien estas escuelas son caras, al tener el certificado de discapacidad se podría tramitar la pensión y la obra social que cubra el costo de las mismas”. “Es cierto, incluso nosotros podríamos ayudar a poner el trámite en marcha y si, la madre así lo quiere, la podríamos acompañar a estas escuelas en busca de una adecuada para L” comentó la directora. “Sin embargo, la madre rechaza cualquier propuesta que le hagamos.

Ayudaría muchísimo si usted le pueden presentar la opción y orientarla en la decisión” dijo la orientadora. La psicóloga acordó que hablaría con la madre al respecto, pero recalcó la importancia de la información que la ellas pudieran aportar sobre las instituciones educativas alternativas.

Para el séptimo encuentro, habían pasado quince días desde la última sesión de L, dado que había habido un paro en el hospital público donde se llevaba a cabo el tratamiento y también una fuerte tormenta que inundo la zona, imposibilitando la concurrencia de L al establecimiento. Sin embargo, si había logrado presentarse en la interconsulta psiquiátrica. En la misma, la psiquiatra había decidido comenzar con dosis bajas de Risperidona, con el objetivo de reducir la impulsividad y la agresión en las conductas.

L llego a la sesión “contenta, porque hace mucho que no nos veíamos”. Su cadencia y ritmo era sorprendentemente tranquilo y pausado. Su postura y andar eran más relajados de lo que se había observado en las primeras sesiones. Durante los juegos que se utilizaron en la sesión, L pudo respetar los turnos la mayor parte de las veces. Cuando se equivocó de turno la primera vez, automáticamente respiro profundo tres veces antes de continuar mientras decía “concentración, concentración”. Cuando se le pregunto cómo estuvo últimamente dijo “menos electrificada y ahora hago re bien el ejercicio del globo en la panza”.

Para la segunda parte de la sesión se hizo ingresar a la madre con el objetivo de conocer su perspectiva sobre los cambios de L. La madre dijo con una sonrisa “Ahora L está más tranquila, pero sigue igual de caprichosa que siempre”. “Se pone menos nerviosa y se pelea menos con los hermanos, pero a la hora de hacer caso, sigue haciendo lo que quiere”.

Se le pregunto a la madre como reaccionaban, con el padre, cuando L no hacía caso o tenía algún berrinche. A explicó “Cuando se porta mal la castigamos, se queda sin tele o se le prohíbe algo que le guste hacer. A veces eso alcanza y a veces no. Cuando la retamos, se pone a llorar terriblemente como angustiada y empieza a pedir perdón a lo loco”. “¿Y cuándo eso pasa, que hacen? inquirió la

psicóloga. “Bueno, ahí después de un rato la perdono porque me hace mal verla llorar desconsoladamente y el padre es igual”.

Se solicitó que el padre concorra con la madre, la próxima sesión, para tratar la puesta de límites en el hogar y poder analizar en mayor profundidad la dinámica familiar.

Por otro lado, se le comentó, a la madre, lo hablado con el gabinete del colegio de L. Cuando se enteró de la posibilidad de enviar a L a una escuela privada se alegró de manera notoria y dijo “Sería una oportunidad muy buena para que L tenga la atención que merece y así se pueda dedicar a aprender”. También se le explicó que el gabinete del colegio actual la iba a ayudar en los tramites y en la búsqueda del colegio más adecuado, lo cual conto con su beneplácito.

Antes de finalizar la séptima sesión, la psicóloga decidió implementar una intervención llamada *economía de fichas*. Según Labrador (2003), las ventajas de estos programas son que permiten un control muy completo y detallado de las conductas y a su vez suelen poseer eficacia y rapidez en el efecto. También permiten el control de varias conductas a la vez y, dichos programas, suelen ser muy bien aceptados por las personas involucradas en el. El objetivo de su implementación, en el caso de L, consiste en promover e instituir una serie de conductas deseables, como es el caso de las tareas del hogar, y/o modificar conductas desadaptativas, como puede ser el caso de las peleas y agresiones. Esto se logra con la recompensa de las conductas deseadas mediante contingencias positivas, también llamadas fichas.

Se le explicó a L que confeccionaríamos una lista con “cosas en las que podría ayudar en casa” y si ella las mantenía en el periodo intersesión, o sea una semana, tendría un premio sorpresa la próxima sesión. L se mostró intensamente interesada y se vio sumamente intrigada por cuál sería el premio.

Se le pidió a la madre que mencionará “algunas cosas que le gustaría que L haga en la casa”. A lo pensó unos segundos y dijo “Pff, tengo un montón de cosas que puede hacer, poner la mesa, hacer la tarea, bañarse sola, dormir la siesta sola, no decir malas palabras, no pelearse y varias más”.

De todo lo mencionado por A, se le preguntó a L, cuál sería la opción que crearía más posible de llevar a cabo. Optó por “darle de comer al perro”. Luego se le pregunto a A qué opción privilegiaría, a lo que respondió “hacer la tarea”. Por último, la psicóloga agrego el “no decir malas palabras”. Con esas tres opciones se diagramó un cuadro de doble entrada donde constataran los objetivos y los días (ver página tres del anexo). La psicóloga dijo “como la jueza que va a determinar si se cumplió o no el objetivo va a ser mamá, ella va a firmar cada día y cada objetivo que vos cumplas. Si venís la próxima sesión con todas las firmas de la semana, hay un premio sorpresa por cada objetivo. O sea que depende de cómo cumplas podés llevarte hasta ¡tres premios!”. L se mostraba entusiasmada y quería saber “ya” cuál era el premio. La psicóloga le comentó que, para saberlo, debería lograr la meta.

En la octava sesión se llevó a cabo una charla con los padres de la niña, y se trató principalmente la puesta de límites. Es la primera vez que R, el padre de L, concurría a la consulta. R se mostró muy interesado por el tratamiento de L, se lo observaba inquieto y deseoso de hablar.

Primeramente, se le pidió a R que diera su perspectiva en lo relativo al comportamiento de L. “L siempre fue movедiza y de carácter muy fuerte. Nunca se queda quieta y siempre tenía energía para hacer algo más, como veras yo no soy muy diferente” le dijo el padre de la niña a la psicóloga. “Desde que empezó terapia la veo mejor y la medicación también ayudo. Por eso estoy acá, la verdad en este hospital se murió mi vieja y jure que no lo iba a pisar nunca más. Pero por L, acá estoy. Quiero ayudar a mi hija en todo lo posible para que este mejor” comentó R decididamente.

La psicóloga le preguntó al padre en que aspectos veía esa mejora, a lo que R respondió “Es como si estuviera menos intensa. Se pelea, pero menos veces, se enoja, pero nada que ver con antes y cada tanto hace caso”.

Se les inquirió sobre los métodos para implementar límites que empleaban con L. R comentó “L hace caso cuando quiere o le conviene. Si le decimos algo que no le gusta hacer o contrario a lo q ella quiere, inmediatamente se pone a

llorar muchísimo y empieza a pedir perdón. Cuando hace eso la mamá la perdona enseguida y no está más castigada”. “¿Y vos qué haces en ese caso?” preguntó la psicóloga. ¿Yo? Aguanto un rato más, pero también la termino perdonando” decía el padre mientras se reían de manera cómplice con la madre. “¿Y con tus otros hijos hacen lo mismo, por ejemplo, con Ax?” preguntó la profesional. “No, con Ax él no es *no*” menciona el padre rápidamente. “¿y entonces de donde sale la diferencia? Inquirió la terapeuta. En ese momento, los dos padres se miraron, pero ninguno dijo nada. Los dos bajaron la mirada al suelo. “¿L, les provoca algo que sus otros hijos, ¿no? preguntó la psicóloga. “Si... pena”. Respondió el padre con vos quebrada y ojos llorosos, mientras la madre asentía con la cabeza y sacaba un pañuelo. R agregó “Yo creo, que eso lo pensamos desde que nos enteramos de su patología, pero la verdad es que nunca se dijo. Era como algo que estaba ahí, pero nunca se habló”. Según Almonte (2003), tener un hijo con una patología puede formar en la familia sentimientos de culpa y temor agudos, en que los miembros conviven con ideas confusas sobre su propia influencia en la enfermedad. A acotó “Uno la ve esforzándose en todo más que el resto, pero las cosas no le salen como a los demás chicos. Debe ser muy frustrante para ella, casi tanto como lo es para nosotros no lograr ayudarla. Por eso creo, que somos más blandos y flexibles con ella”. Retomando la explicación de Almonte (2003), sostiene que es habitual que coexistan sentimientos y conductas ambivalentes que fluctúan entre dar una sobreprotección cargada de angustia y el rechazo y negación del infante y su dificultad.

La psicóloga intervino “Ustedes quieren que sea como el resto de los chicos, pero la tratan distinto, de manera especial. ¿Entendí bien?” con tono sarcástico. Ambos padres rieron y R comentó “La verdad, nunca lo había pensado así, lo hacíamos como inconscientemente, pero lo cierto es que a la hora de los límites L es como cualquier otro chico. Vamos a tratar de ponernos firmes, de ahora en adelante”. A asintió con la cabeza, como aceptando la propuesta de R.

7.2.3 Objetivo específico N°3: Evolución del caso

Esta sesión, la novena, comenzó con L mostrando orgullosa su lista con objetivos cumplidos. De los tres objetivos establecidos, pudo cumplir los dos más esperables todos los días, “darle de comer al perro” y “no decir malas palabras”. Mientras que el más complejo, “hacer la tarea”, fue hecho dos veces sobre siete. Inmediatamente L quiso su premio, pero se le explicó que “como en la tele, las entregas de premios más importantes son al final de la programación. Así que iba a tener que esperar un poquitito más, pero dado que había llegado hasta ese punto, seguro que iba a lograrlo”. L dijo “Es verdad, me porté re bien y pude esperar hasta ahora, así que un poquito mas no me va a hacer nada. ¡Pero no te olvides eh!”. Como podía observarse, y que luego la madre lo constataría, tanto las conductas impulsivas como las desafiantes se habían reducido notablemente.

La sesión prosiguió con algunos juegos por turnos que L pudo jugar sin problemas. Se le preguntó cómo le iba en la escuela y dijo “Todavía dos varones me cargan, pero ya no les pego, cuando es así le digo a la maestra y que los reten a ellos”. Por otro lado, L refirió que ya no se “electrificaba” tan seguido.

L contó que como antes “no hacía caso, sus papas no la dejaban hacer nada”. Pero ahora que se estaba portando mejor la iban a dejar empezar natación que era algo que ella tenía muchas ganas de hacer.

Al final de la sesión, L obtuvo sus premios, una lapicera con plumas rosas y una libreta lila. Cuando lo vio exclamó “¡Guau! ¡Qué lindo y encima son mis colores preferidos! Se agregaron un par de objetivos más a la lista, en este caso un poco más complejos. Sin embargo, a L eso no le importó, al contrario, lo vio como una posibilidad de tener mayores recompensas.

En la décima sesión, ingresaron A y L juntas. Se le preguntó a A como veía a L en este último tiempo. “La verdad que esta muchísimo más tranquila. Ya no se enoja por cualquier cosa, si bien cada tanto lo hace, no es muy distinto de un chico cualquiera. Está ayudando de buena manera en la casa cuando se lo pedimos y

no lo puedo creer, pero no me llaman más del colegio por mal comportamiento” señaló la madre riéndose.

A L se la veía contenta y orgullosa de las palabras de su madre, a cada buen comentario que, hacia A sobre ella, L agregaba un ejemplo de cómo lo llevaba a cabo. “La vez pasada, mi mamá, estaba haciendo la comida y yo la ayude poniendo toda la mesa yo sola, sin que me lo pidieran. ¡Por eso después me llevaron un rato a la plaza de sorpresa!”

L contó que como se estaba portando bien, en el verano iba a ir a una colonia de vacaciones, donde iba a poder hacer natacion y muchos amigos nuevos.

A pesar que intuitivamente ya lo estaban aplicando correctamente, la psicóloga le dio a la madre una breve explicación de la importancia del reforzamiento positivo. Como sostiene Labrador (2008), es un proceso por el que se aumenta una conducta mediante la exposición contingente de un estímulo atractivo. En el caso de L, la madre la dejaba mirar la televisión una vez que completara sus quehaceres.

También se le explicó, a la madre, *el poder de las consecuencias* de las acciones como menciona Bunge (2014), que toda conducta que no tiene consecuencias tiende a extinguirse, así como las consecuencias negativas disminuyen la frecuencia de la conducta. Se le explicó esto de una manera menos técnica y más coloquial a la madre, para que las conductas deseadas logradas en la terapia puedan sostenerse en otros ámbitos y sobre todo en el tiempo.

Por último, la madre destacó que “le había salido” la pensión y la obra social que tanto estaba esperando y ya había obtenido la vacante del colegio que más les habían convencido. Así que el año próximo, L podría empezar en un colegio más acorde a sus necesidades.

8. Conclusión

Resumen del caso

El síndrome de Síndrome de Rubinstein-Taybi es un síndrome que porta varias anomalías congénitas. Las características distintivas de los pacientes con este síndrome, suelen ser un tamaño de pulgares y dedos gruesos del pie anchos, unos rasgos faciales típicos, paladar hundido, y niveles variables de retraso madurativo generalizado (Hernández & Genover, 1998).

A lo largo de este trabajo se buscó mencionar los síntomas del SRT y las conductas impulsivas y desafiantes que aquejaban a la paciente. Así mismo, se señaló la forma de modificarlos mediante las intervenciones descritas en el caso. Por último, se relató la evolución de la paciente a través de la terapia. De esta manera, se dieron por cumplidos los tres objetivos que tenía este trabajo. Así mismo, esta experiencia proporcionó las siguientes conclusiones.

El retraso madurativo tuvo gran implicancia en este caso, ya que fue la base donde se sustentaron los otros síntomas como la impulsividad y el estilo de personalidad desafiante. Que L no sepa leer y escribir, pero tenga edad para hacerlo, limitaba las intervenciones posibles. Por lo tanto, se tuvieron que adecuar las intervenciones a las capacidades de la niña, más que a su edad. Las intervenciones conductuales como la economía de fichas, fueron fundamentales para esta paciente. Se podía observar una mayor implicancia al cambio con cada refuerzo aplicado. La paciente se motivaba continuamente a realizar cambios en su conducta.

En cuanto al ámbito familiar, puede decirse que la utilización de límites difusos posiblemente haya fomentado el estilo desafiante de la niña. Los problemas vinculares con sus pares, se exacerbaban cuando la “electricidad” de L aumentaba, probablemente debido a las frustraciones que le provocaba no poder seguir el curso de la clase como los otros chicos. Los problemas provocados por estar en un colegio poco adecuado a las necesidades de L, quizás, intervinieron no solo en el aspecto académico sino también en el aspecto vincular con sus pares y docentes.

Actualmente L prosigue el tratamiento psicológico y pedagógico en el hospital público. La temática principal es el cambio de colegio y las habilidades sociales, ya que las conductas impulsivas se redujeron notablemente y por lo tanto dejaron de ser el motivo de consulta.

Aporte personal

Con este trabajo, se buscó aportar más información para comprender la sintomatología de una enfermedad categorizada como rara, por su incidencia en la población. Así mismo se describió que intervenciones fueron útiles con dicha patología. Y, por último, que cambios se observaron tras aplicar las mismas. También, teniéndose en cuenta que es sumamente escasa las descripciones de casos locales, este trabajo intentó acrecentar la información sobre dicha patología obtenida a nivel nacional.

Por otro lado, este trabajo se realizó dentro de una práctica en un hospital público, donde las condiciones de trabajo suelen ser más adversas en comparación con el ámbito privado, ya que existen menor cantidad de recursos económicos disponibles. Este trabajo aporta una breve descripción de intervenciones que pueden aplicarse en cualquiera de los dos ámbitos, tanto el público como el privado, ya que los recursos para implementarlas son mínimos.

Limitaciones y fallas

Durante el tratamiento se pudo observar la intervención del contexto sociocultural en la patología. Por ejemplo, durante la residencia, se pudieron observar limitaciones propias de la institución donde se brindaba el tratamiento psicológico a L que pudieron haber retrasado el proceso terapéutico. Uno de ellas era la locación del hospital, que se veía afectada en periodos de grandes tormentas. La zona se inunda imposibilitando el ingreso tanto de los profesionales como de los pacientes, retrasando las sesiones una semana por vez.

Otra limitación era el horario de atención del servicio el cual era solo a la mañana, complicando a los padres que trabajan en ese turno, como era el caso de L. Cuando R asistió a la sesión parental, debió faltar al trabajo. Este tipo de

situaciones pueden preverse, pero se limitaba severamente la cantidad de veces que el padre podía ser llamado a participar de la terapia. Básicamente, al convocar al padre se le generaban dificultades en el trabajo y si no se lo hacía, se complicaban ciertas intervenciones vinculares beneficiosas para L.

Como problema principal de la investigación, se tiene que tomar en cuenta que el SRT está categorizado como una enfermedad rara, por ende, la información fiable sobre esta patología no es mucha y lo poco que se encontraba solía no ser muy actual o estar en idiomas no tan accesibles.

Otro inconveniente fue el poco tiempo que se vio al paciente, en este caso diez sesiones. En un caso con tantas variables, hubiera sido interesante poder observar el proseguir de la terapia por un tiempo más extendido.

Por último cabe mencionar que se tuvo que trabajar la adherencia al tratamiento no solo con la niña, sino también con la madre, ya que en un principio no estaba muy de acuerdo con iniciar un tratamiento psicológico sino buscaba un tratamiento psiquiátrico para la niña.

Perspectiva Crítica

En cuanto a la planificación del tratamiento, en retrospectiva, se podría haber pensado la posibilidad de haber hecho unos ligeros ajustes a ciertas intervenciones para adaptarlos aún más a la paciente. Por ejemplo, en el caso de economía de fichas, el cuadro de doble entrada tenía redactado los objetivos a cumplir para que L no se los olvide. No obstante L no sabía leer, por lo tanto, la madre tendría que hacerlo, situación que no fomentaba la independencia de la niña ni de la madre. Por eso, se podrían haber agregado unos dibujos pequeños al lado de cada consigna, como ayuda memoria de lo que estos significaban. “Darle de comer al perro” podría haber sido acompañado de un perro y su plato de comida, a modo ilustrativo. De esta manera, se supone que L tendría un acceso más simple a recordar con mayor eficacia, los objetivos pendientes.

Por otro lado, la entrevista parental, con los dos padres, tuvo un efecto muy positivo en la dinámica familiar y en las conductas desafiantes de L. Quizás,

podría haber considerado, sino hubiera sido más beneficioso citar a los padres con anterioridad, para lograr otorgarle una mayor organización a las conductas de la niña. Sin embargo, esto no fue posible, ya que era muy difícil concertar un horario conveniente para todos los involucrados.

Nuevas líneas de investigación

Como nuevas líneas de investigación queda evaluar el SRT con todas las variables presentadas en el trabajo, impulsividad, conductas desafiantes, problemas escolares etc. Como se había mencionado anteriormente, no existe gran cantidad de bibliografía actualizada sobre el SRT y mucho menos de origen nacional. Cabe destacar que Argentina es uno de los pocos países en conjunto con España, Holanda y Dinamarca, que tienen asociaciones específicas del tema. Sin embargo, la asociación de Argentina es solo de padres y pacientes con esta patología, a diferencia de las asociaciones de Holanda y Dinamarca que poseen un carácter científico y de investigación, llevada a cabo por profesionales de la salud. Ya que en el país se registran varios casos del SRT, sería interesante promover una línea de investigación sobre la patología a nivel nacional.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

En American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus. (2016).

Recuperado de <http://www.aapos.org/es/terms/conditions/96>

Almonte, C., María Elena Montt S., & Correa, A. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Clima social escolar y desarrollo personal: Un programa de mejoramiento, Santiago: Editorial Andrés Bello.

Aznar Bolaño, M. (2009). Intervención con padres en clínica de niños. *Clínica y Salud*, 20(3), 291-300.

Barkley, R. & Benton, C. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes*: Paidós Ibérica.

Baringoltz, S. & Levy, R. (2012). *Terapia cognitiva del dicho al hecho*, Buenos Aires: Editorial Polemos.

Bassi, C. (2009). Fundacion Eroski. Recuperado de http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2009/02/27/183672.php

Beck, A. & Alford, B. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*, New York: Guilford Press.

Beck, J. (2001). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2012). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*, Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2014). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*, Buenos Aires: Akadia.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*, Barcelona: Paidós.
- Céspedes, A. (2007). Niños con pataleta, adolescentes desafiantes. *Cómo manejar los trastornos de conductas en los hijos*, 5.
- Dattilio, F. M. (2005). THE RESTRUCTURING OF FAMILY SCHEMAS:A COGNITIVE-BEHAVIOR PERSPECTIVE. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31: 15–30.
- Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*: Grupo Planeta.
- Haldeman-Englert, C. (2015). En Medlineplus. Recuperado de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001249.htm>
- Hellings, J. A., Hossain, S., Martin, J. K. & Baratang, R. R. (2002). Psychopathology, GABA, and the Rubinstein–Taybi syndrome: a review and case study. *Am J Med Genet* 114(2), 190–195.
- Hennekam, R. C., Baselier, A. C., Beyaert, E., Bos, A., Blok, J. B., Jansma, H. B., Thorbecke–Nilsen, V. V., et al.(1992). Psychological and speech studies in Rubinstein–Taybi syndrome. *Am J Ment Retard* 96(6), 645–660.

- Hennekam, R. C. M. (2006). Rubinstein–Taybi syndrome. *Eur J Hum Genet* 14(9), 981–985.
- Hennekam, R. C. M., (2010) Síndrome de Rubinstein – Taybi. *Management of Genetic Syndromes*, 3a edición.
- Hennekam, R. C. M. (2011). Care for patients with ultra–rare disorders. *Eur J Med Genet* 54(3), 220–224.
- Hernández, M.C., & Genover, X.B. (1998). *Atlas de síndromes pediátricos*. Barcelona: ESPAXS.
- Jones, K. L., Jones, M. C., & Del Campo, M. (2013). *Smith's recognizable patterns of human malformation*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Kaneshiro, N. (2015). En Medlineplus. Recuperado de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001523.htm>
- Kendall, P. (1993). *Journal Of Consulting and Clinical Psychology* I Vol.61.No. 2. 235-24
- Labrador, J., (2008). *Técnicas de la modificación de la conducta*, Madrid: Ediciones Pirámide.
- En *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1996) recuperado de <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1996105920001a.pdf>
- Oliver, C., Arron, K., Powis, L., & Tunnicliffe, P. (2011). Cornelia de Lange, Cri du Chat and Rubinstein Taybi Syndromes. *P. Howlin, T. Charman, M. and Ghaziuddin,(Eds.) The SAGE Handbook of Developmental Disorders*, 239-260.

- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10*. Pan American Health Org.
- Ruiz, A. B. (2014). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 1. N°. 1, pp 89-100
- Siquier de Ocampo M.L., Garcia Arzeno M.E & Grassano de Piccolo E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Van Balkom, I. D. C., Gunning, W. B. & Hennekam, R. C. M. (1996). El síndrome de alcoholismo fetal: una desconocida causa de retraso mental y problemas de conducta en los Países Bajos. Revista holandesa Medicina, 140, 592-595
- Van Balkom, I. D. C., (2012). En University of Groningen. Recuperado de http://www.rug.nl/research/portal/files/14645536/Dissertation_IDC_van_Balkom.pdf
- Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2003). Heading off disruptive behavior: How early intervention can reduce defiant behavior—and win back teaching time. *American Educator*, 26(4), 6-45.
- Webster-Stratton, C., & Jamila Reid, M. (2012). Series de entrenamiento a padres, maestros y niños: Los años increíbles. Tratamiento multifacético para niños con trastornos de conducta. M. Gomar, J. Mandil & E. Bunge (Eds.), *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes (pp. 409-432)*. Buenos Aires: Editorial POLEMOS.

Wiley, S., Swayne, S., Rubinstein, J. H., Lanphear, N. E. and Stevens, C. A. (2003), Rubinstein-Taybi syndrome medical guidelines. *Am. J. Med. Genet.*, 119A: 101–110. doi: 10.1002/ajmg.a.10009