

Facultad de Ciencias Sociales

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“Terapia psicológica individual de un caso clínico con patología neuromotora sin lenguaje oral”

Autor: Antonela Maya.

Tutor: Profesor Manuel Rotman.

Índice

Introducción.....	3.
Objetivos.....	4.
Marco Teórico.	
1) Parálisis Cerebral.	
☐ Definición.....	5.
☐ Causas de la Parálisis Cerebral	6.
☐ Clasificación.....	6.
☐ Trastornos Asociados	7.
2) Sistema Alternativo de Comunicación.	
☐ Definición.....	9.
☐ Clasificación.....	11.
☐ Símbolos Pictográficos de la Comunicación (SPC).....	12.
☐ Soportes o Ayuda Física para los SPC.....	14.
3) Terapia Cognitiva Comportamental en Niños. (TCC).	
☐ Postulado de la TCC	16.
☐ Estrategias para el cambio cognitivo.....	18.
4) Alianza Terapéutica.	
☐ Definición.....	20.
☐ Factores y moderadores influyentes en la construcción de la Alianza Terapéutica.....	22.
Metodología.....	23.
Desarrollo	
☐ Terapia Psicológica de C.....	24.
☐ Sistema Aumentativo Alternativo de Comunicación de C.....	27.
☐ Alianza Terapéutica.....	30.

☒ Intervenciones para el Desarrollo Emocional.....	33.
Conclusión.....	36.
Bibliografía.....	40.
Anexo.....	45.

Introducción.

La práctica y habilitación profesional fue llevada a cabo en una asociación dedicada a la atención de niños con problemas neurológicos, con una carga horaria de 320 horas cumplidas en total.

Las funciones desempeñadas fueron de asistencia en una sala del área educativa curricular conformada por cinco niños de 8 a 11 años de edad.

Entre las actividades realizadas se encontraron las de alimentación, aseo y ayudante en la actividad educativa del día.

La temática del presente trabajo surge por el interés de conocer el abordaje psicológico en niños diagnosticados con patología neuromotora, tomando en cuenta todos los factores que implica esta discapacidad, como por ejemplo variables motoras y/o cognitivas, en especial niños que no poseen lenguaje oral.

4

Objetivos.

Objetivo General:

- Describir las distintas intervenciones realizadas en la terapia psicológica individual de un caso clínico con patología neuromotora sin lenguaje oral.

Objetivos Específicos:

- Describir el recurso de Comunicación Aumentativa Alternativa dentro de la terapia de psicología del caso clínico.
- Describir las diferentes intervenciones por las cuales la psicóloga responsable afianza la alianza terapéutica con la paciente.
- Describir el proceso de aprendizaje de nuevo vocabulario referente a las emociones.

Marco Teórico.

1) Parálisis Cerebral.

▣ Definición.-

Rivero (s/f) define Encefalopatía Crónica no Evolutiva como un término utilizado para describir un espectro de incapacidades motoras no progresivas causadas por un daño cerebral, el término utilizado más común para describirla es Parálisis Cerebral (PC).

Según Larguía et al. (2000) esta es la incapacidad física más frecuente en la infancia llegando a ser muy severa, afecta del 2 a 2,5 por mil niños nacidos vivos por año, a los 5 años de edad la mitad de ellos padecerá un grado moderado o severo de esta incapacidad; en la Argentina esta incidencia representa alrededor de 1.500 nuevos casos por año.

Camacho Salas, Pallás Alonso, De la Cruz Bértolo, De las Heras y Mateos Beato (2007) afirman que la historia de la parálisis cerebral comienza a mediados del siglo XIX, pero su definición continua siendo un tema de debate. El ortópeda inglés William Little fue el primero que relacionó la asfixia intraparto con la aparición de una lesión permanente del sistema nervioso central (SNC), esta se manifestaba por una deformidad postural, años después Burgess utilizó por primera vez el término parálisis cerebral, pero la aportación de Little habría sido tan importante que a finales del siglo XIX la PC fue conocida como la "enfermedad de Little"; en el siglo XX Freud definió las bases de la clasificación etiológica y topográfica de PC que sigue siendo utilizado hasta la actualidad.

Cahuzac (1985) habla de los seminarios sobre terminología de parálisis cerebral realizados en Berlín en 1966 y confirmada en Edimburgo en 1969, en donde definen a la parálisis cerebral como:

"Un desorden permanente y no inmutable de la postura y del movimiento, debido a una disfunción del cerebro antes de completarse su crecimiento y su desarrollo" (p. 29).

De esta definición, se retendrán cuatro nociones esenciales, la primera de ellas es que es un desorden permanente, definitivo, pero no evolutivo. La segunda es inmutable, por ende puede estar susceptible a alguna mejoría, la tercera es la ausencia de toda referencia a nivel mental, por lo que la predominancia recae sobre el trastorno motor y cuarta la posible aparición durante el periodo de crecimiento cerebral sin referencia a ninguna etiología precisa.

Otra definición realizada por Bax (1964) define a la parálisis cerebral como un trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro.

La lesión cerebral no es progresiva y causa deterioro variable en la coordinación de la acción muscular, con consecuencia en la incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizarmovimientos normales. Este impedimento motor central con frecuencia está asociado con la afectación del lenguaje, la visión y la audición, con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia.

Bobath (2001) expresa que la característica esencial de esta definición es que es una lesión que afecta a un cerebro inmaduro, interfiriendo en la maduración del SNC, por lo cual tiene consecuencias específicas en términos del tipo de PC que se desarrolla, de su diagnóstico, evaluación y tratamiento.

☒ Causas.-

En cuanto a las causas de la parálisis cerebral, Lorente Hurtado (2007) expresa que estas pueden ser resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo, con la posibilidad de que muchas veces la causa última no siempre es identificada. Las posibles causas se pueden encontrar en 3 diferentes periodos, prenatal, perinatal y postnatal. La etiología del periodo prenatal es la causa más frecuente de PC frecuentemente en las formas clínicas (Hemiparesia, ataxia), algunos ejemplos pueden ser infecciones intrauterinas, causas genéticas, malformaciones cerebrales de etiología diversa, etc.

En el periodo perinatal podemos encontrar causas como por ejemplo hemorragia cerebral (asociada sobre todo a prematuridad y bajo peso), trastornos circulatorios, infecciones como meningitis y trastornos metabólicos como hipoglucemia.

Las causas del periodo postnatal es responsable de más del 10 % de los casos de PC, siendo la meningitis graves, encefalitis, accidentes vasculares (malformaciones vasculares, cirugía cardíaca), traumatismos, casi - ahogamiento, etc., son algunos de los ejemplos que se pueden dar en este periodo.

☒ Clasificación.-

La clasificación de la parálisis cerebral según Lorente Hurtado (2007) puede enfocarse desde distintos puntos de vista. En función del tipo de trastorno motor dominante se encuentra:

- Espástica.- Está caracterizada por hipertonía o hiperreflexia con una disminución del movimiento voluntario, y un predominio de la actividad de determinados grupos musculares que condicionarán la aparición de contracturas y deformidades.
- Disquinética.- Está caracterizada por la presencia de movimientos involuntarios, cambios bruscos de tono y persistencia exagerada de reflejos arcaicos.

•Atáxica.- Presenta hipotonía, incoordinación del movimiento (dismetría), temblor intencional y déficit de equilibrio (ataxia truncal).

• Formas mixtas.- Aquí se encuentran varios tipos de alteraciones motoras que es frecuente, pero que en general se denominan en función del trastorno motor predominante.

La clasificación en función de la extensión de afectación se encuentra:

• Unilateral.- Un solo hemicuerpo alterado, aquí se encuentra la hemiparesia o monoparesia.

Bilateral.- Se encuentra:

- Diplejía.- Presenta afectación de las cuatro extremidades con predominio claro de afectación de las extremidades inferiores.

- Triparesia.- Presenta afectación de las ambas extremidades inferiores y una extremidad superior.

- Tetraparesia.- Presenta afectación de las cuatro extremidades con igual o mayor afectación de extremidades superiores e inferiores.

Maragato Rizo, Vera Cuesta, Cepero Morejón, Fernández Maderos y Marín Hernández (2007) afirman que los nombres asignados en esta definición de las extremidades afectadas (topografía) plejía o paresia son utilizados para significar paralizado o debilidad respectivamente, por lo tanto en dependencia de ello se podrá nombrar: monoparesia o monoplejía, hemiparesia o hemiplejía, diplejía o diparesia y cuadriparesia o cuadriplejía.

☐ Trastornos Asociados.-

Lorente Hurtado (2007) reconoce como importantes los trastornos asociados que puedan presentar ya que afectaran en gran medida su pronóstico general como individuos. El trastorno mas asociado y frecuentes son los déficits de funciones cognitivas, que pueden ir desde retraso mental a trastornos específicos de algunas funciones como el lenguaje, la atención, funciones visoperceptivas, etc., que son aún más frecuentes.

El siguiente trastorno asociado es la epilepsia, la edad de su inicio se relaciona con la forma de PC, por lo general se presenta en el primer año de vida en los niños con tetraparesia espástica y mucho mas variable en las otras formas.

También se encuentran los trastornos psiquiátricos, estos pueden estar en relación a la causa del trastorno motor, fundamentalmente son: labilidad emocional, déficit, rasgos obsesivos compulsivos e inclusive trastorno de espectro autista. Los efectos secundarios de la dependencia podrían ser la frustración o la baja autoestima.

Los déficit sensoriales también son muy frecuentes en todas las formas de PC por lo cual es fundamental una correcta diferenciación de trastornos visuales y auditivos que puedan ser corregidos, estos aparecen sobre todo en las tetraparesias. En un 50% de los casos presentan estrabismo y trastornos de refracción.

2) Sistema Alternativo de Comunicación (SAC)

Castro Rebolledo (2006) indica que en pacientes con diagnostico de parálisis cerebral es frecuente

la presencia de alteraciones en varias áreas de la comunicación como la capacidad de entender a los otros y de expresarse a si mismo, así como también la participación en el desarrollo creativo de significado con otros que es la base de la interacción humana; a todo esto se puede sumar la dificultad de las limitaciones de las personas para manejar otros sistemas de comunicación distintos del oral por lo que se altera también la capacidad de conectar el referente con sus significados, y a su vez afectando capacidad de generar y entender el mundo por lo que la persona se ve imposibilitada de manifestar sus deseos e intencionalidad.

A todo esto se suma la imposibilidad de generar capacidades que le permiten a la persona tener posibilidades de coordinar su sistema motriz y al limitarse sus opciones biológicas, sociales y de interacción, disminuyendo así las posibilidades de elegir, decidir y actuar dentro de su contexto de

red internacional social sin poder actuar con autonomía y libertad.

Pennington, Goldbart y Marshall (2007) analizaron un estudio realizada por Petheram (2001) a los tratamientos del habla y el lenguaje en el Reino Unido Enderby 1986 y estimaron que la parálisis cerebral era la sexta causa medica mas común de los trastornos del habla y la proporción de derivaciones de niños con este diagnostico permanecen estables.

Los trastornos de la comunicación en la parálisis cerebral son crónicos ya que es una enfermedad persistente y es muy probable que los niños con esta patología requieran tratamiento e intervenciones a largo plazo.

Los problemas que sufren los niños con diagnostico de parálisis cerebral son de un amplio rango, por lo que no existe una forma de tratamiento universalmente adecuada, las intervenciones pueden centrarse en la producción oral, el desarrollo del lenguaje expresivo o receptivo, o en ayudar a los niños a desarrollar habilidades conversacionales, como hacer preguntas y realizar correcciones en la conversación cuando surgen malentendidos.

Pennington et al. (2007) plantea que el objetivo en sí de este tratamiento es maximizar en los niños la capacidad de comunicarse a través del habla, los gestos o las herramientas complementarias como los dispositivos de comunicación, permitiendo que el usuario de estos se conviertan en comunicadores independientes.

Castro Rebolledo (2006) expresa que en muchos casos se puede encontrar la imposibilidad para comunicarse hay que encontrar diferentes formas alternas para hacerlo, ya sea por otras vías o canales de comunicación, dando siempre importancia a la mediación y no solo al intercambio de mensajes ya que el intercambio humano va mas allá de compartir información, también es necesario la habilidad de compartir experiencias emocionales e interacciones sociales por medio de la interpretación y el uso de un amplio rango de símbolos convencionales.

En las intervenciones para el mejoramiento de la comunicación siguiendo a Culp (1988) pueden estar involucrados no solo los terapeutas del habla y el lenguaje como foniatras, patólogos del habla y el lenguaje, sino también familiares, amigos y personal docente. El tratamiento del habla y el lenguaje puede proporcionarse en diferentes contextos que incluyen desde el hogar del paciente hasta la escuela, los hospitales, clínicas de la comunidad, etc.

☐ Definición.-

Dentro de las herramientas complementarias para la mejora de la comunicación se encuentra el Sistema Alternativo de Comunicación (SAC), para un mejor entendimiento de este será necesario primero conocer la diferencia entre comunicación y lenguaje.

Sotillo (1999) nombra a la comunicación entendida como un proceso básico de desarrollo que tiene sus raíces en la interacción social; por otro lado; el lenguaje se caracteriza por un sistema complejo, estructurado, flexible y convencional de elementos cuya función es representar aspectos de la realidad distintos de los elementos mismos del sistema, y para llevar a cabo actos de comunicación.

A raíz de los estudios realizados por Bates (1976) y de Bruner (1975) se demostró que las habilidades de comunicación preceden a la aparición del lenguaje hablado, y que por lo tanto estas habilidades de comunicación se desarrollan en un contexto de interacción social. Desde este

sentido el lenguaje oral es un fenómeno incluido en otro fenómeno mas amplio que es la comunicación, entendida como proceso social y como competencia psicológica interpersonal, por lo que el lenguaje oral vendría a ser un vehículo e instrumento ideal para llevar a cabo actos de comunicación y de representación.

De esta distinción se desprende que si el proceso de comunicación esta alterado, entonces el lenguaje oral no se podrá desarrollar adecuadamente en todo su potencial como para llevar a cabo actos de comunicación y representación, si al contrario, el lenguaje oral seria el afectado, la competencia de comunicación podrá buscar otros vehículos para manifestarse. El entendimiento de estos términos tiene relevancia para los futuros programas de intervención en personas con alteraciones ya sean de la comunicación y/o del lenguaje oral.

Tamarit (1989) define a los Sistemas Alternativos de Comunicación como instrumentos de intervención dirigidos a personas con diversas alteraciones de la comunicación y/o lenguaje, siendo su objetivo la enseñanza mediante procedimientos específicos de instrucción de un conjunto estructurado de códigos no vocales necesitados o no de soporte físico, los cuales, mediante esos mismos u otros procedimientos específicos de instrucción, permiten funciones de representación y sirven para llevar a cabo actos de comunicación, funcional (como instrumento para llevar a cabo modificaciones en el entorno y para el manejo del mismo de manera adecuada), espontánea (con capacidad de iniciar una acción comunicativa sin tener que ser una respuesta de acciones iniciadas por un otro) y generalizable (capaz de producir emisiones comunicativas en diferentes contextos y personas), por sí solos, o en conjunción con códigos vocales, o como apoyo parcial a los mismo, o en conjunción con otros códigos no vocales.

Por lo tanto de esta definición Sotillo (1999) desprende que los componentes principales de un SAC primero es un conjunto estructurado de códigos no vocales y segundo los procedimientos específicos para la instrucción de estos, así cuando uno de estos está ausente no se podría hablar de un SAC.

De la posibilidad de los sistemas en cuanto a ser sustituto o complemento del habla algunos autores tienden a llamarlos Sistemas Alternativos/Aumentativos de Comunicación, refiriéndose al término aumentativo como facilitador del desarrollo de la comunicación y del lenguaje oral y como complemento de un habla poco inteligible y funcional. La denominación de Sistemas Alternativos/Aumentativos de Comunicación se acepto oficialmente al crearse la Sociedad Internacional para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (ISAAC), pero en ocasiones debido a la longitud de esta denominación, se lo llama alternativo o aumentativo indistintamente.

La Comunicación Aumentativa Alternativa como toda comunicación es de naturaleza multimodal, sin embargo su uso implica confiar en emplear estrategias que son distintas al habla natural que facilitan los esfuerzos existentes de comunicación, mejorando así la efectividad comunicativa.

Castro Rebolledo (2006) nombra entre los usuarios beneficiados de este sistema a los pacientes con parálisis cerebral, para que estos logren el buen uso de este sistema y de una comunicación efectiva a partir de todas las vías posibles, es de fundamental importancia tener un buen control de la postura que incluye un adecuado control de tronco y de cabeza, así como también tener en cuenta si el paciente tiene la capacidad de manipular objetos, permitiendo de esta manera por

ejemplo señalar un tablero de comunicación o teclear en un computador. En caso de que el paciente no tenga la posibilidad de realizarlo se necesitara recurrir a un equipamiento necesario que faciliten el desempeño motriz. Otros posibles usuarios de este sistema se encuentran personas con déficit motor grave y también con déficit motor asociado a sordera, autismo, retraso mental, etc, y personas con problemas de comunicación en general.

☒ Clasificación.-

En cuanto a la clasificación de un SAC, se encuentra la realizada por Lloyd y Karlan (1984).

- Sistemas sin ayuda o Sistemas de Comunicación no Asistida: son sistemas que no necesitan de ningún tipo de ayuda ni física ni material, es decir, los códigos utilizados en este sistema no necesitan de ningún elemento físico, externo al emisor de dicho código para realizarlo, un claro ejemplo es el habla, ya que con este no se requiere de ningún elemento externo al propio cuerpo para producirlo.

Gómez Villa et al. (s/f) expresa que aquí se encuentran los gestos de uso común, códigos gestuales no lingüísticos, sistemas de signos manuales de los no - oyentes, sistemas de signos manuales pedagógicos y lenguajes codificados gestuales.

- Sistemas de comunicación con ayuda o Sistemas de Comunicación Asistida: Lloyd y Karlan (1984) lo definen como sistemas en donde los códigos que utiliza necesitan de un apoyo físico, un material, una ayuda externa, física independientemente del emisor que realiza la actividad comunicativa mediante un sistema de este tipo. Un ejemplo puede ser como un lápiz y un papel en el caso de la escritura.

En la clasificación puntualmente de los de los sistemas con ayuda Basil (1988) propone una clasificación según la complejidad lingüística proponiendo 6 categorías:

1) Sistemas basados en elementos representativos.- Estos elementos son objetos, miniaturas, fotos,etc. que el usuario señala con fines comunicativos.

2) Sistemas basados en dibujos lineales.- Hacen referencia a los símbolos pictográficos que son símbolos que mantienen relación grafica o conceptual con el elemento que representan al igual que los símbolos ideográficos.

3) Sistemas que combinan símbolos pictográficos, ideográficos y arbitrarios, entendiendo a estos últimos como símbolos que no mantienen relación con su referente. Entre las principales características de estos sistemas permiten la formación de frases correcta desde el punto de vista gramatical y sintáctico, por ejemplo el sistema Bliss.

4) Sistemas basados en las experiencias de enseñanza de lenguajes a antropoides.- Como por ejemplo el programa de Deich y Hodges, en donde propusieron facilitar a un grupo de niños con grave retraso intelectual un sistema funcional de comunicación.

5) Sistemas basados en la ortografía tradicional.- Aquí el grupo de elementos representación con el alfabeto escrito, es decir, letras, silabas, palabras o frases que se disponen en el soporte de comunicación.

6) Sistemas que utilizan palabras codificadas.- Como por ejemplo el sistema Braille para personas con problemas de visión o el sistema Morse.

☒ Símbolos Pictográficos de la Comunicación (SPC).-

Según la clasificación hecha por Gómez Villa et al. (s/f) de los sistemas basados en dibujos lineales se encuentra el sistema desarrollado por Mayer Johnson en 1981 llamado Picture Communication Symbols (PCS) o conocido también en su traducción como Símbolos Pictográficos de Comunicación.

Este sistema está basado principalmente en símbolos pictográficos (dibujos sencillos e icónicos) que representan la realidad. En algunas ocasiones se complementan con el abecedario, números y algunas palabras carentes de símbolo. Cada uno de los pictogramas lleva escrita la palabra a excepción de algunos conceptos abstractos que solo se encuentra la palabra. El tamaño de los pictogramas se presentan en diferentes tamaños de 8, 5 y 2.5 cm, aunque se pueden ampliar y reducir según las necesidades de cada usuario.

Las principales características que presentan los PCS son:

-Representan palabras y conceptos más habituales en la comunicación cotidiana.

-Sencillos y rápidos al diferenciar entre ellos.

-Universalidad, es decir, adaptado a múltiples idiomas.

Se ofrece en un soporte reproducible con facilidad, haciéndolo mas económico y facilitando la preparación de materiales y paneles.

Con respecto a la selección del vocabulario que utilice cada usuario Mayer Johnson (1981) dice que dependerá de las necesidades, deseos y habilidades que posea cada uno, por lo tanto es preciso ir incorporando al vocabulario existente las palabras que necesite cada persona a medida que vayan cambiando sus necesidades comunicativas.

Las agrupaciones de vocabulario son conocidos como Displays de Comunicación, los cuales tienen criterios de clasificación, descritos a continuación.

☒ Según el tipo de Presentación.- es decir cómo se presentan al usuario.

1.- Display Fijos.- Son aquellos displays en los que los pictogramas se hallan estáticos en una publicación específica, como por ejemplo: la carpeta y el tablero de comunicación.

2.- Display Dinámicos.- Son aquellos que tienen una forma de presentación semejantes a la modalidad de funcionamiento de los cajeros automáticos.

3.- Display Híbridos.- Es un display fijo, solo de alta tecnología que producen voz, estos siempre tienen a la vista las mismas opciones de pictogramas.

4.- Display de Escena Visual.

☒ Según la Organización.

1.- Display de Selección.- Los recursos que componen a un display de selección pueden ser fijos o removibles. Aquí se presentan de dos tipos:

1.1.- Los display de selección de alternativas entre actividades distintas, aquí por ejemplo al usuario se le da opciones de actividades como cocinar, pasear, leer, etc.

1.2.- Los display de alternativas dentro de una misma actividad como por ejemplo dentro de la actividad cocinar se dan opciones como dulce o salado, ingredientes de la comida, etc.

2.- Display de Actividad.- Este comprende funciones comunicativas, sirven para la incorporación de nuevas funciones y vocabulario, este último es específico de una actividad en un tiempo presente, por ejemplo un display para "jugar al tè" que contiene todos los ingredientes, si quiere servir mas o no, si quiere tomar o no, etc.

3.- Display General.- Permite obtener o expresar información fuera del aquí y ahora, es decir el pasado o futuro, y su vocabulario no es de un tópico específico sino que apunta al inicio de cualquier tópico pero sin poder profundizarlos. Aquí también se encuentran los mensajes de clarificación como por ejemplo "PARECIDO A" "CONTARIO A", que como su nombre lo indica permite aclarar la palabra o acción que se intenta comunicar.

4.- Display de Ruta de Comunicación.- Este sirve para ubicar al interlocutor la función comunicativa de lo que se quiere expresar, el tiempo del mensaje y el contexto en el que se ubica el mensaje.

5.- Display Social.- Es un tipo particular de display de actividad en el cual se enfoca en un tópico social. El vocabulario relacionado a este tipo de display es de etiqueta social, como por ejemplo aquí se encuentran los saludos, presentación, comentarios, emociones, etc.

6.- Display de Introducción.- Generalmente está en la tapa de la carpeta de comunicación del usuario, donde se encuentran los datos de la persona, sus intereses y como se comunica.

7.- Display Numérico.

8.- Display Alfabético.

Por otro lado Sotillo (1999) opina que en la enseñanza de los SPC primero será necesario establecer un plan de enseñanza definiendo objetivos, selección de vocabulario, orden de presentación, etc.

Una vez establecido todo esto se recomienda seguir cuatro etapas. En primer lugar es la enseñanza de símbolos comenzando por los que sean muy motivantes para el paciente y que sean de uso frecuente en su vida, por ejemplo sus preferencias, gustos, intereses, necesidades básicas o primarias, términos referidos al entorno en que se desenvuelve es decir sus actividades cotidianas, etc.

En segundo lugar colocar los símbolos aprendidos en el soporte de comunicación.

En tercer lugar incorporar los símbolos aprendidos a la comunicación cotidiana. Para esto si es necesario se crearan actividades donde el alumno tenga que usar los símbolos aprendidos; para este fin se encuentran muchas técnicas de enseñanza, una de ellas es la asociación del símbolo, en donde la persona que se encargue del aprendizaje del alumno señale el pictograma que se refiera a la acción realizada o contando un cuento en donde ira señalando pictograma correspondiente a la palabra emitida, y así el alumno progresivamente ira asociando y a la vez diferenciando los símbolos, todo esto dependiendo de las habilidades cognitivas y nivel del lenguaje que posea el alumno.

Finalmente en cuarto lugar enseñar a encadenar palabras, formando frases simples a medida que el vocabulario adquirido vaya aumentando.

☒ Soportes o Ayuda física para los SPC.-

Por otro lado, el SAC con ayuda al ser un sistema compuesto por símbolos gráficos, precisan de un soporte o ayuda física para sustentarlos. Estos se dividen en tres grandes grupos según Sotillo(1999):

1) Soporte o ayudas básicas.- Son instrumentos sencillos de fácil elaboración y bajo costo, a estos se les conoce como tableros de comunicación que son superficies planas, divididas en casillas, donde se colocan los símbolos utilizados por el usuario, este para comunicarse tendrá que señalar un símbolo a su interlocutor, y este a su vez interpretar el mensaje.

2) Ayudas mecánicas, eléctricas o electrónicas sencillas.- Estos son más complejos que los anteriores, pero aun así de fácil manejo y mas preciso en la elaboración de un mensaje, aquí se encuentran por ejemplo las maquinas de escribir mecánicas o eléctricas.

3) Ayudas electrónicas complejas.- Un ejemplo claro son los ordenadores o hardware, siempre en cuando este adaptada al usuario sobre todo si tiene graves dificultades motoras.

En la mayoría de pacientes con parálisis cerebral según Chávez, Fernández y Rubio (s/f) han sido aplicados el sistema de Símbolos Pictográficos de comunicación, habitualmente los educadores de este grupo de pacientes utilizan tableros manuales de comunicación compuestos por los símbolos del lenguaje que el usuario conoce. Estos pacientes se comunican con sus educadores o familiares indicando un símbolo en su tablero uno atrás de otro hasta formar una frase, si su movilidad se lo permite, o bien seleccionando el educador o familiar los distintos símbolos hasta que el usuario mediante un gesto convenido entre ambos indica el símbolo seleccionado que es el que desea utilizar para formar la frase.

3) Terapia Cognitiva Comportamental en Niños. Siguiendo al autor Corbella (s/f) el modelo medico a través de los años, hasta la actualidad ha tomado fuerte inclinación por los tipos de investigación e intervención en personas afectadas con parálisis cerebral, esto queda constatado por los diversos trabajos publicados que tratan principalmente sobre los aspectos motores, consecuencias físicas del daño cerebral y en general, sobre los aspectos médicos, predominando así los aspectos mas orgánicos; sin embargo, hay que señalar que la parálisis cerebral no es una cuestión solamente médica. En líneas generales se puede decir que la investigación ha estado excesivamente orientada

al individuo y sus limitaciones, dejando escasa atención al entorno, los distintos contextos y a sus modificaciones.

Algunos estudios sistemáticos a partir de pruebas proyectivas y de la observación clínica sistematizada, han tratado de perfilar la personalidad del niño o joven con parálisis cerebral.

Albanesse (1982) realizó una recopilación de trabajos en torno a la personalidad del niño y jóvenes con PC, en donde proporcionaron un perfil de la personalidad que se caracterizaba por inmadurez emocional, dependencia, actitudes irrealistas, sentimientos de inferioridad, baja tolerancia a la frustración, escasa motivación, pasividad, inadaptación social, agresividad. En la actualidad estos estudios han quedado desfasados rechazando que el sujeto con PC presente un perfil específico de personalidad; por el contrario los trabajos más recientes se centran en las inadaptaciones particulares del niño con PC, a su discapacidad y a las dificultades que presenta su entorno.

Arbea (1986) expresa que desde esta segunda perspectiva se realiza un estudio a la personalidad en la PC de una forma descriptiva y teniendo en cuenta un doble punto de vista. Desde un enfoque sincrónico se trata de tomar en cuenta las dificultades endógenas (motoras y de comunicación) y exógenas (padres) que pueden incidir en el desarrollo emocional del niño. Las dificultades motoras y la ausencia de movimientos controlados pueden llevar al niño a una dificultad de contacto con la realidad, a una vivienda de dependencia del adulto y a un desajuste entre el querer y poder, provocando todo esto una falta de interés por el medio, pasividad y dependencia. Además las dificultades de expresión que puedan presentarse pueden limitar sus posibilidades de comunicación, por lo que el sujeto puede que aprenda a que sus repertorios son inútiles; esta percepción de ineficacia va a provocar que el sujeto se niegue a comunicar, o que la situación entre el querer y el poder le produzca ansiedad, pasividad.

Siguiendo al mismo autor, este expresa que la variable padres suele también estar alterada como que la relación padres-hijo pueda estar dificultada, provocando en algunos casos falta de relación - estimulación o en otros sobre protección, estas actitudes pueden potenciar la dependencia, pasividad y la inmadurez. Así las dificultades tipo endógeno y de tipo exógeno se interrelacionan y pueden influir negativamente en el proceso de maduración, de adaptación del niño con PC. Ante todo esto se puede ver que como expresa el autor Pérez Quesada (2004) a nivel clínico no es suficiente que el tratamiento se centre en la recuperación del lenguaje y/o del movimiento, sino también se tiene que tomar en cuenta la mejora de la salud mental y el equilibrio psíquico de las personas con discapacidad..

García Eligio (2004) reconoce a la intervención del psicólogo como fundamental, realizándose fundamentalmente un trabajo directo con el paciente con discapacidad, lo cual se puede llevar a cabo de forma individual y/o colectiva en pequeños grupos, aplicando así métodos y técnicas psicoeducativas, reeducativas, y psicoterapéuticas. En general se puede y debe realizar un trabajo interdisciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario. El abordaje psicológico a chicos con parálisis cerebral se puede nutrir desde las diversas y diferentes ramas de la psicología, siendo la Terapia Cognitiva Conductual una de ellas.

Para el caso de parálisis cerebral presentado más adelante se hará énfasis en los aspectos directivos y conductuales de las intervenciones de la TCC.

☐ Postulado de la TCC.

Bunge, Gomar y Mandil (2009) plantean que el postulado principal de la Terapia Cognitiva Comportamental es que los pensamientos ejercen influencia en las emociones y la conducta. El individuo responderá al significado que ha hecho de una situación más que al evento mismo, al afirmar "lo que usted piensa puede determinar lo que usted siente" significa que cada uno interpretará los diferentes acontecimientos con una serie de pensamientos que fluyen continuamente en la mente, a esto se lo denomina diálogo interior.

Bunge, Gomar y Mandil (2010) aclaran que la terapia cognitiva conceptualiza los trastornos psicopatológicos como modos de atribución de significado o procesamiento de la información que tienden a ser sesgados, rígidos y desadaptativos para la persona, por lo tanto el objetivo es flexibilizar los modos patológicos del procesamiento de información, logrando así que la persona pueda sentir y actuar de una manera más adaptativa. Siguiendo al mismo autor, se caracteriza a los procesos cognitivos como condicionados por creencias que los individuos tienen acerca de sí mismos, el mundo y el futuro, estas creencias o esquemas son construidos a lo largo del desarrollo, estos guían la percepción, recuperación, procesamiento e interpretación de la información. Cuando la respuesta emocional o conductual de un niño a un evento es desadaptativa, es decir, es inapropiada dada la naturaleza del evento o produce un deterioro en el funcionamiento social, se presume un déficit en sus habilidades conductuales o distorsiones en las creencias y procesos cognitivos resultantes.

El modo en que se interpretarían las situaciones dice Bunge et al. (2010) estaría determinado por los esquemas, creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos, definidos a continuación:

- Esquemas.- Según Beck y Clark (1997) son estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, más o menos permanentes que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información; influyendo así sobre los pensamientos, sentimientos y conductas.

Beck (1995) incluye en los esquemas a las creencias acerca de sí mismo, los demás y del mundo a partir de experiencias infantiles y de la interacción con el medio.

Estos esquemas dice Bunge et al. (2010) pueden estar latentes y activarse ante una situación determinada, estos tienden a ser rígidos, impermeables, globales y concretos. Por lo tanto, el tratamiento incluye la modificación de estas estructuras de atribución.

Por su lado Beck (1995) divide a los esquemas en cuatro componentes: comportamientos, emociones, respuestas fisiológicas y la dimensión cognitiva, en este último los esquemas se dividirán en creencias nucleares, creencias intermedias y los pensamientos automáticos.

- Creencias nucleares.- Son representaciones de la realidad estables que la persona considera como verdad absoluta, en la mayor parte del tiempo no son conscientes. El contenido de estas suelen referirse a definiciones negativas de la propia identidad.

- Creencias Intermedias.- Su contenido se restringe en la manera de pensar, sentir y actuar ante las demandas, pueden ser de tres tipos presunciones o enunciados condicionales, reglas o expectativas y actitudes.

- Pensamientos automáticos.- Son más situacionales y específicos; suelen ser rápidos, casi imperceptibles para las personas.

Bunge et al. (2009) expresan que en cuanto a las intervenciones en la clínica cognitiva entre niños y adultos se encuentran diferencias significativas. Mientras que en adultos se maneja principalmente a través de la psicoeducación, la implementación de registros organizados de pensamiento, técnicas de cuestionamiento guiado en la mayéutica socrática, y la realización de “tareas para el hogar”; en niños se registran limitaciones en cuanto a la escasa motivación para realizar el tratamiento, el desarrollo intelectual y su capacidad de comunicación.

Con respecto al desarrollo intelectual, puede ser útil tomar como referencia los estadios evolutivos definidos por J. Piaget e Inhelder (1993): el preoperatorio, operatorio concreto y operatorio formal.

Los niños de dos a siete años se encontrarán en el estadio preoperatorio, su pensamiento será concreto, ilógico y egocéntrico, y este representará una restricción que interfiere en el beneficio que los niños puedan obtener de psicoterapias enfocadas en los aspectos verbales, por lo tanto, debido a la limitación para el trabajo cognitivo se hará mayor énfasis en intervenciones conductuales y el trabajo con los padres.

Por otro lado los niños que presenten un pensamiento operatorio concreto (siete a once años) van a estar capacitados para trabajar con intervenciones cognitivas simples como por ejemplo modelados, entrenamiento en auto-instrucciones etc., y el trabajo con sus padres podría ser menor. En cuanto a los niños con un pensamiento del nivel operatorio formal (once años en adelante aproximadamente), se trabajará con intervenciones más complejas y en donde el trabajo con los padres dependerá de cada caso.

La TCC con niños toma en cuenta que los niños pequeños no suelen ser capaces de diferenciarse entre el pensamiento lógico e ilógico aunque se les señale los errores, diferente en el caso de los adultos que sí lo diferencian, por lo que autores como S. Knell considera el pensamiento disfuncional de los niños como mal adaptativo en vez de irracional. Esta distinción es importante ya que puede resultar problemático considerar como una distorsión cognitiva a un modo de procesamiento que es normal en determinado nivel de desarrollo evolutivo.

Un valor de inclusión en la TCC en niños como lo aclara Stern (2002) es la acción y la experiencia, ya que la actividad motiva, estimula la comunicación y permite cambiar creencias y circuitos de interacción, también es de importancia que la actividad sea multisensorial, incluyendo el uso simultáneo de dos o más modalidades sensoriales para que así el niño pueda recibir o expresar información, en ambos casos será el juego y los dibujos los que permitirán vehicular gran parte de las intervenciones.

☐ Estrategias para el cambio cognitivo.-

Las estrategias para el cambio cognitivo que nombra Bunge et al (2010) que se siguen en los abordajes terapéuticos son las relacionadas con: 1) entrenamiento en el reconocimiento de emociones; 2) identificación y monitoreo de pensamientos automáticos; 3) reconocimiento de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta; y 4) reestructuración cognitiva.

a) Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones: en primer lugar para poder comunicar

sobre las emociones hay que poder reconocerlas, generalmente los niños apelan calificativos “bien o “mal” para describir la totalidad de emociones que puedan sentir. Algunos niños no diferencian emociones tristeza, aburrimiento, o enojo; pasando lo mismo con las emociones positivas alegría, tranquilidad, satisfacción, euforia, etc. por lo tanto, uno de los primeros pasos será proveerles un amplio repertorio de emociones sin sus respectivos nombres para que puedan identificarlas y diferenciarlas, para luego poder ver cómo se pueden modificar esos estados emocionales. Para ello existen varias intervenciones como por ejemplo el uso de caritas dibujadas referidas al tipo de expresión y su motivación resulta común a estos fines, mirar revistas e identificar las emociones en ellas, juegos con el terapeuta en donde se simulan los rostros correspondientes a cada emoción, etc.

b) Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos: se orienta al paciente a la detección de autodiálogos e imágenes disfuncionales que se presentan en situaciones problemáticas para luego cuestionarlos, en la terapia con niños es diferente por lo que se puede trabajar de diferentes maneras.

Un aspecto a considerar es que suele ser más sencillo para los niños identificar posibles pensamientos en otros más que en sí mismo, para esto se pueden realizar globitos de pensamientos en blanco y colocarlos sobre fotos de personajes en revistas y pedirle al niño que diga en que puede estar pensando ese personaje. (Similar a lo que se realiza con las emociones). Una vez que el niño reconoce los pensamientos en los otros, el terapeuta puede pedirle que intente reconocer esos pensamientos en el mismo terapeuta o en situaciones de juego o situaciones que no sean conflictivas, una vez hecho eso se le pide al niño que identifique que pensamientos puede tener en situaciones problemáticas.

c) Reconocimiento de la relación existente entre el pensamiento, emoción y conducta: los pasos anteriores apuntan a que el paciente comprenda como pensamiento, emoción y conducta se influyen mutuamente, dándose cuenta de esta relación podrá comprender que los nexos de estos factores pueden ser parte esencial del trastorno y así participar activamente del tratamiento e incorporar la metodología colaborativa del trabajo. En este paso se puede trabajar con las mismas estrategias anteriores pero combinándolas por ejemplo si se trabaja con imágenes de revista, se le puede preguntar que están pensando dichos personajes, como se sienten, al pensar en ello y que hacen consecuentemente.

d) Reestructuración cognitiva: logrados los pasos anteriores, el niño podrá comprender que una misma situación puede ser interpretada de diversas maneras, por esta razón se promueve el auto-cuestionamiento de los pensamientos automáticos disfuncionales, intentando generar alternativas más flexibles y adaptativas.

Además Bunge et al (2010) afirma que dentro de otras estrategias posibles se encuentran las intervenciones fuera del consultorio, en estas suele ser necesario salir con el paciente, ir al hogar a la escuela, etc., con el objetivo de generalizar los logros en ámbitos naturales. Muchas veces no es posible que el terapeuta salga con el paciente por lo que planifica intervenciones con el paciente y/o con sus familias.

4) Alianza Terapéutica.

☐ Definición.-

En relación a la alianza terapéutica Bunge et al (2010) dice que su conceptualización de fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. Freud (1912) en "Sobre la dinámica de la transferencia" planteo la importancia de que el analista mantuviera interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para así permitir que la parte más saludable de este estableciera una relación positiva con el analista. Zetzel (1956) marco la diferencia entre transferencia y alianza expresando que la alianzaera la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente posibilitando así el insight y el uso de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. El concepto de alianza terapéutica ha sido adoptado por varias escuelas psicoterapéuticas pero a su vez distanciándose de la lectura proporcionada por el contexto psicoanalítico.

Bordin y Luborsky son unos de los autores más influyentes en la concepción actual de alianza terapéutica. Bordin (1979) la definió como el encaje y la colaboración entre el cliente y el terapeuta e identifico tres componentes que la configuran: acuerdo de tareas, vínculo positivo y acuerdo de objetivos.

Las tareas son las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico por lo tanto la percepción de estas acciones o tareas como relevantes es importante para el establecimiento de la alianza. El acuerdo entre terapeuta y paciente con respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia así también como compartir mutuamente confianza y aceptación son elemento esenciales para una buena alianza, a pesar de la importancia atribuida a la misma, Bordin afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

Luborsky por su lado desarrollo una conceptualización de alianza expresando que es una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia. De igual manera describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia que se encuentre.

Según Luborsky (1976) la Alianza Tipo 1 tiene lugar en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor, y la Alianza tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico, consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar que padezca el paciente.

Corbella y Botella (2003) expresan que a pesar de las diferencias existentes entre los planteos de Bordin y Luborsky, se puede ver una complementariedad de ambos. La alianza tipo 1 entendida como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al sentirse acogidos, se podría relacionar con el componente de vínculo positivo de Bordin; y por otro lado, la alianza tipo 2 podría relacionarse con el acuerdo en las tareas y los objetivos por parte del terapeuta y del paciente de Bordin.

Autores como Pizer (1992), Safran y Muran (2000) consideran de suma importancia la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y los objetivos para el establecimiento de la alianza y para el proceso de cambio. Desde esta concepción Bunge et al (2010) considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, en la cual se incluyen las expectativas, las opiniones y las construcciones que ambos van desarrollando respecto del trabajo que están realizando.

Particularmente en la alianza terapéutica en tratamientos con jóvenes suele requerir de relaciones entre múltiples factores, una de las razones es que los niños y adolescentes raramente consultan por iniciativa propia, siendo la demanda hecha por sus padres, tutores o instituciones educativas, esto implica una complejización en la relación terapeuta - paciente ya que este último podría no coincidir con la necesidad de implementar un tratamiento, de igual manera se requiere establecer alianzas con los adultos y/o cuidadores del joven. Los autores Shirk y Karver, (2003) Heatherington y Friendlander (1990) toman en cuenta tres ingredientes fundamentales de la alianza terapéutica (el acuerdo de objetivos, la colaboración en las tareas y el vínculo positivo) tienen que extenderse hacia la familia del niño o a su grupo de referencia, teniendo en cuenta que los objetivos de los cuidadores pueden ser distintos y la calidad de la alianza entre el terapeuta y cada miembro de la familia puede ser cualitativamente diferente.

☒ Factores y moderadores influyentes en la construcción de la Alianza Terapéutica.-

Dentro del modelo teórico propuesto por Karver, Handelsman, Fields y Bickman (2004) acerca de los factores comunes en terapia con niños y adolescentes, afirman que en la alianza terapéutica se encuentran varios factores y moderadores, dentro de los cuales están los comportamientos del terapeuta, se hipotetiza que estos pueden influir en el paciente incrementando su sentido de autonomía en el tratamiento, su percepción acerca de la credibilidad del terapeuta y fomentar varios aspectos de la relación y alianza terapéutica. Dentro de estos factores y moderadores se encuentran por ejemplo las habilidades interpersonales del terapeuta, la capacidad para habilidades de influencias, credibilidad y autonomía, etc.

Por otro lado en un estudio realizado por Creed y Kendall (2005) desarrollaron puntualmente una escala para identificar los comportamientos terapéuticos tendientes a construir la alianza en tratamientos cognitivo conductual para niños con ansiedad de entre 7 y 10 años. De esta escala se pudieron identificar 7 comportamientos positivos y 4 negativos.

Dentro de los comportamientos positivos se incluyen:

- Personalización de las sesiones en función de las características del niño, como por ejemplo tener en cuenta sus características, personalidad, sus gustos permitiéndole incorporar información adicional.
- Tener una actitud lúdica, como por ejemplo poder sentarse en el suelo, realizar actividades divertidas, etc.
- Proveer esperanza y estímulo a través de la colaboración, es decir utilizar palabras como “nosotros” o “vamos a...” así el niño se involucrará en las actividades propuestas.
- Validar aceptar las dudas y ambivalencia del niño hacia la terapia.

Conversaciones generales, tales como intercambios con el niño acerca del tratamiento en general o sobre temas que son de su interés.

- Encontrar intereses comunes que incluyen respuestas por parte del terapeuta como “yo también...”.

En cuanto a comportamientos negativos encontraron, presionar al niño para hablar, ser excesivamente formal, no cumplir con lo prometido como por ejemplo olvidar dar recompensas o actividades deseadas, y hablar en un nivel inapropiado al desarrollo del niño por ejemplo un lenguaje muy complejo o excesivamente sencillo o tener discusiones familiares delante del niño pero excluyéndolo.

En relación con la conducta de búsqueda de intereses comunes los autores señalan algunos puntos, en los resultados evidenciaron que cuando esto se realiza de modo prematuro puede ser interpretado por parte del niño como algo fingido, de igual manera hay que encontrar un adecuado balance en la utilización del juego, ya que su excesiva implementación suele llevar a que el niño este altamente motivado a asistir a la sesión para jugar evitando así las intervenciones que lo desvíen de ello. Al contrario de esto, el no jugar puede generar aburrimiento y que el niño llegue a considerar a la terapia como un trabajo similar a la de la escuela, por lo tanto, queda en claro que el juego es un medio pero no un fin en sí mismo en el trabajo con niños.

Metodología.

Tipo de estudio.

- Descriptivo, caso único.

Participantes.

Se trabajo con una paciente de 8 años de edad, llamada C., cuyo diagnóstico es Encefalopatía Crónica no Evolutiva con cuadriparesia espástica. En cuanto a su nivel cognitivo C. se encuentra en el estadio preoperatorio concreto. C. es totalmente dependiente en sus actividades de la vida diaria, necesitando asistencia permanente de un adulto, se traslada en una silla que presenta control de pelvis (cinturón pélvico) control del tronco (pechera) apoya cabeza y apoya pies. Siempre es propulsada por un adulto.C. concurre a la institución elegida bajo la modalidad de jornada doble, siendo el horario de 9 a 16:30 hs.

Integra un grupo de cinco niños con déficit intelectual de leve a moderado con compromiso motor severo y dificultades en la comunicación – lenguaje.

El trabajo en la sala es abordado a través de actividades grupales que incluyen las áreas de comunicación, juego, motricidad fina, motricidad gruesa, experiencias sensoriales y de contenido curricular siempre incentivando la interacción con pares y adultos.

Recibe como materias especiales Musicoterapia y Educación Física. Dentro del horario escolar recibe semanalmente una sesión de Kinesiología, una sesión de Terapia Ocupacional, una sesión de Fonoaudiología.

Además recibe asesoramiento de los siguientes servicios: Equipamiento, Deglución (asistencia en la alimentación / no utiliza utensilios), Comunicación Aumentativa Alternativa, Psicología: seguimiento y asesoramiento paciente – familia. Cuando C. inició la terapia psicológica aproximadamente , la demanda fue proveniente por parte de la dirección y de las terapeutas por las conductas de C. en cuanto a la adaptación que tuvo que realizar al momento de pasar de jornada media a completa y cambio de sala a una curricular. Al paso de dos meses los padres demandan por diferentes conductas como berrinches, llantos, enojo, desgano de C. en su casa.

Instrumentos.

Los instrumentos utilizados para la recolección de información fueron:

- Análisis documental donde se tomó los datos más relevantes de la historia clínica de la paciente.
- Observación participante de los encuentros de la terapia psicológica.

Entrevista semidirigida con la psicóloga de la paciente sobre los fundamentos teóricos de las intervenciones. Las sesiones fueron escritas, en donde la psicóloga responsable señalo en cada una el objetivo de las intervenciones realizadas.

Procedimiento.

La terapia psicológica de C. se llevo a cabo durante dos meses con una sesión cada dos semanas aproximadamente.

Desarrollo:

Terapia Psicológica de C. C. es una niña de 8 años de edad diagnosticada con Parálisis Cerebral con cuadriparesia espástica. (Lorente Hurtado, 2007; Maragato Rizo, et. al., 2007).

C. asiste a la institución en donde recibe un abordaje interdisciplinario, asistiendo a varias terapias en su mayoría para trabajar el aspecto motor, sin embargo, C. como los niños de la institución y sus padres tienen a su disposición a los psicólogos, aquí se demuestra que a pesar de tener un abordaje motor, también hay una preocupación por los factores psicológicos tanto del niño como de los padres, ya que como expresa el autor Arbea (1986) la variable padres de un niño con PC puede también estar alterada, por lo que necesita atención.

Concordando con el autor Pérez Quesada (2004) en donde menciona que el abordaje debe ser tanto del aspecto motor como psicológico.

C. asistía a la psicoterapia en su silla que presenta control de pelvis (cinturón pélvico) control del pecho (pechera) apoya cabezas, muchas veces con cuello ortopédico para mantener su cabeza derecha, y apoya pies, esto de acuerdo con el autor Castro Rebolledo (2006) quien expresa que el buen control de la postura será necesario para el buen uso del sistema de Comunicación Aumentativa Alternativa, por lo tanto tener una buena comunicación con C. en donde se sienta cómoda en su postura para que así pueda mantener la atención. .

La Psicoterapia de C. se baso desde varios conceptos e intervenciones de las diferentes escuelas teóricas existentes con el fin de adaptarlas a esta patología.

Para el presente trabajo se tomo únicamente a la Terapia Cognitiva Comportamental en niños como referencia para la explicación y adaptación de las intervenciones realizadas en la terapia por la psicóloga, tomando como base principalmente las intervenciones directivas y conductuales realizadas.

La primera demanda se realizó por parte de la dirección y las terapeutas de la institución hacia la psicóloga, ya que a C. le costaba adaptarse a jornada completa, implementando así intervenciones para que poco a poco se acostumbrara. Pasados dos meses los padres de C. piden

ayuda por su conducta ya que manifestaba berrinches, llantos, enojo, desgano, sin poder dormir sola y no permitiendo que sus padres se despegaran de ella.

La psicóloga implementó estrategias para disminuir la conducta disruptiva, en donde en un primer momento pidió colaboración a los padres en cuanto a la puesta de límites clara y consistente, hablando con C. para llegar a un acuerdo entre lo que ella pedía y lo que sus padres en ese momento le podían dar; de igual manera se realizaron dos entrevistas individuales con C. para ponerla al tanto de la preocupación de sus padres y de como ella podía ayudar. (ver Anexo 2.)

Aquí se puede ver como expresa el autor Bunge et al. (2009) cuando la conducta de un niño es desadaptativa produce un deterioro en el funcionamiento social, en este caso afecto a los padres de familia y terapeutas acudiendo a la psicóloga y como se puede ver también la demanda por parte de los adultos es muy común en la psicoterapia de los niños como expresa el autor Bunge et al (2010), viendo que el caso de C. tampoco es una excepción.

La psicóloga al haber realizado una orientación a los padres en cuanto como actuar con C. y también realizando entrevistas individuales con la paciente, coincide con lo dicho por el autor García Eligio (2004) quien afirma que es de fundamental importancia el trabajo directo e individual con el paciente con discapacidad.

La estrategia de intervención de parte de la psicóloga ante la conducta de C. se baso en un tablero de registro de conducta, que consistía en un tablero que contenía todos los días de la semana en donde al final de cada día sus padres colocaban una Campanita (dibujo animado) si C. se portaba bien y si obedecía en lo que sus padres le pedían, y si no colocaban una brujita; esta intervención tuvo mucho éxito, demostrándose con el agradecimiento de los padres después de unos días donde dijeron que C. era otra niña que se portaba muy bien.

Pasado un mes los padres de C. piden nuevamente una entrevista ya que C. por lo general se quedaba en la casa de sus abuelos a dormir, pero una noche no lo pudo hacer obligando regresar a sus padres de una reunión. Ante esto la psicóloga una vez más dio estrategias a los padres aconsejándolos que intenten demorar la respuesta tan inmediata a los reclamos de C. Por otro lado también se elaboró una actividad que se trabajo en dos entrevista con C. viendo un video con consignas para hacer una noche en la casa de sus abuelos y pidiendo a los padres que la dejaran a C. mas continuamente dormir ahí.

Esta actividad no se pudo realizar ya que C. comenzó con complicaciones médicas presentando convulsiones por lo que sus padres tuvieron que estar más pendiente de ella. (ver Anexo 2.)

Tomando en cuenta el nivel cognitivo de C. basándose en la clasificación del autor Piaget (1993) que se encuentra en el nivel preoperatorio concreto, y debido a la limitación cognitiva que presentan los niños que se encuentren en este estadio como expresa el autor Bunge et al. (2009), la intervenciones de C. tuvieron mayor énfasis en intervenciones conductuales y el trabajo con sus padres.

Con estas intervenciones mas experienciales como el tablero de registro de conducta y el video, aumentaron la motivación de C., al igual que la intervención directa de la psicóloga hablando sobre como ella puede ayudar y hacerla comprender de que ella puede formar parte del cambio para que sea feliz y sus padres también, alentaron a que C. cambie su conducta.

Esto coincide con el autor Stern (2002) quien expresa la importancia de la acción y la experiencia en la terapia cognitiva conductual, así como también el uso de modalidades sensoriales para que el niño reciba y/o exprese información, específicamente en C. estas actividades se eligieron acorde su nivel intelectual y tomando en cuenta su severa discapacidad motora, adaptándolas a su caso.

Estas intervenciones dadas por la psicóloga fueron para que C. realice en casa con sus padres y en la casa de sus abuelos con el objetivo de trabajar el foco del problema en donde se origina, y con la colaboración de sus padres o abuelos a quien quiere por lo que esto le da más motivación para el cambio, esto se corresponde con lo que refiere Bunge et al. (2010) que entre las diferentes estrategias de intervención una muy usual es la planificación de actividades con los padres para hacerlas por fuera del consultorio.

Después de estas primeras intervenciones, y pasadas las vacaciones de verano, C. retoma la terapia, esta vez se orientó principalmente al aumento del repertorio de palabras para su tablero conversacional, según el autor Mayer Johnson (1981) es necesaria la implementación del vocabulario dependiendo de cada caso según su necesidad comunicativa, en el caso de C. ella necesitaba la ampliación de palabras en cuanto emociones para poder expresarlas; el autor Castro

Rebollado (2006) resalta la importancia que más allá del intercambio de mensajes es necesario compartir las experiencias emocionales, que justamente era la necesidad de C.

Sistema Alternativo Aumentativo de Comunicación de C.

C. posee habilidades de comunicación, sin embargo posee un trastorno asociado al lenguaje oral, impidiéndole comunicarse por este medio, tomando en cuenta la diferencia entre estos dos términos que hace referencia la autora Sotillo (1999)

C. ante este trastorno utiliza el Sistema Alternativo Aumentativo de Comunicación como un medio para comunicarse en todos los contextos de su vida (Sotillo, 1999), de igual forma este sistema es aplicado en la terapia psicológica, por medio de este se da la comunicación entre C. y la psicóloga

De acuerdo a la clasificación realizada por Basil (1998) C. hace uso de los sistemas con ayuda basados en dibujos lineales, específicamente el sistema de Símbolos Pictográficos de Comunicación (Gómez Villa et al., s/f)

El sistema de C. al ser integrado por un conjunto estructurado de códigos no vocales precisa de un soporte físico básico para sustentarlo por lo cual utiliza su carpeta y / o tablero de comunicación. (Sotillo, 1999)

Su tablero de comunicación es una superficie plana, dividida en casillas, en donde se colocan los pictogramas provenientes de los Símbolos Pictográficos de Comunicación, su tamaño es de 3 X 3, modificado acorde a su necesidad, coincidiendo con el autor Gómez Vila et al. (s/f) al decir que el tamaño de los pictogramas se puede modificar según las particularidades de cada caso.

Tanto en su carpeta como en su tablero conversacional consta de varios display de comunicación, compuesto por los símbolos pictográficos que C. usa en su vida cotidiana y van cambiando acorde a sus necesidades.

Entre ellos se encuentra:

Display de ruta de comunicación.-

Este permite a C. guiar al receptor en cuanto a que quiere hacer, por ejemplo “QUIERO HACER ALGO” , “QUIERO CONTAR ALGO”, y “QUIERO PREGUNTAR”; le permite ubicar también el espacio temporal del mensaje que quiere emitir:

“AYER / ALGO QUE PASÓ”, “ALGO QUE ESTÁ PASANDO”, “MAÑANA / ALGO QUE VA A PASAR”; y por último ubica al receptor sobre el espacio físico al que se quiere referir: “CASA” y “OTRO LUGAR”. Así C. puede formar una frase como por ejemplo “quiero contar algo que pasó en otro lugar” (ver Anexo 1.)

Display General.-

Contiene personas por ejemplo familiares y allegados de C. como sus padres, le permiten a C. emitir mensajes hermana, abuelos, etc; verbos, adjetivos y adverbios que completos de situaciones cotidianas y con una estructura sintáctica adecuada de sujeto – verbo – complemento. Aquí también se encuentran símbolos que permiten a C. expandir lo que quiere decir, como por ejemplo: “PARECIDO A” o “CONTRARIO A”.

Display Social.-

Aquí se encuentran las emociones que le permiten manifestar sus sentimientos y estados de ánimo (trabajados en el espacio psicoterapéutico) y saludos.

Display de selección.-

Aquí se encuentran los display de selección de:

Lugares: lugares que C. conoce como su casa, casa de los abuelos, etc.

Alfabético: letras y vocales que conoce C. (incompleto), en letra imprenta mayúscula.

Numérico:

Preguntas.

Actividades: que le permiten a C. por ejemplo jugar a cocinar; este mismo contiene pictogramas variados referidos a objetos, acciones, expresiones para hacer algún comentario y reguladores de las actividades como “MÁS” y “TERMINAR”, etc. del uno al diez.

Cada uno de sus pictogramas lleva escrito la palabra en la parte inferior. (Gómez Villa et al., s/f)

La comunicación entre la psicóloga y C. se daba principalmente mediante su tablero de comunicación, el acceso a este se da a través de la asistencia de un adulto, en este caso de la psicóloga, en donde señalaba primero la fila del tablero y al tener una respuesta afirmativa de C. señalando la fila que deseaba la psicóloga proseguía señalando la columna (el pictograma), y así señalando uno atrás de otro hasta formar una frase que dice la idea principal de lo que quiere comunicar y luego con ayuda e interpretación de la psicóloga van ampliando la idea conversando entre ellas.

C. contesta con su mirada, expresando agrado o el SI llevando sus ojos hacia arriba y/o una sonrisa, y el desagrado o el NO lo expresa con un puchero y/o girando su cabeza hacia el lado izquierdo, esto hace referencia al autor Chávez (s/f) en donde el usuario al no tener la movilidad para señalar el pictograma deseado como es el caso de C., será entonces un gesto el que señale, convenido entre el educador o familiar con el usuario.

A continuación para una mejor explicación del sistema de comunicación en la terapia se describe una conversación entre la psicóloga y C..

En el inicio de la tercera sesión C. se encontraba muy entusiasmada, la psicóloga pregunta a C. si quiere contarle algo contestando C. que SI (dirigiendo su mirada hacia arriba).

La psicóloga muestra el display de emociones que había llevado para trabajar en las sesiones para que saque de ahí alguna emoción que tenga que ver con lo que le está pasando.

La psicóloga sentada frente a C. y sosteniendo el tablero de comunicación a la altura de su cabeza para que lo pueda ver, la psicóloga le pregunta en que fila esta el pictograma correspondiente a la emoción que quiere decir, señalando las filas del tablero una por una hasta que C. con su mirada (diciendo SI) señale la fila, a continuación la psicóloga dice a C. que señale en que columna está el pictograma, señalando nuevamente las columnas una por una hasta que C. indica el pictograma de "PREOCUPADA".

La psicóloga pregunta si es como ella se siente en ese momento, contestando C. que SI. La psicóloga pregunta C. si necesita su tablero de comunicación para explicar porque se siente así, contestando C. que SI.

Nuevamente la psicóloga señala fila por fila, columna por columna en el tablero de comunicación para que C. señale los pictogramas que quiere.

C. señala los pictogramas de la asociación y "AMIGO", a lo que la psicóloga pregunta si tiene que ver con algún amigo que está en allí, contestando que SI, la psicóloga pregunta si es un compañero de su sala o de otra (estas dos opciones las da con sus manos, cuando dice "SU SALA" levanta una mano y cuando dice "OTRA SALA" levanta la otra, algunas veces para dar una tercera opción como "OTRO LUGAR U OTRA COSA" la psicóloga señala su nariz, así las tres opciones quedan en un apoyo físico y así C. queda viendo cual opción es a la que quiere referirse)

C. queda viendo la opción que es de su sala, la psicóloga comienza a preguntar qué compañero es dándole nombres y C. elige a J.

La psicóloga pide a C. que señale otro pictograma para ver porque está preocupada por J, nuevamente la psicóloga repite el procedimiento hasta que C. señala el pictograma "MUSICA". Entonces la psicóloga procede a repetir lo que dice C., para ver si entendió bien y devolverle a C. lo que dijo hasta ese momento. "VOS ESTAS PREOCUPADA POR TU COMPAÑERO DE TU SALA J POR ALGO QUE TIENE QUE VER CON LA MUSICA", afirmando C. que si que eso quiso decir. (ver Anexo 5)

De la misma forma como el ejemplo explicado anteriormente se da la comunicación de C. y la Psicóloga en todas las sesiones de psicología, al igual que en todos los contextos de su vida.

Alianza Terapéutica. Ante la demanda realizada por las terapeutas y los padres de C., la psicóloga en primer lugar trabaja con los padres que fueron los que solicitaron la entrevista, por lo que se

establecieron objetivos y estrategias con ellos para el mejoramiento de la conducta de su hija formando así un vínculo, esto se relaciona con lo que expresa el autor Bunge et al. (2010) en cuanto que hay una complejización en la relación terapeuta - paciente, requiriendo un establecimiento de alianzas con los adultos y no solamente con el niño.

A esto se tiene que sumar la discapacidad motora severa de la paciente, y como es el manejo de los padres de C. hacia ella, se puede ver que ante la demanda constante que hace C. a sus padres y ellos contestando, la psicóloga plantea límites y estrategias en lo que se le puede o no dar a C. en ese momento, para que ella así pueda aprender a esperar. Por lo que inevitablemente se tiene que formar un vínculo con ellos para poder trabajar conjuntamente.

En la primera sesión psicoterapéutica después de las vacaciones de verano, C. se encuentra muy emocionada de volver a ver a la psicóloga (notándose su entusiasmo por sus movimientos, el estiramiento de sus miembros y la sonrisa en su cara). Comenzando la sesión la psicóloga pregunta a C. si recuerda sus encuentros anteriores respondiendo que sí.

La psicóloga pregunta a C. de que tiene ganas, con lo cual C. con su tablero de comunicación pregunta cuándo se van a ver y en que horario (refiriéndose a las sesiones) a lo que la psicóloga responde que será una vez o dos veces por semana dependiendo si el consultorio este ocupado o no.

Seguido a esto propone a C. que cuente algo que ella quiera, a lo que responde preguntando a que iban a jugar, la psicóloga explica a C. que en las terapias que ella tiene como fonoaudiología o kinesiología juega con sus terapeutas, pero que en este espacio de psicología charlaran, sobre cosas que ella le había ya explicado anteriormente en la primera sesión que tuvieron hace algunos meses (ver Anexo 1.), como por ejemplo el charlar sobre sus emociones, sobre sus papas, su hermana. Con lo que C. expresa que le gusta estar en ese espacio y está muy contenta.

Después de haber conversado sobre varias cosas que contó C., al finalizar la sesión expresa que se quiere quedar más tiempo, a lo que la psicóloga responde diciendo a C. que ella sabe que es solo un momento y que la próxima semana se verán y que trabajaran en actividades para extender su tablero de comunicación con más emociones ya que le faltan para expresarse, preguntando a C. si le parece bien y contestando que sí que le parece bien se despide. En estas primeras intervenciones se puede ver como la psicóloga ante la demanda de C. de saber de cuándo tendrán las sesiones la psicóloga acuerda los días y horarios en que se verán, ya que la

Alianza se dará en el contexto de un determinado marco terapéutico, el cual el terapeuta tiene que establecer en las primeras entrevistas, sin este marco, será difícil establecer una Alianza de Trabajo.

Así también se definió el objetivo de las sesiones, esto se relaciona con el planteo de los autores Bordin y Luborsky (1979) de los componentes para el establecimiento de una alianza terapéutica, el acuerdo de tareas corresponde a lo que la psicóloga dice a C. sobre las acciones relacionadas con los pictogramas de emociones que trabajaran en las sesiones, acordando también el objetivo de la terapia como segundo componente que es el de ampliar su tablero de comunicación.

Otro componente planteado es el de un vínculo positivo, que como se puede ver C. tiene un vínculo ya establecido con la psicóloga por los primeros encuentros que tuvieron y que trabajaron juntas, dando buen resultado las intervenciones para el mejoramiento de la conducta de C. con colaboración de los padres, por lo que hay confianza en la psicóloga al igual que con sus padres.

Para el establecimiento de un alianza terapéutica en el caso de C. es de indispensable importancia el buen manejo por parte de la psicóloga del sistema de comunicación por el cual C. se comunica, es decir, la forma de comunicación de la terapeuta tiene que ser el mismo que C., para que ella pueda y sienta ser comprendida sin que se frustre como muchas veces puede pasar cuando ella no pueda expresarse o el adulto no sabe a lo que ella quiere comunicar.

Así la psicóloga a lo largo de todas las sesiones en base a los señalamientos que C. realiza según los pictogramas que corresponden de lo que intenta transmitir, intenta dilucidar cuál es su idea principal, diciéndole a C. y ella aceptando o no si era lo que intentaba decir; esta idea se continua interpretando y asociando a situaciones, sin perder la idea principal que C. quiere transmitir, para que ella pueda seguir contando y siguiendo el hilo de la conversación. Y aquí es donde C. al sentirse entendida por lo que quiere transmitir y por otro lado comprendida de la situación que vivió por ejemplo, será un componente para que surja un vinculo con la persona en este caso el vinculo con la psicóloga.

Como se puede ver sin el buen manejo del sistema de comunicación no se podría establecer un buen vínculo y las sesiones en sí.

Lo dicho corresponde a los comportamientos positivos del psicólogo que influyen en el establecimiento de la alianza según el estudio de Creed y Kendall (2005) en donde la personalización de las sesiones es de importancia ya que se necesita conocer las características, personalidad y gustos del niño; en el caso de C. al estar en una institución y la psicóloga trabajar en la misma, está en constante contacto con los niños por lo que ya tenía conocimiento de la historia de C. y también al hablar con sus terapeutas pudo indagar mas sobre su personalidad, características como su nivel intelectual, entre otros detalles.

Otros componentes hallados en el estudio y que se pueden ver en la psicóloga fueron:

- La actitud lúdica de parte de la psicóloga como por ejemplo realizar actividades divertidas y motivantes para C. para que así pueda trabajar mejor, en donde pueda aprender nuevo vocabulario así como también pueda contar sobre sus cosas, incentivando a la niña para que cuente sobre sus sentimientos, una de estas actividades se pudo ver por ejemplo en llevar fotos de dibujos animados y hablar sobre sus emociones (ver Anexo 5.) o armar personas con diferentes partes del cuerpo y de igual manera hablar sobre sus emociones (ver Anexo 6.) todas estas explicadas en detalle más adelante.

- Conversaciones con C. acerca del tratamiento en general como fue en las primeras sesiones donde se la puso al tanto de la demanda de sus padres y porque recurrían a la psicóloga y de como ella las podía ayudar (ver Anexo 2.), así como también charlar sobre temas de su interés en donde la psicóloga en todas las sesiones preguntaba sobre los deseos de que temas quería hablar C..

- Finalmente la psicóloga expresaba intereses o experiencias comunes con C., como fue en el caso de que la psicóloga comenta lo que pasa con su hijo cuando lo reta y le jala las orejas y de como ella se siente después, haciendo referencia cuando los papas de C. la retaban. (ver Anexo 4.) con el objetivo que C. se sintiera identificada en esa situación y se le hiciera más fácil comprender el por qué de la misma.

El juego también forma un importante componente, teniendo que haber un equilibrio de este, sin perder su objetividad, en el caso de C. la psicóloga tuvo que hacer una marcada diferencia en

cuanto a las diferentes terapias donde ella juega, haciéndole saber que ese era un momento para hablar sobre ella y sus sentimientos. (ver Anexo 3.)

Otro factor que se debe resaltar para el establecimiento de una alianza terapéutica con una niña como C. es el de saber seguir y respetar sus tiempos y necesidades, a esto se refiere por ejemplo cuando C. estaba sin ánimos o cansada de seguir como fue en el caso de la tercera sesión, en donde ella estaba muy ansiosa por contar algo, contó lo que sentía y finalmente no quiso seguir mas por estar cansada (ver Anexo 5), la psicóloga procedió a finalizar la sesión; esto se debe a que un niño con este diagnóstico más aun con un sistema de comunicación diferente al de los demás, muchas veces se agota, y esto se expresa corporalmente, por lo que hay que tomar especial atención a esto para el beneficio del niño y de la terapia, y así establecer un buen vinculo con el niño ya que sabrá que lo comprenden cuando quiere decir que no quiere más.

Intervenciones para el Desarrollo Emocional. (Aumento de vocabulario de emociones)

En un niño con parálisis cerebral y con trastorno del lenguaje como es el caso de C. es necesario que en todos los contextos de su vida así como también cualquier persona que la rodea refuerce el mejoramiento de la comunicación, Culp (1988) expresa que esta intervención no solo se debe dar por las personas especializadas en este campo y en ciertos contextos sino en varios, coincidiendo con la intervención de C. en un espacio psicoterapéutico ayudando a desarrollar su habilidad comunicacional específicamente referente a las emociones.

Se describen a continuación las estrategias implementadas por la psicóloga para el desarrollo emocional de C.:

En el comienzo de la segunda sesión la psicóloga lleva a C. una carpeta con display de emociones y comienza a comentarle a C. que ella estaba muy ansiosa (señalando en la carpeta el pictograma ansioso) porque iban a hablar juntas en esta sesión, la psicóloga pregunta a C. si sabe lo que significa ansiosa, contestando C. que no. La psicóloga pregunta si ella alguna vez había sentido cosquillas en la panza, contestando que si, diciendo que lo siente cuando sus padres pelean, la psicóloga dice a C. que ella lo que siente en ese momento son nervios (señalando el pictograma de nervios) porque puede haber dos tipos de cosquillas en la panza y es cuando uno esta preocupado, tiene miedo, bronca, o está nerviosa, pero por otro están las cosquillas cuando a uno le gusta algo mucho o está emocionada. (ver Anexo 4.)

Aquí se puede ver como la psicóloga trata de señalar y diferenciar las emociones, mientras la psicóloga va hablando señala en mayor media los símbolos pictográficos que corresponden a la palabra emitida, para que C. vaya asociando su significado con el pictograma y a su vez diferenciando el vocabulario, el objetivo es que C. sepa lo que es y cuando usar en esta intervención especifica el pictograma Ansioso. Viendo esto desde las estrategias para el aprendizaje de los

Símbolos Pictográficos de Comunicación esta intervención coincide con los cuatro pasos de la enseñanza de la autora Sotillo (1999).

Tomando esto desde una perspectiva psicológica en las estrategias del cambio cognitivo según el autor Bunge et al. (2010) lo que la psicóloga intenta en un primer paso es el entrenamiento en el

reconocimiento de las emociones, que diferenciándolo y adaptándolo al caso de C., las estrategias pueden ser varias como por ejemplo mirar revistas e identificar emociones o el uso de caras dibujadas referidos al tipo de expresión, mientras que para un niño sin trastorno del lenguaje puede ser una opción, para C. son indispensables ya que no solo por estos va aprender si no los utilizara a lo largo de su vida para poder comunicarse.

A continuación C. comenta que sus padres a veces la retan y le dan una palmada si se porta mal, sintiéndose con miedo, triste y enojada (señalando los respectivos pictogramas), la psicóloga comenta a C. que a veces su hijo no le obedece y ella le jala las orejas porque no le gusta y le da vergüenza que su hijo se porte mal en la calle, pero explicándole que ella hace eso por que no aguanta se pone muy nerviosa pero que después se siente triste.

El objetivo de esta intervención es establecer una igualdad en su relato minimizando la situación y quitándole dramatismo. (ver Anexo 4.)

Tomando las estrategias del cambio cognitivo referidas por Bunge et al. (2010), reconociendo que en niños es mas fácil identificar posibles pensamientos en otros mas que en sí mismo, por lo que la psicóloga cuenta la experiencia con su hijo con el fin de que C. pueda entender mejor y reconocer en este caso la emoción que puede que experimente su madre y por eso la lleva actuar de esa forma.

Al inicio de la tercera sesión, C. se encontraba emocionada por que quería contar algo, la psicóloga prosigue diciendo a C. que elija una emoción del display de emociones que tiene que ver con lo que va a contar, eligiendo C. el pictograma “preocupada”. La psicóloga pregunta que si es como ella se siente en este momento contestando C. que si, esta preocupada por su compañero Juan, por la canción que pasa cantando él todo el día, diciendo que ya esta cansada de escucharla y que no le gusta, la psicóloga dice a C. que ella tiene que pensar por qué le pasa esto dándole opciones como por ejemplo: porque le aburre, porque la pone incomoda, le da rabia, le da vergüenza u otra cosa, eligiendo C. vergüenza. La psicóloga pregunta si hay otras situaciones o personas que le hacen sentir de esa forma contestando a esto que si, que siente vergüenza a veces de su padre. (ver Anexo 5)

En esta intervención la psicóloga deja a C. contar su experiencia y lo que siente atendiendo a su demanda, le da opciones entre los pictogramas para que elija con cual quiere expresarse, es decir el que la motive mas, pudiendo contar su experiencia, y hacerla reconocer la emoción por la cual siente esto, esto tiene que ver con los pasos de enseñanza de la autora Sotillo (1999) comenzando a enseñar al niño el vocabulario que mas sea de su interés.

En la cuarta sesión la psicóloga lleva a C. una actividad, la que consistía en mostrarle dos caricaturas en donde la primera estaba Bob Esponja y en la segunda el pez Nemo, y C. tenia que decir que emoción creía que los personajes estaban sintiendo en ese momento. C. comenta que Nemo tenia cara de pedir perdón a su mama porque él estaba enojado con ella porque no obedeció cuando mama dijo que tenia que dormir solo, la psicóloga pregunta a C. si esto le pasa a ella a veces contestando que si, la psicóloga le dice que tanto Nemo como su mama tienen

su cuarto cada uno, preguntando a C. si ella quisiera también intentar dormir sola o si no le importaba contestando C. que no le importa.

Sigue con el segundo dibujo de Bob Esponja y C. dice que tiene cara de dormido y aburrido, a lo que a psicóloga le responde a C. diciendo que él tiene más cara de tener miedo, C. contesta diciendo que Bob Esponja tiene miedo a dormir solo por la oscuridad y que a ella le pasa lo mismo y por eso quiere dormir con su papa. (ver Anexo 6)

En la quinta sesión la psicóloga lleva otra actividad para hacer, la cual consistía en formar una persona, se le presentaron varias partes del dibujo como caras, troncos, piernas, C. eligió y formo una niña, después de la interpretación de la psicóloga, C. dijo que es un niña que se llama como ella que hoy esta un poco aburrida porque su mamá le hizo algo de comer que no le gustaba a la niña, y cansada porque no había dormido bien la noche anterior, la psicóloga pregunta si algo de esto le pasa a C. respondiendo que si, en ese momento C. estaba resfriada y comenta que no había podido dormir bien y que había pasado la noche con su papá. (ver Anexo 7)

Nuevamente la psicóloga toma estas estrategias en primer lugar motivantes para C. y en una modalidad mas dirigida para evitar su frustración cuando quiera expresarse, empleando actividades didácticas para ella con dibujos, aplicando así varias modalidades sensoriales, como plantea el autor Stern (2002)

El objetivo de estas intervenciones fue que C. logre nuevamente en mayor parte el reconocimiento de la emoción en este caso de los dibujos, pero a su vez también trabaja con estas imágenes preguntando que les paso a los personajes, como se sienten, en que están pensando, etc, con la finalidad de que C. a largo plazo pueda entender la conexión existente entre el pensamiento, emoción y conducta. Esto coincide con la tercera etapa de la estrategia cognitiva que hace referencia Buge et al. en donde se implementan este tipo de técnicas para facilitar en el niño el reconocimiento tanto de la emoción como del pensamiento, que en el caso de C. al ser el objetivo el desarrollo emocional se oriento más a este.

De igual forma la psicóloga trata de volcar todo lo dicho hacia el contexto familiar, para poder indagar más sobre este ámbito para saber C. como está y poder ayudarle en base a la demanda hecha.

CONCLUSIONES

Como conclusión del presente trabajo cabe destacar la necesidad de estudios en cuanto a la terapia psicológica que se puede llevar a cabo en un niño específicamente con parálisis cerebral. Como se sabe la parálisis cerebral es definida principalmente como un trastorno motor, debido a esto, los estudios se han centrado sobre las terapias del mismo y no así en aquellas que conciernen a la salud psíquica del paciente. García Coto y Rotman (2010) expresan que se debería tomar en consideración una visión global del déficit que tenga el niño con discapacidad, para así determinar desde un paradigma de apoyo qué recursos se pueden implementar, evaluando en primer lugar su funcionamiento intelectual, sus habilidades adaptativas, consideraciones psicológicas – emocionales, consideraciones físicas, de salud y etiológicas, y finalmente consideraciones ambientales es decir el entorno habitual que permita desarrollar los apoyos necesarios.

Con referencia a lo anterior en el caso de C. sería recomendable comenzar por la identificación de

las faltas e impedimentos existentes de sus capacidades funcionales (trastorno motor y de lenguaje).

Así como también evaluar sus necesidades individuales e intentando implementar recursos de apoyo a los efectos de incrementar sus intereses, su productividad laboral en un futuro, y sobre todo su independencia. Todo esto con el fin de asimilar a C. a un parámetro de normalidad mayoritaria. Sobre la base de las consideraciones anteriores, la autora señala la importancia de un abordaje obligatoriamente interdisciplinario en la atención de un niño con parálisis cerebral, es decir, tratar el trastorno motor así como también los trastornos asociados que puedan presentarse. En este caso C. ha sido entrenada como usuaria en el sistema de comunicación aumentativa alternativa con el fin de cubrir el déficit comunicacional derivado de su trastorno del lenguaje oral.

Se reconoce como importante la enseñanza que se debería dar tanto a C. como a sus pares y familiares de este sistema comunicacional para favorecer la mutua interacción, permitiendo de esta manera que sean expresadas sus necesidades y deseos. Esta educación, que resultará clave para su desarrollo y bienestar, debería ser realizada en forma constante, acorde a su edad, su realidad social y sus necesidades.

Este aspecto, expresa la autora, es importante también a nivel vincular ya que provee los recursos e incentivaría a C. a interactuar por su propia iniciativa con otros niños sin la necesidad de la ayuda de otra persona. Todo esto con el fin de minimizar su dificultad de relacionarse con otros niños.

Para el presente trabajo se ha tomado exclusivamente a la TCC en niños de lo que ha sido la terapia psicológica de C. Ante esto la autora concuerda con la modalidad de tratamiento de un niño con PC realizado, en que debería nutrirse de diferentes escuelas teóricas que puedan aportar recursos en el tratamiento de esta patología.

Para ilustrar esto, la psicología sistémica podría ser tomada para comprender el sistema e interacción familiar de la niña y de la terapia cognitiva conductual las intervenciones directivas como fueron utilizadas en el caso de C. para que pudiera reconocer las emociones. Por otro lado la autora señala también que el tratamiento de C. no tiene concordancia exacta con la bibliografía propuesta (TCC), esto es debido a que se da mayor énfasis en la parte conductual del mismo que en lo cognitivo, ya que C. posee limitaciones en su lenguaje lo que dificulta la identificación de esquemas, creencias, etc. La razón por la cual la psicoterapia en un niño con PC tendría que valerse de varios conceptos e intervenciones de diferentes escuelas teóricas es porque cada caso puede llegar a ser tan particular que no se puede intervenir desde una sola perspectiva, además se debería tener en cuenta los recursos que más se pueda valer el psicólogo para ayudar al niño a llegar al objetivo deseado.

En base a las consideraciones anteriores la autora establece una marcada diferencia con la psicoterapia tradicional, dado que en el tratamiento del niño con PC se debería evaluar varios aspectos para tener en cuenta durante el tratamiento, explicados a continuación. En primer lugar debería tomarse en cuenta el tipo de trastorno motor del niño, el equipamiento que necesite para tener una buena postura corporal ya que no solo lo beneficiará en el aspecto

terapéutico motor sintiéndose cómodo y seguro, sino que de esta manera podrá mantener la atención para interactuar con otro, que en el caso de una psicoterapia sería la psicóloga.

C. por ejemplo utilizaba el cuello ortopédico ya que muchas veces no podía tener su cabeza derecha, esto le facilitaba la visualización de su tablero de comunicación.

En segundo lugar se debería destacar como obligatoria en la psicoterapia de niños con PC la necesidad de que los psicoterapeutas a cargo posean un buen dominio del sistema de comunicación, ya que solo por medio de este podrá ser posible la comunicación con el paciente, entendiendo lo que este quiera transmitir y pudiendo así intervenir.

Cuando el paciente exprese su idea principal (señalando pictogramas formando una frase) el psicólogo deberá repetir lo que el paciente quiera decir para asegurarse que haya entendido y así poco a poco ir asociando a situaciones e ir construyendo juntos el discurso del paciente sin perder la objetividad de lo que este quiera transmitir, dándole espontaneidad. En base a esto la autora concluye que solo de esta manera se irá estableciendo una alianza terapéutica con el paciente, quien sintiéndose entendido y comprendido en lo que quiera decir, podrá ser ayudado mediante recursos e intervenciones.

Por último otro factor importante que debería tomarse en cuenta es el respeto por los tiempos del paciente, esto se refiere a la espera del uso del sistema de comunicación y a la autorregulación que el niño pueda hacer en lo motor. En referencia a esto la paciencia será un rasgo destacable para el psicólogo, saber hasta qué punto intervenir tomando en cuenta las señales de fatiga que pueda tener el paciente.

En la psicoterapia con niños en general siempre involucra un vínculo del profesional con aquellos adultos responsables que demandan la atención terapéutica. En el caso de un niño con parálisis cerebral es de vital importancia la comunicación, el trabajo y el vínculo que se establezca con estos.

Los niños como C. son niños totalmente dependientes en todo contexto de su vida de un adulto, de su cuidador, de su educador, por lo que a estos también se tendrían que guiar para así poder realizar un trabajo en conjunto llegando a lograr el objetivo deseado.

En lo que respecta a las críticas o limitaciones del tratamiento de C., la autora destaca la falta de actividades más didácticas que podrían haberse aplicado para la diferenciación y aprendizaje emocional. De esta manera la adquisición de estos conceptos en la etapa inicial podría ser más rápidas y comprensibles para el niño lo cual será clave para su futura utilización a lo largo de su vida.

Por lo tanto si el tratamiento de C. continuara y tomando en cuenta el objetivo de trabajo que es el desarrollo emocional, se recomendarían más recursos de enseñanza para que C. pueda distinguir bien las emociones que ella misma señala que quiere aprender o hablar de ellas.

Como por ejemplo videos o películas que se traten sobre situaciones en donde una emoción como los "celos" pueda ser contextualizada y le ayude a saber que es sentirse celosa. El aprendizaje de esta emoción se reforzaría durante varias sesiones promoviendo su utilización en los contextos adecuados, con el fin de que C. incorpore correctamente a su repertorio emocional.

El objetivo terapéutico principal sería la enseñanza de estos conceptos y que los mismos puedan ser aplicados en diferentes contextos de la vida cotidiana y no queden limitados al ámbito en el que fueron aprendidos.

Aquí se debe resaltar que el trabajo específico del psicoterapeuta está enfocado en aspectos emocionales diferenciándose de las otras especialidades que intervienen desde el equipo interdisciplinario utilizando diferentes métodos desde los cuales se puede trabajar esto.

Como conclusión final la autora expresa que se debería tomar en cuenta que el niño con parálisis cerebral al ser tratado desde varias y tan diferentes terapias la clave para el progreso del niño será solamente el trabajo en conjunto con los otros profesionales. Por ejemplo el kinesiólogo recomendará al profesor en qué posición colocar al niño mejor o qué equipamiento será necesario para su postura; el terapeuta ocupacional por su lado podrá decir también que equipamiento será mas beneficioso para que pueda trabajar en cualquier actividad por mas pequeña que sea como al tratar de escribir una palabra con asistencia de un adulto, o por otro lado la psicóloga recomendará a los otros terapeutas qué estrategias pueden utilizar ante la demanda constante de un niño que no tolera la espera, etc. Ante esto se concluye que dentro de la vocación que cada profesional pueda tener, se sumará el compartir sus conocimientos con otros profesionales aportando al progreso y beneficio de la salud en general del niño con parálisis cerebral.

Bibliografía.

-Asociación en Defensa del Infante Neurológico. (2010, Agosto). Comunicación Aumentativa-Alternativa y Aprendizaje (6). Buenos Aires, Argentina.

-Albanesse, M. (1982). Studio della personalità di soggetti adulti p.c.i.Puntopiù. Citado en: M.-Corbella (s.f.). Tendencias Actuales de Investigación e Intervención en la Parálisis-Cerebral.

-Perspectivas,Futuras. Recuperado el 02 de Enero de 2011, de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/comun/c13.html>

-Arbea Aranguren, L. (1986). Aspectos de la personalidad en la parálisis cerebral infantil. Citado en: M. Corbella (s.f.). Tendencias Actuales de Investigación e Intervención en la ParálisisCerebral.

-Perspectivas Futuras. Recuperado el 02 de Enero de 2011 de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/comun/c13.html>

-Basil, C. (1988). Sistemas de comunicación no-vocal: clasificación y conceptos básicos. Citado en: M. Sotillo (1999). Sistemas Alternativos de Comunicación. España: Trotta.

-Bates, E. (1976). Language and Context: The Acquisition of Pragmatics. Citado en: M. Sotillo (1999). Sistemas Alternativos de Comunicación. España: Trotta.

-Bax, M. (1964). Terminology and Classification of cerebral palsy. Developmental Medicine and Child Neurology. Citado en: K. Bobath (2001). Base Neurofisiológica para el Tratamiento de la Parálisis Cerebral. Argentina: Médica Panamericana.

-Beck, J. (1995). Cognitive Therapy: Basics and beyond. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

- Bobath, K. (2001). Base Neurofisiológica para el Tratamiento de la Parálisis Cerebral. Argentina: Médica Panamericana.

-Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance.Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

-Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Argentina: Librería Akadía.

-Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

-Bruner, J. (1975). From Communication to language: a psychological perspective. Cognition. Citado en: M. Sotillo (1999). Sistemas Alternativos de Comunicación. España: Trotta.

-Cahuzac, M. (1985). El niño con Trastornos Motores de Origen Cerebral. Buenos Aires:- Panamericana.

-Camacho Salas, A., Pallás Alonso, C. R., De la Cruz Bértolo, J., De las Heras, S. & Mateos Beato,-F. (2007). Parálisis Cerebral: concepto y registros de base poblacional. Revista de Neurología, 45 (8), 503-508.

- Castro Rebolledo, R. (2006). La problemática de la comunicación en los niños con parálisis cerebral. Revista de la Facultad de Medicina, 11 (1), 7-12.

- Chávez, F. Fernández, F. & Rubio, M. (s.f.). Un sistema de telecomunicación aumentativo para personas con parálisis cerebral. Recuperado el 02 de Enero de 2011, de http://scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&q=UN+SISTEMA+DE+TELECOMUNICACION+AUMENTATIVO+PARA+PERSONAS+CON+PARALISIS+CEREBRAL++Francisco+Chavez1,+Francisco+Fernandez1,+Manuel+Rubio.&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=0

-Corbella, M. (s.f.). Tendencias Actuales de Investigación e Intervención en la Parálisis Cerebral.

-Perspectivas Futuras. Recuperado

El 02 de Enero de 2011, de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/comun/c13.html>

-Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

-Culp, D. M. (1988). PACT Partners in augmentative communication training. A resource guide for interaction facilitation training for children. Citado en: J. Pennington, J. Goldbart & J. Marshall (2007). Tratamiento del habla y el lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación de niños con parálisis cerebral. Revista Cochrane, 4, 1-31.

-Creed, T. & Kendall, P. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive behavioral treatment for anxiety in youth. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

- Fields, S., Handelsman, J., Karver, M. S. & Bickman, L. (2004). Parental and child factors that affect the therapeutic alliance. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

-Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

- García Eligio, M. T. (2004). La psicología en la atención a las personas con discapacidad. Revista Educar, 23, 355-362.

- García Coto, M. A. & Rotman M. (2010). Retraso Mental [presentación Power Point]. Buenos Aires.

-Gómez Villa, M., Díaz Carcelén, L. & Revollo Martínez, T. (s.f.). Comunicación Aumentativa y Alternativa.

Recuperado el 05 de Mayo de 2010, de <http://diversidad.cprcieza.net/pdf/UNIDAD26.pdf>

-Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

-Larguía, A., Urman J., Savransky, R., Canizzaro, C., De Luca, A. & Fayanas, C., et al. (2006). Consenso Argentino sobre Parálisis Cerebral. Rol del cuidado perinatal. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 19 (3), 120-124.

-Lorente Hurtado, I. (2007). La Parálisis Cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. Pediatría Integral, 11 (8), 687-698.

-Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010).

-Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

- Lloyd, L. L. & Karlan, G. (1984). Non-speech communication symbols and systems: Where have we been and where are we going? Journal of Mental Deficiency Research. Citado en: M. Sotillo (1999). Sistemas Alternativos de Comunicación. España: Trotta.

-Maragato Rizo, C., Vera Cuesta, H., Cepero Morejon, G., Fernández Maderos, I. & Marín

-Hernández, T. (2007). Variabilidad de la eficacia de un programa de restauración neurológica en pacientes con parálisis cerebral. Revista Mex Neuroci, 8 (2), 119-126.

-Mayer Johnson, R. (1981). The Picture Communication Symbols. Citado en: M. Sotillo (1999). Sistemas Alternativos de Comunicación. España: Trotta.

- Perez Quesada, J. M. (2004). Manejo de la ansiedad en situaciones específicas en un caso de parálisis cerebral. Recuperado el 02 de Enero de 2011, de <http://psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-86-manejo-de-la-ansiedad-en-situaciones-especificas-en-un-caso-de-paralisis-cerebra.pdf>

- Pennington L., Goldbart J. & Marshall J. (2007). Tratamiento del habla y el lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación de niños con parálisis cerebral. Revista Cochrane, 4, 1-31.

- Petheram, B. & Enderby, P. (2001). International Journal of Language and Communication Disorders. Citado en: Pennington L., Goldbart J. & Marshall J., (2007). Tratamiento del habla y el lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación de niños con parálisis cerebral. Revista Cochrane, 4, 1-31.

- Piaget, J. e Inhelder, B. (1993). Psicología del niño. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil

(2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina:

Polemos.

-Sacco, W. & Beck, A. (1995). Handbook of depression. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

-Sotillo, M. (1999). Sistemas Alternativos de Comunicación. España: Trotta.

-Shirk, S. R. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos.

- Stern, M. (2002). Child Friendly Therapy. Biopsychosocial innovations for children and families. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Argentina: Librería Akadia.

-Rivero, L. (s.f.). ECNE. Recuperado el 15 de Septiembre de 2010, de http://usuarios.multimania.es/neurofyk/docs/neurokinesio/10_ECNE.pdf

-Tamarit, J. (1989). Uso y abuso de los sistemas de comunicación. Comunicación, Lenguaje y Educación. Citado en: M. Sotillo (1999). Sistemas Alternativos de Comunicación. España: Trotta S.A.

-Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. International Journal Of Psycho-Analysis. Citado en: E. Bunge, M. Gomar & J. Mandil (2010). Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Argentina: Polemos