



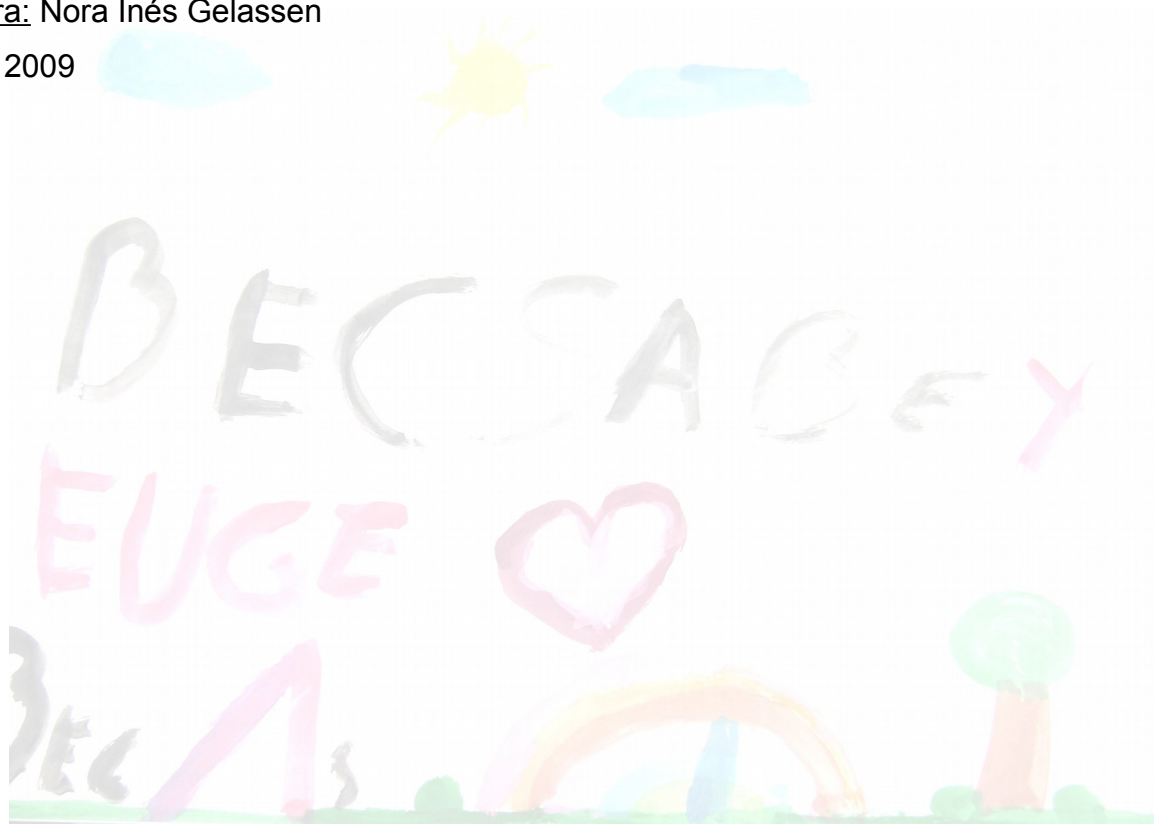
**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

“Un caso de Trastorno de Conducta, con diferentes tipos de abordajes terapéuticos”.

Autor: Eugenia Llambí

Tutora: Nora Inés Gelassen

Año: 2009



INDICE

CAPITULO 1

1. INTRODUCCION

CAPITULO 2

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Generales.

2.2. Objetivos Específicos.

CAPITULO 3

3. DESARROLLO

3.1. Marco Teórico

3.1.1. Etiología de los trastornos de conducta.

3.1.2. Definición y clasificación según el DSM IV.

3.1.3. Factores participantes en la presentación del trastorno.

3.1.4. Diferentes tipos de intervenciones terapéuticas.

3.1.4.1. Terapia Cognitiva.

3.1.4.2. Programa de Barkley.

3.1.4.3. Arte Terapia.

CAPITULO 4

4. METODO

4.1. Tipo de Estudio.

CAPITULO 5

5.1. Participante.

5.2. Instrumento.

5.3. Procedimiento.

CAPITULO 6

6.1. ANALISIS DEL CASO

CAPITULO 7

7.1. CONCLUSION

CAPITULO 8

8.1. BIBLIOGRAFIA

CAPITULO 9

9.1. ANEXOS

9.1.1. Test persona bajo la lluvia.

9.1.2. Test de Bender.

9.1.3. Test Casa- Árbol- Persona.

9.1.4. Arte terapia- Dibujo Libre.

9.1.5. Arte terapia- Títeres y moldes de goma eva.

CAPITULO 1

1. INTRODUCCION

El contenido del presente trabajo final de integración surge a partir de la residencia realizada por la autora en un Hospital Interzonal General de Agudos , en el servicio de psicología pediátrica.

La residencia tuvo una duración de 320 horas, divididas en 20 horas semanales. Su realización consistió en dos actividades fundamentales, el recorrido de las salas de internación pediátrica, y la actividad clínica en los consultorios externos del servicio de psicología pediátrica.

Durante la residencia los pasantes que conforman el mencionado servicio tienen la posibilidad de presenciar y efectuar admisiones, supervisiones de equipo y de participar de sesiones terapéuticas de manera activa. En el marco de estas experiencias, la autora tuvo la oportunidad de participar en el caso de un paciente que será protagonista del presente trabajo final de integración.

El paciente es de sexo masculino, de 8 años de edad cuyo diagnostico presuntivo fue un trastorno de conducta de tipo negativista desafiante, según la clasificación del DSM – IV. El proceso terapéutico fue contenido bajo dos abordajes. El primer abordaje, fue de carácter clínico. Su aplicación fue efectuada desde el marco teórico de la terapia cognitiva-conductual. En este proceso, surge la idea conjunta de la pasante y de la psicóloga a cargo del caso, la idea de incorporar un tipo de intervención complementaria a través del arte terapia.

CAPITULO 2

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

El objetivo general es describir la intervención terapéutica en el caso de un niño de 8 años con un trastorno de conducta. Al paciente se le otorgaron dos tipos de abordajes terapéuticos, el abordaje cognitivo conductual y, posteriormente, un abordaje de arte terapia.

2.2. Objetivos Específicos

- Realizar una descripción en un caso único de un niño de 8 años, a quien llamaremos I.
- Describir el proceso de psicodiagnóstico realizado.
- Analizar y describir las diferentes intervenciones realizadas desde la intervención cognitiva conductual y el arte terapia.

CAPITULO 3

3. DESARROLLO

3.1. Marco Teórico

3.1.1. Etiología de los trastornos de conducta:

Hoy en día el consenso científico ha determinado que la etiología de este trastorno es multicausal. Barkley (1998) planteó el modelo de cuatro factores de la conducta oposicionista afirmando que este trastorno se debe a la dinámica entre los siguientes factores:

1. Características del niño.
2. Estresores ambientales.
3. Consecuencias.
4. Características de los padres.

1. Las características del niño, tienen relación con los factores neurológicos, que inciden en el temperamento y en el funcionamiento de las áreas de la corteza prefrontal que coordinan la planificación, inhibición y el control de las conductas. También estas características del niño tienen que ver con factores psicológicos, siempre considerándolos desde una perspectiva cognitiva, entendiendo tanto el déficit como a la distorsión del procesamiento de la información y funciones de autocontrol de los impulsos del niño.
2. Estresores ambientales que pueden condicionar la conducta del niño. Toma en consideración las características de los ambientes de crianza y del desarrollo del niño, que tienen incidencia en las diferentes modalidades de organización, resoluciones y estrategias de afrontamiento que adopte el niño ante la resolución de problemas.

3. Las consecuencias tienen que ver con lo que pasa después de un comportamiento disfuncional. El niño puede recibir refuerzos positivos o negativos de parte de los adultos a cargo de su educación/crianza. Los refuerzos aumentan la posibilidad de que dicho comportamiento se mantenga o no en el tiempo.

4. Características de los padres, tiene que ver con la posible psicopatología en las figuras significativas del niño (Barkley, 2000).

Hay otros enfoques que recalcan que las posturas explosivas de los niños pueden tratarse a una incompatibilidad de características entre los padres y los niños. Estos presentarían cierta carencia en la flexibilidad o adaptabilidad, en la tolerancia a la frustración y/o en la resolución de problemas. Estos se deberían a la presencia de dificultades en las funciones ejecutivas, en las habilidades de procesamiento verbal, la regulación de las emociones, la flexibilidad cognitiva y/o en las habilidades sociales (Green & Ablon, 2006).

3.1.2. Definición y clasificación según el DSM IV.

Entendiendo que el trastorno de conducta es una alteración del comportamiento, que suele ser diagnosticada en la infancia, se lo define como un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad.

Según el DSM IV, hay tres tipos de trastorno de conducta, el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, y el trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

A continuación se explicaran las características de dichos trastornos:

El *trastorno de conducta disocial* se caracteriza por un modelo de comportamiento persistente y repetitivo en el que los derechos básicos de los otros o las normas sociales son violadas. Estos comportamientos se dividen en 4 grupos o criterios:

1. Por un lado tenemos un comportamiento agresivo en el que se causa daño al otro, ya sea un individuo o un animal. También hay conductas de amenazas hacia los otros.
2. Destrucción deliberada de la propiedad privada.
3. Fraudes o robos.
4. Violación graves a las normas.

Tres de estos comportamientos deben estar presentes durante los últimos 12 meses, y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses. Por causa de este trastorno se observa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Dicho trastorno disocial puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años. Y los contextos en los cuales se manifiesta son variados como el hogar, la escuela y la comunidad.

Tipo disocial de inicio infantil, se debe observar alguno de los comportamientos antes citados antes de los 10 años de edad.

El tipo de *trastorno de conducta negativista desafiante*, se trata de un cuadro clínico en el que el modelo de comportamiento es negativista, desafiante, desobediente y hostil, conductas que están dirigidas a figuras de autoridad.

El comportamiento negativista, hostil y desafiante de un niño dura por lo menos 6 meses en el cual están presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos: se encoleriza e incurre en pataletas, desafía y discute con los adultos, molesta deliberadamente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, es vengativo, quisquilloso etc. A consecuencia de dichos comportamientos, se observa un deterioro significativo de la actividad social ó académica.

El *trastorno de comportamiento perturbador o no especificado*, incluye características de comportamientos negativistas y disociales, pero sin cumplir los criterios de dichos trastornos (Pichot, 1994).

3.1.3. Factores participantes en la presentación del trastorno.

Hay una gran variedad de autores que describen a los factores implicados en el presente trastorno. En general, coinciden en que los individuos con este tipo de trastorno reaccionaran, de manera particular, en función de los factores que influyan sobre él. Los factores están relacionados con ciertas características del individuo en particular, características del contexto familiar y características de ciertos componentes del entorno sociocultural que serán expuestos a continuación:

1. Factores individuales: Considerando al niño como integrante activo en sus relaciones interpersonales, se puede recalcar condiciones individuales del niño que actuaran como factores de riesgo, como el temperamento difícil, el cual se describe como un patrón biológico caracterizado por un procesamiento visoespacial y también la posible presencia o coexistencia de un síndrome de déficit atencional, trastorno del lenguaje, trastorno de aprendizaje, baja respuesta a normas de disciplina. Esta sumatoria de problemáticas en el niño favorecería la desorganización de su entorno, conduciría al surgimiento de relaciones disfuncionales en la familia y con ello la posible magnificación de los comportamientos propios del trastorno.
2. Factores ambientales familiares: En el caso de este trastorno se ha asociado como usual que uno de los padres del niño podría presentar antecedentes de trastorno del ánimo, desorden oposicionista desafiante, trastorno de conducta, trastorno por déficit atencional y trastorno de personalidad antisocial. A su vez la existencia de alcoholismo por alguno de los padres, la inestabilidad emocional y afectiva brindado por los mismos. La falta de cuidado por parte de las figuras parentales o institucionalización, se han relacionado con la emergencia de este trastorno.

Con respecto al funcionamiento de la dinámica familiar, y el lugar que ocupa el integrante opositor en el funcionamiento del sistema parental es el siguiente:

- Inestabilidad en las normas, reautorizaciones reciprocas entre los padres.
 - Híper corrección constante de los padres.
 - Falta de constancia en los roles de los padres, imposibilitando al niño cierta seguridad de que existen figuras de autoridad constantes y merecedoras de respeto.
 - Fluctuación entre impotencia y autoritarismo, con respecto a las normas y límites que imponen los padres a los hijos. La falta de una disciplina uniforme puede contribuir con el comportamiento desafiante.
 - Preponderancia de relaciones simétricas entre padres e hijos. Confusión en los papeles de autoridad, en el que los padres e hijos se enfrentan en un mismo nivel.
 - Intromisión de otros familiares que forman alianza con el niño, desacreditando la autoridad de los padres.
3. Factores ambientales socioculturales: El niño al estar en contacto con espacios o practicas educativas, a veces por el autoritarismo exagerado de las mismas, puede generar en él conductas opositoras y desobedientes, como expresión de rabia, que se van configurando en conductas aprendidas que buscan controlar el comportamiento de las figuras de autoridad (Almonte, Montt & Correa, 2003).

3.1.4. Diferentes tipos de intervenciones Terapéuticas.

3.1.4.1 Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (Hart & Morgan 1993).

Según diferentes autores refieren que la teoría del aprendizaje social se enfoca en el entorno, y cómo el individuo está condicionado por éste, así como las disposiciones personales y el comportamiento situacional. La conducta en sí está en constante desarrollo, evolución y es, a su vez, un fenómeno dinámico, que está en continuo movimiento. Los contextos condicionan o determinan la conducta, así como ésta da forma a su vez a los contextos. También las preferencias, creencias y características personales pueden determinar a la conducta (Friedberg & McClure, 2005).

La premisa central de la teoría cognitiva comportamental, es que los pensamientos actúan con influencia sobre las emociones y la conducta. Se observa que los sujetos responden a los significados que se le adjudican a las situaciones, más que a los eventos en si mismos. Esto no corresponde a decir que los factores cognitivos tengan un rol causal exclusivo en el origen de todos los trastornos. Sostener que “lo que la persona piensa puede determinar lo que la persona siente” significa que en el mundo, ante un popurrí de acontecimientos o hechos que pueden tener tanto un valor positivo, neutro, o negativo, cada sujeto interpretara estos acontecimientos o hechos con una serie de pensamientos que fluyen incesantemente en su mente. A esto se lo llama “dialogo interior”. Estos pensamientos, y no los acontecimientos o hechos reales, son los que determinarían el estado de ánimo de una persona. El objetivo principal de la terapia cognitiva comportamental se enfoca en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por los acontecimientos en sí, si no por las interpretaciones o significados rígidos que se le dan a dichos acontecimientos o hechos (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Refiriéndonos a la niñez hay que tener en cuenta las siguientes nociones generales desde la terapia cognitiva comportamental con niños. En la niñez no se puede afirmar que hay una variable exclusiva que aparezca como causante de alguna psicopatología. Se sabe que el comportamiento está multideterminado por un sinfín de factores causales (biológicos, genéticos, interpersonales y ambientales) que interactúan cooperando al desarrollo patológico. Igualmente existe evidencia empírica relacionada a que la intervención sobre el procesamiento individual de información, presenta importante incidencia sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck & Clark, 1997).

Estos procesos cognitivos son condicionados por creencias profundas que los sujetos incorporan sobre ellos mismos como propias, el mundo y el futuro. Podemos hablar de las creencias tácitas o esquemas que son creados a lo largo de la vida de los sujetos, y estas creencias funcionan como lentes que guían o dirigen a la percepción, recuperación, procesamiento e interpretación de la información. Cuando por ejemplo se observa una respuesta emocional o conductual desadaptativa de un niño, se infiere que esa respuesta desadaptativa o inapropiada se debe a déficits en sus habilidades conductuales, o distorsiones en las creencias y procesos cognitivos resultantes (Bunge, et al. 2008).

Como sostienen Bunge et al. (2008) la terapia cognitiva comportamental se centra en las siguientes características del comportamiento del paciente:

- En la manera que tienen los niños con trastornos de conducta de procesar los estímulos del entorno, las percepciones y los pensamientos, estos niños suelen caracterizarse por la percepción de amenazas y frustraciones.
- También se centran en las funciones cognitivas de autocontrol, regulación, evaluación y la forma de resolver los conflictos.

Desde el enfoque cognitivo podemos plantear el modelo de Greene, Collaborative Problem Solving (CPS), el cual considera que la mayor parte de las conductas disruptivas se pueden catalogar como conductas inflexibles y/o explosivas.

El CPS, plantea que los trastornos de conducta del niño se deben específicamente más a un retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas concretas, como habilidades ejecutivas, habilidades en el procesamiento del lenguaje, habilidad para regular las emociones, flexibilidad cognitiva y también habilidades sociales. Por tanto, se concluye en que el problema conductual está dado como un trastorno de aprendizaje centrado en una disfunción cognitiva. Por eso se debe contemplar como un problema conductual que está vinculado al lenguaje interno, control de las emociones, la motivación y el aprendizaje del comportamiento.

Este enfoque se centra más en la cognición que en la conducta, esto significa que el acercamiento al trastorno de conducta parte de la premisa de que el niño puede realizar las cosas de forma correcta si dispone de las habilidades cognitivas necesarias. También se basa en las relaciones mutuas existentes entre el niño y el adulto. Se resalta que la regulación de las emociones, la tolerancia a la frustración y la habilidad de resolver problemas por parte del niño no se desarrollan independientemente, sino que están sumamente relacionadas con la manera y con los modelos usados por los adultos. Este modelo cree que el resultado de la conducta depende del grado de compatibilidad entre las características del niño y las del adulto.

Por tanto, el comportamiento oposicionista debe considerarse influenciado por una incompatibilidad entre padres e hijos, dentro de la cual las características de la interacción de una de las partes son valoradas negativamente por la otra parte, lo que contribuye a que haya comportamientos desadaptativos. Por eso uno de los primeros objetivos del modelo consiste detectar y resolver aquellos puntos en los que se observan incompatibilidades entre las dos partes (Green, 1998).

3.1.4.2. Programa defiant children de Barkley, enfoque conductista.

En el caso de los niños con trastorno negativista desafiante, se puede utilizar el programa creado por R. Barkley (1999) con orientación a padres, el programa básicamente está enfocado en psicoeducar y entrenar a los padres, ante las conductas de sus hijos, para lograr un cambio positivo en dichas conductas. Las características principales se centran:

1) Los principios para mejorar el comportamiento:

- Proporcionar consecuencias inmediatas al buen o mal comportamiento. No esperar que repita una mala conducta para dar una respuesta.
- Proporcionar consecuencias específicas. Tanto el premio como el castigo deben estar dirigidos a una conducta específica, nunca a aspectos generales.
- Proporcionar respuestas consistentes. Independientemente del entorno, la consecuencia debe ser la misma. Ambos padres deben dar la misma respuesta. Las conductas que han sido consideradas intolerables un día, también deben recibir la misma consideración otro día.
- Aplicar programas con incentivos antes de usar el castigo.
- Anticipar y hacer un plan para contrarrestar la mala conducta.

2) Pasos del programa para mejorar la conducta:

- Prestar atención positiva. Los padres deben aprender a prestar atención positiva a sus hijos.
- Refuerzos verbales.
- Sistema de puntos. Establecer en la casa un sistema de recompensas con fichas o puntos.
- Usar formas de disciplina moderadas. Castigar el mal comportamiento de forma constructiva.
- Tiempo- fuera con otros problemas de conducta.
- Manejo de la conducta en público.

- Trabajo con la escuela.

- Sesión de refuerzo y prevención de recaídas.

Con este programa se pretende mejorar la conducta del niño, las relaciones sociales y la adaptación general en la casa. Se intenta lograr que el niño adquiera nuevas posibles conductas positivas que le ayuden a lograr el éxito en el colegio y mejor sus relaciones interpersonales. Las estrategias están centradas en reducir la terquedad, el comportamiento oposicionista y aumentar las conductas de cooperación. El programa sostiene que las conductas positivas al ser reforzadas o premiadas tenderán a incrementarse e incorporarse en el niño, mientras que las conductas negativas tenderán a extinguirse al ser ignoradas o al recibir consecuencias negativas. Es fundamental tener en claro que el programa logrará un resultado positivo, al tener en cuenta la importancia de la relación padres e hijos, ya que el comportamiento de los padres debe modificar en relación con sus hijos (Barkley, 1999).

3.1.4.3. Tratamiento Multimodal y Sistémico.

A partir del enfoque sistémico, lo crucial es trabajar con la familia para lograr mayor eficiencia y funcionalidad en el ejercicio de los papeles parentales, se debe trabajar como estrategia terapéutica con el subsistema parental en torno a objetivos tales como:

- Conseguir una alianza entre los padres, para establecer normas y límites claros que sean sanos para la educación y el bienestar del niño y del ambiente familiar.
- Lograr congruencia, claridad entre los padres en cuanto a límites y normas de comportamiento.
- Estimular conductas alternativas ante una misma situación.
- Fomentar para que el niño establezca relaciones interpersonales mas positivas, estimulando el desarrollo de actitudes cálidas, empáticas, que ratifiquen su aprobación como individuo y el avance en el logro de estos objetivos.

Los objetivos terapéuticos van a variar de acuerdo a la estructura familiar, en el caso de familias uniparentales disfuncionales, los objetivos terapéuticos van a estar orientados en la capacitación de la madre o del padre en el ejercicio de su rol y a su vez favorecer su posicionamiento en este rol a través de un estilo estricto que le posibilite establecer límites de manera más eficaz. Para el beneficio de la intervención se podría pensar en la incorporación de otras figuras educadoras que ayuden y colaboren en esta tarea, asimismo en el fortalecimiento y/o enlace con redes sociales de sostén presentes en su entorno.

Para abordar un trabajo psicoterapéutico individual los objetivos que se deben considerar son los siguientes:

- Fortalecer y desarrollar recursos y habilidades personales que le permitan transformar sus relaciones sociales, fortaleciendo las habilidades sociocognitivas, desarrollar la toma de una postura a partir de una perspectiva coherente con los hechos y asumir su protagonismo en la conflictiva familiar.
- Análisis y comprensión de la situación individual.
- Conseguir cooperación del sistema educativo (Almonte, et al. 2003).

3.1.4.4. Arte Terapia.

El otro tipo de abordaje es el Arte Terapia que es todo tipo de tratamiento psico-terapéutico que utilice como mediador la expresión artística, como la pintura, teatro, creación de máscaras, danza, cuentos, etc. El Arte terapia trata de acompañar el proceso del otro, partiendo desde lo que el otro trae, ya que el otro es quien da significado al proceso arte terapéutico (Reisin, 2005).

Entendiendo al arte como un acto mediante el cual imita o expresa el hombre lo material o lo invisible, valiéndose de la materia, de la imagen o del sonido, y crea copiando o imaginando.

Según Kramer el arte es un medio de comunicación, un accionar de naturaleza netamente social. Es a su vez un método que amplía el alcance de las vivencias humanas mediante la creación de experiencias similares. Es un área en la cual las vivencias pueden ser elegidas, transformadas y repetidas a voluntad. Toda experiencia artística tiene lugar en un mundo de sinfín de símbolos y convenciones. Es un mundo creado, artificial, pero tiene el poder de evocar auténticas emociones (Kramer, 1982).

Algunos autores reconocen a través de la historia los beneficios del arte y sus propiedades terapéuticas. Se cita el caso de un soldado de la Segunda Guerra Mundial, que mientras se recuperaba en el hospital, concentró su energía en la pintura y el dibujo, actividad que le ayudó notablemente a recuperarse emocionalmente. Después de su recuperación, trabajó en hospitales convirtiéndose en el primer terapeuta artístico. El arte es el espejo de la expresión personal, de la comunicación con uno mismo o con los demás, también estimula las capacidades internas del individuo permite reflejar los conflictos internos y, en consecuencia, da la posibilidad de poder encontrar una solución a dichos conflictos.

La terapia por medio del arte se sostiene en los cimientos de la propia condición del arte, que es el facilitar la expresión personal y también el poder reflejar y predecir los procesos personales y sociales. Por tanto, las terapias del arte se dedican a encontrar un lenguaje que posibilite exteriorizar lo que no se puede manifestar o expresar de otra forma y tienen el fin de tratar problemas psicológicos, afectivos o sociales con la asistencia de un terapeuta artístico (López, s.f.).

Al tener el conocimiento de los beneficios del arte, se entiende la importancia de los dibujos y pinturas infantiles, ya que poseen un valor terapéutico, según López (s.f.).

La expresión espontánea del dibujo y la pintura en los niños les lleva a exteriorizar sin trabas sus pensamientos, emociones y sentimientos acerca de sus vivencias. Las palabras imponen límites, pero las imágenes poseen un nivel de penetración en la mente que

supera el pensamiento discursivo. Esto ayuda a entender mejor el valor del arte en el campo de la terapia (p.4).

Entendemos por arte terapia, "el campo de saberes y prácticas gestados a partir de la articulación de la salud mental y los lenguajes artísticos que se abordan desde dispositivos específicos con nexos intra e inter disciplinarios cuyos objetivos se enmarcan en la promoción de la salud mental" (Reisin, 2005. p ,33).

El arte terapia o la psicoterapia a través del arte es una de las pocas terapias en la cual el sujeto crea un producto tangible. Da la posibilidad de crear algo duradero en el tiempo, algo que inscribe significados, experiencias y sentimientos. Por eso su importancia, ya que permite que el sujeto produzca un producto, de algo que pasa en el sujeto a un nivel interno, hace que algo interno se vuelva visible. Esta cualidad permanente que se encuentra en el arte es un claro beneficio porque documenta de una manera concreta ideas y percepciones que pueden ser revisadas mas tarde y comparadas con otras imágenes.

La revisión de expresiones de arte creadas durante varias semanas a meses permite al sujeto creador literalmente ver cambios y patrones en pensamientos, sentimientos, eventos y temas a lo largo del tiempo. Aunque el proceso creativo y la comunicación simbólica son dos aspectos fundamentales del arte terapia, hay varios aspectos diferentes del proceso del arte terapia que pueden ser considerados terapéuticos. En su sentido más simple hacer arte es una actividad que puede generar autoestima, llevar a la persona a tomar riesgos y ha experimentar nuevas habilidades de tal modo que enriquece la vida.

Aunque esta dimensión del arte terapia pueda parecer una simple recreación, el proceso de creatividad (hacer algo con sus propias manos y darse cuenta que uno puede hacer algo añicos o conservarlo) es una experiencia poderosa con indiscutibles beneficios terapéuticos. Hay algo personalmente significativo y auténtico acerca de crear algo con sus propias manos y con su propia imaginación. Hacer arte toca muchas partes diferentes de cada sujeto. El arte se vincula a la comprensión de uno mismo. Con la búsqueda de significados, espacios de sentido, desarrollo personal y cambio psíquico (Malpartida, 2004).

Según algunas autoras, si nos enfocamos en la clínica psico-terapéutica, se toma a la actividad plástica, creativa, como secundaria, ya que se considera que el efecto terapéutico proviene de los diferentes comentarios, o acotaciones verbales que se centran en el contenido de la obra plasmada por el paciente. Por tanto, se entiende que la producción artística es un medio, que permite llegar a la comunicación (Pain & Jarreau, 2006).

En arte terapia, se nombra al terapeuta que realiza este tipo de intervención AAT, que significa Animador Arte Terapia, y su rol es, según Pain y Jarreau (2006) dar las consignas pertinentes a la actividad que deben realizar el/los pacientes, observar el comportamiento durante la creación artística, ser testigo de esta creación, y si ve que alguno de los pacientes necesita ayuda en dicha tarea, debe ayudarlos a superar dicho obstáculo de manera objetiva y subjetiva.

Según Reisin, un arte terapeuta tiene que poseer las siguientes características, para poder llevar adelante un proceso arte terapéutico, tiene que estar atento a lo que va surgiendo en las sesiones, o sea a lo que emerge, tanto con conexión con los otros y con lo que va sucediendo, es un estar presente, debe a ver un dialogo de ida y vuelta con el otro, con el grupo. Debe ser empático, intuitivo, y profundizar en la observación de los lenguajes verbales y no verbales. Que promueva nuevos espacios distintos al de la palabra, que genere un espacio para el lenguaje no verbal. A través de la intuición debe promover la ductilidad, flexibilidad, la espontaneidad, y la capacidad de improvisación. Que difunda una conciencia de construcción de sentidos (Reisin, 2005).

CAPITULO 4

4.1. Método

El tipo de estudio:

- Descriptivo
- Estudio de un caso único

Este trabajo final de integración se basa en un caso único de un niño de 8 años, con trastorno de conducta, en el cual la autora de este trabajo desempeña un rol de pasante, y a su vez realiza una intervención cognitiva conductual y una intervención de arte terapia.

Se comienza el tratamiento con I, cuando la madre del mismo concurre al Servicio de Psicología Pediátrica del hospital, por una consulta psicológica por la conducta de I.

La autora recién comienza a intervenir en el tratamiento de I al mes, bajo la supervisión de una psicóloga del servicio que es la responsable del caso.

Se realiza en primera instancia la entrevista de admisión con la madre, para indagar sobre motivo de consulta y se confecciona la historia clínica del niño. Se le indaga a la madre sobre el motivo de consulta y refiere:

- Un cambio significativo en la conducta de I, que no puede controlarse.
- Este cambio de conducta, conlleva a un cambio en la dinámica familiar, y a su vez en la relación matrimonial de los padres de I, causando en ellos un estado de estrés.
- La madre espera del tratamiento, poder saber que le pasa y así poder ayudar a I.
- I tuvo tratamientos anteriores en el Servicio de Neurología Infantil en el Hospital, por posible diagnóstico de ADD.

- La madre trae consigo el informe escolar, en el cual la maestra refiere que I tiene dificultades en la aceptación de límites apropiados para la convivencia, entre sus pares, y

también con las figuras de autoridad, no tiene hábitos de disciplina. Remarca que intelectualmente es realmente brillante, pero muestra desinterés en las tareas no realizando labor en clase, por lo que lo suplanta molestando a sus compañeros, pegando e insultando. También se retira del aula sin permiso, recorriendo el patio, peleando por su resistencia a volver a entrar.

Al concluir con la primera entrevista y tener datos sobre la historia clínica de I, se comienza el tratamiento psicológico, según se detalla en el ítem “Procedimiento” del presente trabajo de integración final.

CAPITULO 5

5.1. PARTICIPANTE

Se trabaja con un niño de 8 años de edad que tiene un trastorno de conducta. El tratamiento está centrado en una intervención cognitiva conductual y Arte terapia.

5.2. INSTRUMENTO

Durante el tratamiento se le administraron al niño, técnicas cognitivas conductuales y de arte terapia.

Las técnicas cognitivas conductuales se apoyan en las habilidades verbales y cognitivas, también en métodos de autocontrol y autoinstruccionales, se asignan tareas para la casa que se deben diseñar en colaboración con el paciente (Friedberg & McClure, 2005).

Arte terapia tiene que ver con la expresión artística del niño, a través de la pintura, el dibujo, la creación de títeres, etc. (Pain & Jarreau, 2006).

También se utilizan técnicas proyectivas como el HTP, persona bajo la lluvia, dibujo de la familia y el Test de Bender. El objetivo perseguido mediante la aplicación de estas pruebas es obtener datos adicionales sobre características de la personalidad del niño y, a su vez poder observar su cooperación.

El H-T-P (casa-árbol-persona) es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad del paciente y su

estado de ánimo emocional. El dibujo es un lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más profundos de la personalidad (Hammer, 1969).

El test de la persona bajo la lluvia, " es una técnica gráfica proyectiva, cuya consigna invita al evaluado a colocarse bajo condiciones ambientales desagradables para acceder a los pliegues más profundos de su intimidad " (Querol & Chávez Paz, 2008, p. 9).

El dibujo de la familia evalúa como el niño percibe subjetivamente la dinámica entre los miembros de la familia y como se incluye o excluye él en este sistema. A su vez permite observar la comunicación, los vínculos y las alianzas del niño con otros integrantes de la familia (Esquivel, Ancona & Heredia, 1999).

El test de Bender sirve para determinar la madurez para el aprendizaje, predicción del desempeño escolar, diagnóstico en problemas de lectura y aprendizaje. Se pueden obtener indicadores emocionales, y detectar posible existencia de lesión cerebral (Bender, 1987).

5.3. PROCEDIMIENTO

Se realizaron sesiones semanales de 30 a 45 minutos en los consultorios externos del hospital en presencia de la psicóloga a cargo del caso y la pasante. A la fecha, se efectuaron un promedio de 26 sesiones. En el presente, I asiste al servicio cada 15 días por mostrar notoria mejoría y se presume que será dado de alta .

Las primeras sesiones fueron de carácter indagatorio para así, poder establecer datos respecto del paciente, examinar, por medio de pruebas psicodiagnósticas y entrevistas, el posible diagnóstico y delimitar las intervenciones a seguir para el respectivo tratamiento.

Las herramientas utilizadas a lo largo de todo el proceso consisten en entrevistas semiestructuradas, recursos materiales proporcionados por el hospital (juegos de mesa, lápices de colores, papeles, temperas, goma eva, etc.) y elementos psicodiagnósticos entre los cuales se pueden nombrar como relevantes para la conformación del presente trabajo final de integración al

H-T-P (casa-árbol-persona), Persona bajo la lluvia, el Test Gestaltico Visomotor y la familia kinetica.

Después de haber efectuado las respectivas instancias de evaluación, se corrobora la información proporcionada por el colegio respecto a las dificultades conductuales de I y se rescinde el psicodiagnostico proporcionado por el servicio de neurología del hospital, que refería un trastorno de déficit de atención. Por lo tanto, la psicóloga a cargo del caso y la pasante convergen en que el presente paciente responde a los criterios del trastorno de conducta de tipo negativista desafiante proporcionados por el DSM – IV.

Una vez realizado el diagnóstico presuntivo, se procede a efectuar las respectivas intervenciones respetando la línea de trabajo propia del servicio. Asimismo y hasta la fecha, se procede a realizar las sesiones apuntando al tratamiento del paciente.

Como se menciona anteriormente, el paciente es tratado desde un marco cognitivo conductual y, de manera complementaria, desde un abordaje de arte terapia. Los presentes abordajes terapéuticos, se efectúan de manera simultánea, y se implementan a criterio de la psicóloga a cargo del caso.

Asimismo, se realizaron sesiones cada 15 días con los padres de I, con la intención de obtener y verificar información sobre la conducta de I y, a su vez, poder proveerles herramientas Terapéuticas, para lograr establecer imposición de límites y cierta estructura conductual en su hogar como complemento al trabajo terapéutico realizado en el hospital.

En las sesiones la conducta de I es buena, es colaborador y se comporta respetuosamente con las psicólogas, respetando siempre las diferentes consignas que se van planteando durante las sesiones. Se observa que es un niño alegre y extrovertido.

En principio, se trata de lograr un buen vínculo con I. Para esto, se arma un clima agradable proponiéndole jugar los distintos juegos proporcionados por las terapeutas.

Asimismo, el hecho de haber elegido este tipo de juegos, apuntaron a que I empiece a poner en practica el uso de reglas, la espera de turnos y la posible frustración que se puede generar por perder un juego. En este sentido, se logro establecer paralelamente, la conformación de un

vínculo terapéutico y la puesta en marcha de una intervención cuyas características responde al tratamiento del diagnóstico presuntivo.

Las sesiones con I, se van complementando con juegos de mesa y la administración de test, ya que se encuentra en la etapa del psicodiagnóstico.

CAPITULO 6

6.1. ANALISIS DEL CASO

6.1.1. Técnicas Projectivas.

- Test de la persona bajo la lluvia: permite obtener una semblanza de una persona en condiciones ambientales poco agradables, en las que la lluvia es un componente alterador. Frente al agregado de la situación desagradable, el individuo ya no puede sostener su apariencia habitual y debe recurrir a las defensas que normalmente se mantienen ocultas.

Se le indica a I que en esta sesión en vez de jugar, se iban a realizar unos dibujos, se le da la consigna de dibujar una persona bajo la lluvia, a lo cual accede, comprendiendo la consigna, en el dibujo se observan los siguientes indicadores:

- Ausencia de detalle.
- Ausencia de línea de suelo.
- Ausencia de paraguas.
- Ausencia de lluvia.
- Dimensión del dibujo grande.

Se podría decir que la presencia de estos indicadores considerados significativos en el dibujo de la persona bajo la lluvia, nos estarían hablando que I tiene cierta necesidad de mostrarse, de ser reconocido por los otros, le gusta llamar la atención, y también hay cierta desubicación en el trato interpersonal e invasión de espacios ajenos. También se observa falta de apoyo, ausencia de estabilidad. La ausencia de paraguas está relacionada a la falta de defensas adecuadas, a su vez hay presencia en el dibujo de tendencias de agresividad.

- El test de Bender

Se le da la consigna a I para que dibuje cada una de las figuras. Mientras comienza por la figura A, empieza a relatar su conducta en el colegio.

Indicadores:

- Rotación
- Distorsión de la forma
- Perseverancia

El diagnostico de madurez psicomotora da termino medio.

- El H-T-P (casa-árbol-persona) a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional, etc.

Se le da la consigna a I para que dibuje en una hoja diferente, una casa, un árbol y una persona. Su conducta durante la toma del test es normal y es colaborador.

Indicadores:

- Presencia de dientes, boca abierta.
- Simetría (media).
- Puerta y ventanas cerradas.

- Ausencia de línea del suelo.

Los gráficos expresan que I, vive activamente el presente, predominio de la realidad inmediata, buena capacidad de observación, a su vez dificultad para las relaciones

interpersonales, también temores sobre daños que puedan venir desde afuera. Presencia en el dibujo de tendencias de agresividad. Sensación de desarraigo, y falta de apoyo.

A lo largo del proceso terapéutico, se desarrollaron diferentes estrategias para lograr cambios en la conducta de I. A fines del presente documento, se describirán las intervenciones y encuentros de carácter relevante para el cumplimiento de los objetivos.

A partir de las observaciones durante las sesiones y bajo el análisis de las distintas herramientas psicológicas se pudo corroborar que I responde a los criterios del Trastorno de Conducta Negativista Desafiante ya que mostró en ciertas sesiones dificultades para la aceptación de límites durante la hora de juego diagnóstica y a su vez obteniendo información de su conducta partir del informe escolar y las diferentes devoluciones que se obtuvieron a través de la maestra de I, la cual manifestó que su comportamiento con sus compañeros era hostil, y en ciertas ocasiones se manifestaba de forma agresiva tanto verbal como físicamente con los mismos. También en el aula su comportamiento era hostil y no obedecía las normas y los hábitos de disciplina, sin embargo su nivel académico era brillante.

Una de las primeras intervenciones que apuntaron a la búsqueda de un cambio comportamental en el paciente consistió en la firma de un contrato entre el niño, la psicóloga y la pasante. Según el contrato establecido, I se comprometía a mantener un buen comportamiento durante la semana y, de producirse el cumplimiento, se le otorgaría un premio a manera de incentivo.

En la sesión siguiente se ahondo sobre este punto, su comportamiento, donde I indico que “muy bien no se comportó”, ya que había participado en una pelea con unos compañeros de su colegio. A raíz de ello, y en concordancia con el contrato estipulado, no obtuvo el premio (para esta semana se había pactado un juego de cartas).

Se pacto nuevamente el contrato anterior, esperando modificaciones en su conducta para la próxima sesión.

Desde luego, en el siguiente encuentro, se retoma la discusión sobre su comportamiento. I manifiesta que en esta semana lo había hecho bien y, consecuentemente, demanda lo acordado.

Acto seguido, se hace entrega del premio. Esto generó un mensaje en el que I entendió que al comportarse de manera correcta podía conseguir beneficios para su persona. Se apuntó a expresarle que si bien el beneficio de este caso en particular había sido un premio, había situaciones en las que el portarse bien podían llevarlo a ganar un buen momento con sus pares o la buena interacción y entendimiento en su hogar.

En uno de los encuentros, se realiza un ejercicio acerca de las emociones. Como primera medida, se busca acercar el concepto al niño, afirmando que “son las sensaciones que una persona siente”. Se hace muestra de un listado de emociones.

Se le da la consigna: “¿Qué emociones son las que sentís más seguido?”

La profesional lee la lista y explica el significado de cada una de ellas. I reflexiona un instante y dice: “a veces me siento con bronca, aburrido, nervioso, feliz y divertido”.

Afirma “no saber” el origen de su estado de ánimo ampliando que “sus compañeros pelean con el y lo molestan, y que es allí cuando se porta mal”. Allí, según su versión, es reprendido por el docente. Su aburrimiento se genera en su casa pero, asimismo, manifiesta ser “feliz cuando juego a la play” con su hermano por que el no lo molesta.

A raíz de una entrevista con la madre del niño, quien cree conveniente el cambio de colegio para su hijo, debido a que considera que su actual maestra lo ha encasillado como un alumno de mal comportamiento. Considera que será positivo y favorable para I. A partir de esto, la psicóloga y la pasante evalúan la situación y ratifican que tal vez sería una idea conveniente pero aclaran que el problema conductual de I no será solucionado con esta medida.

Como sostienen algunos autores, al existir ciertos espacios educativos en los cuales su estructura de normas de conducta son normas rígidas y exageradas de autoritarismo, estas pueden generar en el niño conductas oposicionistas y desobedientes, como manifestaciones de

rabia e irritación, que se van estructurando como conductas aprendidas que buscan dominar el comportamiento de las figuras de autoridad (Almonte, et al. 2003).

En una de las sesiones siguientes, se le informa al niño que se adicionarán a las sesiones, actividades de pintura, dibujo, construcción de títeres y la utilización de elementos de creación como por ejemplo, plastilina, goma eva, etc. I acepta positivamente las actividades propuestas y hace referencia a una de ellas: “me gusta pintar pero mi mamá no me deja porque me dice que ensucio la ropa”.

Se procedió a comenzar con las intervenciones y la primera consigna fue: “pintá lo que te imagines”. Los materiales que proporcionados fueron: cartulinas blancas, diferentes colores de tempera y varios pinceles. Al comienzo, I manifiesta cierta vergüenza ante la presencia y observación de la psicóloga y la pasante. A medida que pasan los minutos, se concentra en su pintura y comenta que a partir de mañana comienza en el nuevo colegio. Se indaga sobre cómo se siente ante el nuevo cambio y él responde: “no sé... creo que bien. Me gusta porque queda a una cuadra de casa”. Continúa pintando, utilizando un pincel diferente para cada color. Nombra a cada uno de éstos en voz alta mientras pinta. Pregunta si podrá llevarse el dibujo a su casa ó si éste quedaría en el consultorio. La respuesta dada fue que, por ser el primero, debería dejarlo en la caja de arte terapia. I queda pensando unos segundos, asienta con la cabeza y sigue con su pintura. Comienza a pintar primero un sol, después dos nubes y a la vez observa en forma curiosa qué están haciendo su psicóloga y la pasante. En esta actitud demuestra la búsqueda de una aprobación positiva a lo que está haciendo. Retoma la pintura y, mientras pinta el pasto, comenta que en su casa se aburre. Se indaga el motivo y afirma “que no sabe”. Continúa pintando haciendo un arco iris de varios colores, y expresa que “no miren por que era una sorpresa lo que iba a hacer”. Toma una cartulina que tenía cerca y procede a bloquear la visión

de lo que estaba realizando. Una vez finalizada su pintura muestra contento cómo había pintado los nombres de la psicóloga y de la pasante.

La expresión artística en los niños tiene su mayor desarrollo según Kramer, en el periodo de latencia o prepubertad, en estos periodos pintaran imágenes muy expresivas. No se conocen todas las razones que hacen que estos periodos sean tan propicios para las artes plásticas.

A través de la creación artística, se va abriendo en Iván una puerta nueva de comunicación y de posibilidades en su forma de expresión (Kramer, 1982).

En una sesión posterior, se observa el entusiasmo de I por la actividad de construir títeres de dedos, ansioso por comenzar. Se otorgan los siguientes materiales: cartulina de colores, marcadores de color para pintar los títeres.

La psicóloga y la pasante participan conjuntamente con I en la construcción de títeres. A medida que avanzaba la sesión, I comenta que “en la navidad pasada su hermano mayor le había dado de tomar vino blanco y sidra”. Se interroga a I respecto de la cantidad ingerida, y el responde mediante un movimiento de manos la medida de un vaso. Luego se le pregunta si su madre estaba presente en el lugar, responde afirmativamente y expresa que le dijo que “tomara así se dormía”. Continúa: “mi mamá es mala, me pega y me dice muchas boludeces”. Después retoma, concentrado, la construcción de su títere.

Pasados unos minutos mira los títeres de la psicóloga y de la pasante con el fin de compararlos con el suyo, diciendo “déjame ver el tuyo, el mío es más lindo”.

Al finalizar la construcción de títeres, I comienza a jugar con ellos y le coloca un nombre a cada uno. Al suyo lo llama “Tontín”, y a los otros los nombra “la conejita Jacinta” y “Teresa”.

Se toma como punto relevante de la sesión el tema del consumo de alcohol. Y en el próximo encuentro se hablará con la madre.

A partir de situaciones como el consumo de alcohol es de suma importancia como sostiene el modelo sistémico la alianza con los padres del niño para así poder establecer normas y límites coherentes que sean sanos para la educación y el bienestar del niño. Hay que implicar a los padres en el tratamiento del niño, para que se pueda lograr modificaciones en el comportamiento de I, a partir de congruencia y claridad entre los padres. Los mismos deben estimular conductas alternativas que sean positivas para la resolución de problemas, o de una misma situación. A su vez promover al niño para que establezca relaciones interpersonales positivas, incentivando el desarrollo de actitudes cálidas y empáticas. (Almonte, et al. 2003).

De acuerdo a la sesión anterior se habla con la madre respecto a la ingesta de alcohol que I había mencionado. Se le indica que al ser I un niño de 8 años no es correcto el consumo de alcohol. Asimismo, se le planteó que esto puede representar un trasfondo que muestra que ciertos límites están difusos en el hogar y que las consecuencias de esto pueden verse expresadas en los conflictos conductuales de I. La madre reaccionó sorprendentemente y expresó no haberlo pensado así, pues no se daba cuenta que ciertas libertades en la forma de interrelacionarse con su hijo estuvieran ligadas a la conducta posterior en distintos contextos.

Esto muestra cierta presencia de inestabilidad en las normas por parte de los padres y la clara presencia de ciertos límites difusos en cuanto al rol de los padres como figuras de autoridad. La falta de constancia en los límites y en los roles de los padres, causan en los niños según algunos autores cierta seguridad de que sus figuras de autoridad no son constantes y no son merecedoras de respeto. La falta de una disciplina uniforme puede favorecer con el comportamiento desafiante. (Almonte, et al. 2003).

La propuesta siguiente de esta sesión es el armado de moldes con goma eva. Se enuncia la actividad a realizar y, con entusiasmo, I comienza la tarea. Se le proporcionan los siguientes materiales: moldes de cartulina, goma eva, marcadores, tijeras, brillantina y plasticola.

Durante la actividad se indaga sobre el nuevo colegio, a lo que responde “que no le gusta tener amigos y que tiene un amigo imaginario que se llama J P que es pelirrojo y que lo ayuda con sus tareas”. Con respecto a esto se le pregunta desde cuando tiene un amigo imaginario. Responde que no sabe y se ríe. Continúa concentrado en su molde colocándole brillantina. A partir de este comentario, la psicóloga a cargo de la pasante concordaron en hablarle respecto de las

relaciones interpersonales. Se le explicó que muchos niños tienen amigos imaginarios y que la imaginación es muy buena por que nos ayuda a ser creativos pero que no hay que olvidar que remite solo a algo fantasioso. Pero, así también, se le explico que los niños y las personas en general necesitamos de los demás, que todos somos diferentes y que hay que aprender a aceptarse mutuamente. Que a veces hay cosas de los demás que no nos gustan pero que hay que aprender a no reaccionar con agresividad cuando algo incomoda o molesta. I se quedo pensando y expresó que iba a intentar “ser más paciente por que le gustaría tener amigos”. Se terminó la sesión.

Al proveerle nueva información a I sobre las relaciones interpersonales, tratando de lograr una mejoría en su forma de relacionarse con los demás, según Rumelhart, al ofrecerle al sujeto nueva información, se supone que este guarda dicha información en la memoria como una huella del proceso de comprensión. Esta huella de memoria es la base del recuerdo, se supone que éstas son copias parciales del esquema original actualizado. A través de la reestructuración de esquemas que posibilita la formación de nuevas estructuras conceptuales o nuevas formas de concebir las cosas. A partir de esto lo que se trata es de generar nuevas estructuras conceptuales o nuevas formas de concebir las cosas (Rumelhart, 1992).

Después de haber hablado respecto de este tema y retomando la sesión anterior se le pregunta por su amigo imaginario “J P”, responde que lo que había contado era una broma. Luego se procede a jugar al ajedrez y durante el juego se le pregunta sobre su comportamiento en el colegio y manifiesta que esta teniendo una buena conducta y que no se ha peleado con ningún compañero.

En un próximo encuentro se llevó a cabo como actividad la creación de una mascara.

Se le proporcionan los siguientes materiales: cartulina de colores, marcadores, crayones, lápices de colores, brillantina y plasticola. Se observa al niño tranquilo y silencioso. Cuando se muestra los elementos que utilizara, los mira, toma la cartulina roja, levanta la mirada y expresa a la psicóloga y pasante que su mama se encontraba internada en el hospital y que estaba contento de realizar la actividad pero en realidad quería hacer una tarjeta en vez de una mascara porque faltaba poco para el cumpleaños de la madre. Se le da la aprobación y comienza a dibujar un corazón grande y escribe “Feliz Cumple Mamá”. Deja un espacio en blanco, entonces se le pregunta que iba a hacer ahí y dice “que también desea que su papa le escribiera en la tarjeta a

su mamá.” Al finalizar el encuentro la pasante acompaña a I hasta la sala de interacción en donde se encontraba su madre. Allí el niño le entrega la tarjeta que había realizado en la sesión.

El contenido de la siguiente sesión fue retomar la actividad de la creación de la máscara. Antes de comenzar con la misma se le pregunta sobre la salud de su mamá, y responde que ella se encontraba bien y que estaba contento por haber festejado su cumpleaños. Para comenzar la máscara elige una cartulina de color rojo y hace la cara de un indio con una gran sonrisa. Se le

pregunta si tiene nombre y dice que sí, se llama J que tiene 9 años y que está feliz jugando al ajedrez. Esto que menciona I es importante debido a que ha mencionado a un compañero del colegio llamado J con el que no se lleva bien, con el que continuamente se pelea.

Se puede observar, a través de esta actividad, el deseo contrario del niño con respecto a la relación que quisiera tener. Se puede ver como mediante el juego, el dibujo, el arte terapia se puede expresar los sentimientos internos del niño.

Entendiendo que el arte terapia se dirige a toda persona, que quiera emprender una vía de crecimiento personal. Se puede conjeturar que el planteamiento del arte terapia es similar al de una psicoterapia, teniendo en cuenta dos importantes diferencias, en primer lugar, el arte terapia da preferencia, a un modo de expresión distinto del lenguaje verbal, se conecta a partir de lo que el sujeto puede y quiere plasmar en una hoja en blanco, o realizando diferentes tareas artísticas, como ser el armado de títeres, etc. En segundo lugar, además de permitir la toma de conciencia, también puede ser una fuente de liberación, un revelador o un catalizador dentro del proceso de transformación. Finalmente, es un planteamiento dinámico que favorece el despertar del potencial creativo, la autoafirmación y que a menudo conlleva un sentimiento de bienestar, autonomía y libertad (Duchastel, 2005).

Una de las últimas sesiones efectuadas con I fue la utilización de una técnica propia de la terapia cognitiva comportamental que se denomina “Antes y Después”. Se aplica esta técnica para evaluar los efectos producidos durante el tratamiento con respecto al problema de conducta que I presenta.

La misma se realiza dividiendo una hoja en dos partes. En ella, se titulan dos aspectos por lado. En uno se especifica la palabra “antes” que hace referencia al comienzo del tratamiento y en el otro lado, la palabra “después” que refiere a cómo se encuentra I actualmente a pocas sesiones de que se le de el alta.

Se procede a dar la consigna a I: (señalándole la parte del antes) “I, tenes que realizar un dibujo que demuestre cómo te sentías antes de comenzar a venir a los encuentros y luego, en esta parte de la hoja, tenes que realizar otro dibujo que indique como te sentís ahora.”

Se noto en I un estado de nerviosismo al mostrarle la hoja en blanco debido a que empezó a realizar un movimiento con sus piernas y miraba a su alrededor. Se le pregunto si comprendió la consigna y respondió que si.

Comienza por dibujar un círculo dándole la forma de una cara, sigue por los ojos, la nariz, la boca y el pelo. Repite la misma forma al lado. Lo importante que se observa en este dibujo es que en la parte del “antes”, la cara es triste y en el dibujo del “después”, la cara tiene una sonrisa.

Se procede a preguntarle sobre el significado de su dibujo. Y dice que antes de empezar con el tratamiento el sentía tristeza por que al portarse mal su mamá se preocupaba por él y su papá lo retaba. Expresó también que durante el tratamiento notaba que su comportamiento iba mejorando, que se entendía mejor con sus compañeros, en su casa obedecía a las consignas de sus padres. Y ya no notaba mas la cara de preocupación de su mamá y su papá no lo reprendía como antes.

La descripción de I respecto de su dibujo y la observación de su comportamiento a lo largo del tratamiento, mostraron una notable mejoría en sus formas de relacionarse. Actualmente se puede afirmar que las intervenciones cognitivas de base sumadas a las intervenciones a través del arte terapia proporcionaron recursos a I para hacer un cambio respecto a sus esquemas y le proporcionó la oportunidad de aprender a interrelacionarse de distinta manera. Como el mismo expresa, siente que las cosas en su casa están mejor y el seguimiento que se hizo con la madre

respecto de su situación escolar muestra también que se siente más cómodo y que no presenta tantos conflictos como en el anterior colegio.

Asimismo, es importante mencionar que a lo largo de los encuentros quincenales con los padres de I se pudo observar cierta mejoría respecto a la imposición de límites sin necesidad de recurrir al uso de recursos de autoritarismo severo. En un principio el patrón de interrelación

giraba en torno a dos extremos. Por un lado, se podía observar que I reaccionaba de manera hostil a las consignas que su mamá le proporcionaba o por el otro, tenía que someterse a hacerle caso por un exceso uso de autoritarismo. La señora expresa manejar mucho mejor la situación y refiere que nota cambios positivos en su hijo.

CAPITULO 7

7.1. CONCLUSION Y DISCUSION

El caso tratado es de un niño de 8 años de edad que, por decisión de los padres, fue llevado al Servicio de Psicología Pediátrica de un hospital para realizar un tratamiento psicológico debido a su trastorno de conducta. Presentaba mal comportamiento en el ámbito escolar y familiar. No obstante, no presenta dificultades a nivel académico, atencional y de comprensión.

Se puede concluir que los avances que el niño presentó fueron positivos debido a un notable cambio en su conducta. Esto se vio reflejado en el ámbito escolar, en la interacción con sus compañeros, como también en el ámbito familiar en los vínculos parentales. Los padres confirman lo afirmado anteriormente, a través de las entrevistas realizadas.

La incorporación de la técnica del arte terapia, mediante las distintas actividades creativas, hizo posible que el niño pudiera expresar sus sentimientos, sus emociones internas y los cambios que querría realizar en las relaciones interpersonales.

Finalmente, la complementación de la terapia cognitiva comportamental a la técnica del arte terapia fue positiva en las consecuencias sobre la conducta de Iván debido a que se pudo observar un mayor control de sus impulsos, acercándolo a un nuevo lenguaje que, en el caso de arte terapia, es la expresión artística.

Otro punto a destacar fue el trabajo realizado en paralelo con sus padres porque se pudo fijar normas claras en cuanto al comportamiento de I. Simultáneamente, permitía corroborar sus avances con lo comentado por los padres y por el desempeño del niño en los encuentros.

Actualmente I continua con el tratamiento y es citado cada quince días, donde se pueden visualizar los avances gracias a, entre otras variables, la aplicación del arte terapia. Se prevé que, al finalizar el año, obtendrá el alta.

CAPITULO 8

8.1. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed.). Washington, DC: Pichot.

Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe. Citado en: Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2005). *Practica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidos.

Barkley, R. A, Benton, C.M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes*. Barcelona: Paidos. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

Beck, A., Clark, D. (1997). *El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidos.

Bender, L. (1987). *El test gestaltico visomotor*. Buenos Aires: Paidos.

Duchastel, A. (2005). *La vía del' imaginario: el proceso en arte-terapia*. Canadá Ediciones Quebec.

Esquivel, F. Ancora, C. & Gomez Maqueo, L. (1999). *Psicodiagnostico clínico del niño*. México: El manual moderno.

Green, R.W. & Stuart Ablon, J. (2006). *Treating Explosive Kids*. The Guilford Press: New York- London. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

Green R.W. (1998). *The explosive child: understanding and parenting easily frustrated chronically inflexible children*. New York: Harper Collins

Hammer, E. (1969). *Test proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidos

Hart, K.J. & Morgan, J.R. (1993). *Cognitive behavioral procedures with children: Historical context and current status*. Boston: 2003 Citado en: Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2005). *Practica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidos.

Arte terapia otra forma de curar (s.f) Recuperado el 11 de Agosto de 2008, de <http://www.cesdonbosco.com/revista/revistas/revista%20ed%20futuro/Ef10/Experiencias/1beatriz.pdf>

Malpartida,D. (2004). *Freud Sturm Und Drang*. Revista Actualidad Psicológica N 21. Buenos Aires – Santiago.

Pain,S. & Jarreau, G. (2006). *Una psicoterapia por el arte*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Querol, S.M & Chaves Paz, M. I. (2008). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Rumelhart, D. E. (1992). *Introducción al procesamiento distribuido en paralelo*. Madrid: Alianza Editorial.

Reisin, A. (2005). *Arteterapia. Semánticas y morfologías*. Buenos Aires: Reisin.

Rotter, J.R. (1982). *The development and application of social learning theory*. Nueva York: Praeger. Citado en: Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2005). *Practica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

