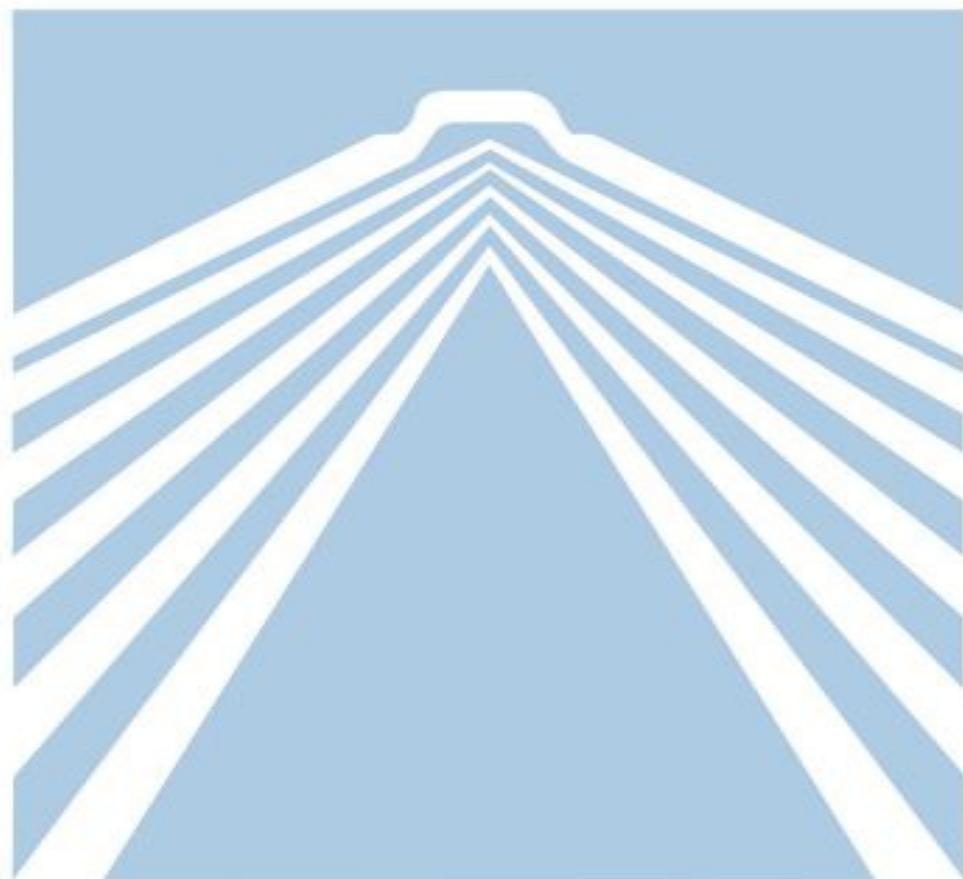


# Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes

Juan M. Ortigosa Quiles • Francisco X. Méndez Carrillo  
Antonio Riquelme Marín (Coords.)



**PIRÁMIDE**

Coordinadores

Juan. M. Ortigosa Quiles  
Francisco X. Méndez Carrillo  
Antonio Riquelme Marín

# Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes

**EDICIONES PIRÁMIDE**

# Relación de autores

Rosa Baños Rivera

Universidad de Valencia y Centro Clínico Previ, Valencia.

Cristina Botella Arbona

Universitat Jaume I, Castellón y CIBER Fisiopatología, Obesidad y Nutrición, Instituto Salud Carlos III, Girona.

Carmen Bragado-Álvarez

Universidad Complutense de Madrid.

Diana Castilla López

Universitat Jaume I, Castellón, y CIBER Fisiopatología, Obesidad y Nutrición, Instituto Salud Carlos III, Girona.

M.<sup>a</sup> Isabel Comeche Moreno

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Miguel Ángel Díaz Sibaja

Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras.

Gloria García-Banda García

Universitat de les Illes Balears.

María Paz García-Vera

Universidad Complutense de Madrid.

María González Álvarez

Clínica Universitaria de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Verónica Guillén Botella

Universitat Jaume I, Castellón, y Centro Clínico Previ, Valencia.

Ana Gutiérrez López

Centro «Clínica Moreno» de Murcia.

Cándido J. Inglés Saura

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Eva M.<sup>a</sup> León Zarceño

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Diego Macià Antón

Universidad Miguel Hernández de Elche.

**M.<sup>a</sup> Carmen Martínez-Monteagudo**  
Universidad Miguel Hernández de Elche.

**Victoria Meisel Romero**  
Universitat de les Illes Balears.

**Francisco X. Méndez Carrillo**  
Universidad de Murcia.

**Noelia Morán Rodríguez**  
Clínica Universitaria de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

**Pablo José Olivares-Olivares**  
Universidad de Murcia.

**José Olivares Rodríguez**  
Universidad de Murcia.

**Juan Manuel Ortigosa Quiles**  
Universidad de Murcia.

**José Luis Parada Navas**  
Universidad de Murcia.

**Carmen Pastor Gimeno**  
Centro de Terapia de Conducta de Valencia.

**Jacobo Picardo Tejera**  
Universitat de les Illes Balears.

**María José Quiles Sebastián**  
Universidad Miguel Hernández de Elche.

**Antonio Riquelme Marín**  
Universidad de Murcia.

**Estrella Romero Triñanes**  
Universidad de Santiago de Compostela.

**Ana Isabel Rosa-Alcázar**  
Universidad de Murcia.

**Ángel Rosa-Alcázar**  
Universidad de Murcia.

**Jesús Sanz Fernández**

Universidad Complutense de Madrid.

**Berenice Serrano Zárate**

Universitat Jaume I, Castellón, y CIBER Fisiopatología, Obesidad y Nutrición, Instituto Salud Carlos III, Girona.

**Mateu Servera Barceló**

Universitat de les Illes Balears.

**Juan Sevilla Gascó**

Centro de Terapia de Conducta de Valencia.

**Fabián Villalba Gil**

Fundación Salud Infantil de Elche.

# Índice

## Introducción

### *Parte primera. Planteamiento terapéutico*

#### 1. La relación terapéutica con el niño y el adolescente

- 1.1. Introducción
- 1.2. Variables del terapeuta
- 1.3. Variables del niño como cliente
- 1.4. La relación terapéutica
- 1.5. Algunos aspectos éticos en el trabajo con niños y adolescentes
- 1.6. Recursos
- 1.7. Referencias bibliográficas

#### 2. El papel de los padres en los tratamientos psicológicos

- 2.1. Introducción
- 2.2. La participación de los padres en el tratamiento psicológico
- 2.3. Problemas frecuentes y potenciales soluciones
- 2.4. Alcance y limitaciones
- 2.5. Recursos
- 2.6. Referencias bibliográficas

#### 3. La colaboración de los profesores y de la escuela

- 3.1. Introducción
- 3.2. ¿Por qué es necesaria la colaboración del profesor en el tratamiento de las conductas problemáticas surgidas en el contexto escolar?
- 3.3. Áreas en las que ha intervenido el profesor como coterapeuta
- 3.4. El entrenamiento a profesores
- 3.5. Algunos problemas y sus soluciones
- 3.6. Recursos
- 3.7. Referencias bibliográficas

### *Parte segunda. Procedimientos emocionales*

#### 4. Técnica de relajación muscular, respiración profunda y visualización

- 4.1. Introducción
- 4.2. Fase educativa
- 4.3. Fase de entrenamiento
- 4.4. Fase de aplicación
- 4.5. ¿Qué hacer si...?
- 4.6. Recursos
- 4.7. Referencias bibliográficas

#### 5. Exposición

- 5.1. Concepto
- 5.2. Aplicación
- 5.3. Problemas y soluciones
- 5.4. Indicaciones y contraindicaciones
- 5.5. Recursos

## 6. Educar en emociones

- 6.1. Introducción
- 6.2. La educación en emociones
- 6.3. Aplicaciones
- 6.4. Conclusión
- 6.5. Recursos
- 6.6. Referencias bibliográficas

### *Parte tercera. Procedimientos conductuales*

## 7. Control estimular

- 7.1. Antecedentes, conductas y consecuencias: el papel de los estímulos en la regulación del comportamiento
- 7.2. Instrucciones y reglas como pieza clave en el control estimular
- 7.3. Otras modalidades de control estimular
- 7.4. Recursos
- 7.5. Referencias bibliográficas

## 8. Reforzamiento positivo

- 8.1. Introducción
- 8.2. Programa de reforzamiento positivo: procedimiento
- 8.3. Técnicas basadas en el reforzamiento positivo para la adquisición de nuevas respuestas
- 8.4. Aplicaciones
- 8.5. Recursos
- 8.6. Referencias bibliográficas

## 9. Reforzamiento diferencial, extinción y castigo

- 9.1. Procedimientos para reducir conductas: consideraciones generales
- 9.2. Reforzamiento diferencial (RD)
- 9.3. Extinción
- 9.4. Procedimientos de castigo
- 9.5. Recursos
- 9.6. Referencias bibliográficas

## 10. Sistemas de organización de contingencias: economía de fichas y contrato conductual

- 10.1. Introducción
- 10.2. Economía de fichas
- 10.3. Contrato conductual
- 10.4. Referencias bibliográficas

## 11. Habilidades sociales

- 11.1. Introducción
- 11.2. Técnicas de intervención en habilidades sociales
- 11.3. Posibles problemas y soluciones
- 11.4. Indicaciones y contraindicaciones
- 11.5. Recursos
- 11.6. Referencias bibliográficas

### *Parte cuarta. Procedimientos cognitivos*

## 12. Terapia cognitiva

- 12.1. Requisitos mínimos para poder aplicar terapia cognitiva en niños y adolescentes
- 12.2. Terapia cognitiva para niños y adolescentes

- 12.3. Diez problemas habituales usando terapia cognitiva
- 12.4. Recursos

### 13. Diálogo interno y autoinstrucciones

- 13.1. Concepto
- 13.2. Procedimiento
- 13.3. Dificultades en la aplicación de la técnica
- 13.4. Indicaciones y eficacia de la técnica
- 13.5. Referencias bibliográficas

### 14. Resolución de problemas para niños y adolescentes

- 14.1. Introducción
- 14.2. Técnicas de resolución de problemas para niños pequeños
- 14.3. Técnicas de resolución de problemas para niños mayores y adolescentes
- 14.4. Bibliografía clásica
- 14.5. Recursos actuales

## *Parte quinta. Procedimientos diversos*

### 15. Cuando los cuentos son la solución

- 15.1. En el inicio todo es un cuento
- 15.2. Vamos a crear un cuento
- 15.3. Recursos

### 16. Jugando en la consulta

- 16.1. Con el juego descubrimos...
- 16.2. Cuestiones a tener en cuenta para jugar en y con la terapia
- 16.3. Los juegos que ayudan... en consulta y fuera de ella
- 16.4. Juegos para las fobias... de cualquiera
- 16.5. Recursos

### 17. Uso de las tecnologías de la información y la comunicación

- 17.1. Introducción
- 17.2. Realidad virtual (RV) y tratamientos psicológicos
- 17.3. Realidad aumentada (RA) y tratamientos psicológicos
- 17.4. Un programa de tratamiento con realidad virtual para la fobia a la oscuridad
- 17.3. Conclusión
- 17.4. Recursos
- 17.5. Referencias bibliográficas

### 18. Modelado

- 18.1. Introducción
- 18.2. Funciones del modelado
- 18.3. Las cuatro fases del modelado
- 18.4. Un ejemplo de aplicación del modelado
- 18.5. Las 16 reglas de oro del modelado
- 18.6. El terapeuta como modelo
- 18.7. ¿Qué hacer si...?
- 18.8. Recursos

### 19. El método de alarma para la enuresis

- 19.1. Introducción
- 19.2. El método de alarma
- 19.3. Posibles problemas y soluciones
- 19.4. Indicaciones y contraindicaciones

- 19.5. Recursos
- 19.6. Referencias bibliográficas

## 20. Neurofeedback como tratamiento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

- 20.1. Introducción
- 20.2. Fundamentos del neurofeedback
- 20.3. Propiedades del EEG
- 20.4. Protocolos de entrenamiento
- 20.5. Aplicación: ¿en qué consiste una sesión de tratamiento de NF?
- 20.6. Indicaciones
- 20.7. Posibles problemas y soluciones
- 20.8. Eficacia del NF en el TDAH
- 20.9. Recursos
- 20.10. Referencias bibliográficas

*Créditos*

# INTRODUCCIÓN

Permítanos el lector unos minutos para introducirle en el libro *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* que ahora tiene en sus manos. En primer lugar quisiéramos compartir los motivos por los que nos planteamos elaborar un nuevo texto.

La necesidad de escribir «otro» manual surge de la apreciación de que, a pesar de que existen en el mercado numerosos y magníficos textos generalistas y otros más específicos sobre los procedimientos terapéuticos, los manuales prácticos de intervención en niños y adolescentes no son tan frecuentes. De hecho, es fácil encontrar libros con clara orientación académica que expliquen desde los fundamentos teóricos de las técnicas hasta cómo aplicar los procedimientos terapéuticos en términos generales, y más dirigidos a la terapia con adultos, reservando en algunos casos un apartado final de adaptaciones o aplicaciones en niños y adolescentes.

El trabajo clínico con niños y adolescentes supone asumir un abordaje diferencial en una población en permanente desarrollo que tiene sus propias particularidades, dinámicas, ambientes, limitaciones y facilidades; en definitiva, unas características distintas respecto al adulto. Esto implica adaptarse en muchos sentidos: vocabulario, entorno clínico, estrategias para aplicar las técnicas, colaboración de coterapeutas o normas éticas, sin olvidarnos de un cierto grado de creatividad.

A partir de aquí nos planteamos realizar el manual con un doble objetivo: primero, explicar cómo valerse de las técnicas cognitivo-conductuales específicamente en los niños y adolescentes; y segundo, hacerlo desde una óptica lo más aplicada posible, alejada de academicismos.

El lector encontrará a lo largo del texto una narración de cómo se debe proceder a la hora de aplicar las técnicas fundamentadas en el paradigma cognitivo y/o conductual, incluyendo las posibles dificultades con las que el terapeuta puede encontrarse, a la par que las soluciones sugeridas por los autores. Cada capítulo incluye un apartado final con valiosos recursos bibliográficos, informáticos y comerciales de fácil acceso, que permitirán al lector ampliar la información aquí contenida, ya que somos conscientes de que es difícil abarcar en un único texto toda la casuística que podemos encontrar en el ámbito clínico y educativo. Eso sí, este manual no pretende ser un recetario terapéutico, sino un compendio que amplíe o implemente lo que el terapeuta posiblemente ya conozca.

El manual está estructurado en cinco partes que comprenden las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas con niños y adolescentes: planteamiento terapéutico, procedimientos emocionales, procedimientos conductuales, procedimientos cognitivos y

otros procedimientos.

La primera parte se compone de tres capítulos. El primero trata de la relación terapéutica en la clínica infantil y adolescente, las habilidades terapéuticas y las variables del niño/adolescente que se deben tener en cuenta en esta relación y los aspectos éticos más importantes. Los dos capítulos siguientes se centran en la importancia de los padres dentro de los programas de entrenamiento/tratamiento y en la colaboración de los profesores en el tratamiento psicológico. Sabemos que la contribución de padres y profesores como coterapeutas es una pieza esencial en el tratamiento psicológico en la infancia y la adolescencia.

La segunda parte, dedicada a los procedimientos emocionales, también está compuesta por tres capítulos. En primer lugar se presenta una propuesta de relajación muscular, respiración profunda y visualización; a continuación seguiremos con la explicación de cómo aplicar la exposición a través de diversos formatos, y terminaremos con la educación en emociones.

La tercera parte se centra en los procedimientos conductuales con cinco capítulos sobre control estímular, reforzamiento positivo, reforzamiento diferencial, extinción y castigo, los sistemas de organización de contingencias (economía de fichas y contrato conductual) y el entrenamiento en habilidades sociales.

La cuarta parte se destina a los procedimientos cognitivos. Aquí se incluyen tres capítulos que se centran en la a menudo difícil terapia cognitiva en niños, el diálogo interno y las autoinstrucciones, y la resolución de problemas.

Dedicamos la última parte a diversos procedimientos de interés para la clínica infantil y adolescente, algunos que podemos denominar clásicos y otros de carácter novedoso, pero en ambos casos de clara relevancia para el tratamiento. Aquí se aborda la implementación de los cuentos, el juego, la realidad virtual y el modelado en la práctica clínica, así como las técnicas de la alarma para la enuresis funcional y el neurofeedback para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El manual lo hemos escrito pensando tanto en los psicólogos que en la actualidad atienden a niños y adolescentes como en otros profesionales de la salud interesados en este campo. Asimismo, esperamos que también sea de utilidad para los alumnos de grado y máster que entre sus intereses se encuentren la formación y futura dedicación a la psicología clínica en la infancia y la adolescencia.

Es importante destacar que el lector encontrará escasas referencias al apoyo empírico a estos procedimientos. Comprenderá que no es porque no existan, sino todo lo contrario. Partimos del conocimiento y la certeza de que todos ellos han recibido el suficiente contraste aplicado y experimental mediante las diversas estrategias metodológicas al uso para esta cuestión.

Quisiéremos terminar esta breve introducción con un deseo y dos agradecimientos. El deseo de que este manual le sirva al lector para manejar los problemas propios de estas edades, agradeciéndole que a partir de hoy cuente con este texto en su biblioteca de

manuales prácticos. Y, por último, queremos agradecer a todos los autores su amable y decidida participación, poniendo su experiencia y conocimiento al servicio de una idea que hoy ya es una realidad.

Parte primera

# **Planteamiento terapéutico**

# 1. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

ANTONIO RIQUELME MARÍN, JUAN MANUEL ORTIGOSA QUILES Y FRANCISCO  
X. MÉNDEZ CARRILLO

## EL NIÑO A LA BÚSQUEDA DE UN LUGAR MEJOR

*«Estoy en un lugar en el que no me encuentro bien, quiero marcharme, pero no sé donde. Ni idea. ¿A un sitio alejado? No sé muy bien a dónde ir, y si lo supiera, ¿cómo puedo llegar?».*

*«Si este lugar no es el adecuado para mí, puedo decir que me encuentro mal y que necesito un cambio. ¿Pero cómo? Si no me siento con la capacidad para realizar este cambio, puedo decir que necesito ayuda, pero ¿de quién? Si la dificultad en la que me encuentro es compleja y no es suficiente la ayuda de las personas con las que mantengo una relación estrecha, podré decir que necesito algo más que buenas intenciones, necesito un apoyo especializado».*

*«Pero, ¡soy un niño! No sé cómo se llama lo que me ocurre. Sólo sé que no me encuentro bien, y que esto comienza a reflejarse en lo que digo y lo que hago. Mis padres y mi profesora se fijan en mí porque algo ha cambiado —y no les gusta—, pero lo que hacen o dicen no me sirve del todo. En ocasiones actúan acertadamente, pero en otras se equivocan. Su forma de abordar mis problemas cambia de un día a otro, y encima se contradicen entre ellos o, lo que es peor, se contradicen a sí mismos de un momento a otro. Y ahora, por si fuera poco, me llevan a ver a alguien que no conozco: ¿Será ésta la persona que va a resolver eso que no sé ni qué es? ¿Es un nuevo monstruo? ¿Qué he hecho mal? ¿Quién es esta persona? ¿Qué es un psicólogo/a? En mi colegio hay una que se llama María...».*

## 1.1. INTRODUCCIÓN

Sirva el relato anterior para explicar qué puede ocurrirle a un niño cuyos padres desorientados o sobrepasados nos solicitan una cita a través del teléfono o directamente pulsan el timbre de nuestra consulta.

Ya en la primera cita, durante la entrevista inicial con los padres, vemos que, ante el mismo problema, un padre le concede más importancia que el otro, que uno de ellos cree que tiene muy claro lo que hay que hacer, pero el otro no está tan seguro de las cosas. Ciertamente, se trata de un tema que les preocupa, y por eso buscan ayuda profesional. Incluso esta situación puede ir más allá del niño, y relacionarse, de una u otra forma, con problemas maritales y/o confusiones personales: *«¿Qué será lo que no estamos haciendo bien?; yo creo que hago lo correcto, pero él/ella es demasiado crítico/a o protector/a; con sus hermanos hacemos lo mismo y no pasa esto. De mayor, ¿será como la hermana de su madre? Desde luego, a mí no se parece en esto. Ni a mí ni a nadie de mi familia, ¡por supuesto!».*

Volviendo al relato del principio, por ahora dejaremos de lado cuál es el mejor camino para llegar de un lugar (situación que requiere intervención) a otro (situación deseable o meta terapéutica), y nos centraremos en cuáles son las características deseables de un buen conductor (terapeuta), que se responsabiliza del vehículo (terapia) en el cual se espera que el pasajero (niño y/o padres) pueda realizar el trayecto de la mejor forma posible (véase figura 1.1). A fin de cuentas, la terapia, como la vida misma, es movimiento, sólo que en este caso se trata de un proceso de cambio que no se produce de manera espontánea, sino que requiere de unas condiciones y de una actuación específica.



Figura 1.1. El terapeuta conduce un vehículo matrícula «Terapia» hacia el éxito terapéutico, acompañado del niño/adolescente y sus padres.

Si bien sabemos, a través de la práctica clínica y la evidencia empírica, que unos procedimientos o protocolos de actuación son más adecuados que otros para el tratamiento de problemas específicos, dichos procedimientos los administra una persona que tiene el papel de terapeuta. Además, no se aplican directamente sobre un trastorno o alteración de forma fría y mecánica, sino que se actúa sobre un niño que tiene un problema.

## 1.2. VARIABLES DEL TERAPEUTA

El terapeuta es uno de los vértices que conforman el triángulo terapéutico sobre el que se trabaja, junto con el niño y su entorno (véase figura 1.2). Además de la acertada elección de las estrategias de intervención, las características del terapeuta constituyen un elemento esencial de cara a alcanzar el éxito terapéutico, tanto por aplicar correctamente las técnicas de modificación como por poseer las características de un buen terapeuta.

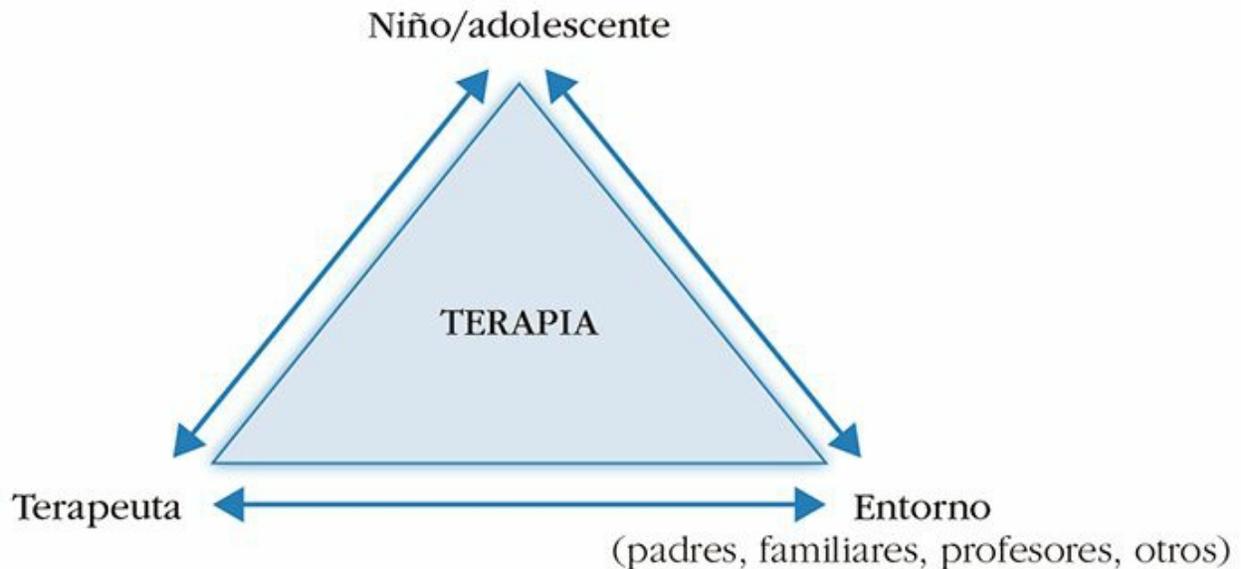


Figura 1.2. Principales agentes que se relacionan durante la terapia con niños y adolescentes.

### 1.2.1. Características del terapeuta

#### 1.2.1.1. Interés sincero

Es esencial mantener viva la curiosidad por comprender el comportamiento humano y por la persona que presenta un problema que es digno de atención clínica. No nos conformaremos con «encajar» el problema en el contexto de un marco teórico y, por tanto, no nos sentiremos satisfechos únicamente por disponer de una explicación respecto al mismo. Nuestra curiosidad como clínicos es muy loable, pero recuerde que trabajamos directamente con las personas antes que con los problemas. El «caso» no se resuelve cuando creemos entenderlo. Una cosa son los objetivos científicos y otra las metas aplicadas. El «caso» se resuelve cuando se alcanzan unos objetivos terapéuticos consensuados y adecuados. Nuestro paciente no está ahí para que nosotros entendamos su problema y elevemos nuestra autoestima en función de una relación asimétrica en la que nos sintamos importantes (este peligro puede ser aún mayor cuando nos estamos relacionando con niños). El terapeuta justifica su valor en la ecuación terapéutica en tanto

que es un medio efectivo de ayuda para el cambio.

#### 1.2.1.2. Proximidad

La proximidad y la calidez humana que seamos capaces de transmitir serán especialmente importantes en el trabajo con niños. El niño ha de sentirse cómodo con nosotros. ¿Cómo podemos pretender que el niño se sincere, que sea natural o que pueda beneficiarse de cualquier tarea que podamos proponer en nuestra presencia si no se siente cómodo a nuestro lado? Será importante dedicar el tiempo necesario para establecer una buena relación terapéutica, dado que buena parte del proceso terapéutico se va a establecer a través de ella o, como mínimo, a partir de ella.

#### 1.2.1.3. Autoconocimiento

Deberemos ser conscientes y consecuentes con nuestras fortalezas y limitaciones como terapeutas: cómo somos, cuáles de estas características nos ayudan y cómo podemos sacarles partido.

Por ejemplo, el tener una imagen seria y adusta nos puede servir para establecer límites en el proceso terapéutico, pero a la vez puede suponer un problema para establecer una buena relación terapéutica con un adolescente rebelde. Quizá necesitemos desarrollar una mayor capacidad para emplear el humor o para sostener situaciones que nos resulten incómodas. Puede ocurrir también que tendamos a facilitar los problemas al otro y no le demos la oportunidad de poder enfrentarse a ellos. En cualquier caso, deberemos ser conscientes de cómo nuestras características pueden afectar al proceso de la terapia, para actuar en consecuencia. Esto nos lleva a plantear la conveniencia de la autorregulación.

#### 1.2.1.4. Autorregulación

La autorregulación se efectuará si existe un buen autoconocimiento y autoobservación durante el desempeño del proceso terapéutico. Fundamentalmente debemos tomar conciencia de qué cosas están ocurriendo en nosotros durante la terapia, a fin de evitar que interfieran en nuestra labor, o incluso emplearlas como fuente de información para la misma. Se trata de fijar la atención en nosotros, en las personas con las que estamos trabajando y en la tarea que se está desarrollando, a la par que velar porque aquello que se está realizando esté orientado a los objetivos propuestos y no dejar que tome un giro en el que responda a nuestras propias necesidades (véase cuadro 1.1).

CUADRO 1.1  
Ejemplos de autorregulación

- ⇒ *Estamos jugando con el niño y esta dinámica se revela eficaz para nuestros propósitos, pero nos sentimos ridículos y tendemos a volver a la rigidez de nuestro «rol profesional».*
- ⇒ *Estamos trabajando determinados aspectos del problema que presenta nuestro paciente, pero centramos especialmente nuestra atención o enfatizamos en exceso determinados elementos en la medida en la que encuentran especial eco en nuestra propia experiencia.*
- ⇒ *Proponemos una tarea al niño para que aprenda a desarrollarla, pero nuestro afán protector no le permite que pueda enfrentarse a ella en el entorno controlado de la terapia.*
- ⇒ *Asistimos al desacuerdo entre los padres, pero nuestra necesidad conciliadora no permite que se expresen de forma espontánea los desencuentros de manera que podamos realizar una evaluación conductual in vivo, y eso nos resta una posibilidad que puede tener un valor incalculable.*
- ⇒ *Asistimos a una interacción del niño con sus padres, pero en la transmisión de la información a estos últimos nuestra necesidad de aprobación nos impide proporcionar un feedback adecuado.*

Además, las impresiones subjetivas y nuestras propias reacciones emocionales en la interacción con el niño pueden constituir una fuente de información especialmente valiosa sobre la evolución del proceso y de la propia relación terapéutica.

### 1.2.1.5. Humor

El humor constituye un recurso terapéutico que a veces es empleado de forma natural en la vida cotidiana para desdramatizar situaciones o aliviar la tensión contenida. En el contexto de la terapia, el humor puede ser empleado de múltiples formas a través de estrategias específicas para su aplicación en los más diversos problemas emocionales o de salud. Sin embargo, cuando aludimos al humor como característica del terapeuta nos referimos a una disposición personal que puede ayudar a favorecer la cercanía con el niño y a aliviar tensiones, facilitando el transcurrir de las distintas etapas de la labor terapéutica.

### 1.2.1.6. Conocimientos específicos sobre el área de trabajo

Como señala Moreno (2002), el terapeuta de conducta para la infancia y la adolescencia debe disponer de una formación psicológica sólida, en tanto que necesita, junto a la disposición de destrezas procedimentales, un conocimiento suficiente sobre los problemas específicos de la clínica infantil o sobre las características diferenciadoras que se dan en los niños cuando se trata de problemas más generales (véase cuadro 1.2).

CUADRO 1.2  
Conocimientos que debe poseer un terapeuta infantil

<b>TERAPIA DE CONDUCTA</b>	Tanto en lo concerniente a la fundamentación conceptual como a la metodología y técnicas de intervención.
<b>PSICOPATOLOGÍA</b>	Debido a que en este ámbito al que hacemos referencia existen especificidades en

<b>Y PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL</b>	relación a patologías que también están presentes en otros momentos del desarrollo, pero además nos vamos a encontrar con trastornos específicos o de inicio durante la infancia, niñez y/o adolescencia.
<b>PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO</b>	El terapeuta dedicado a trabajar con niños debe disponer de una buena base en relación a la psicología evolutiva, dado que en determinados casos se podrá hablar o no de patología en función del desarrollo evolutivo del niño, aparte de que será necesario conocer las características propias del desarrollo para el diseño e implementación de programas de tratamiento, en caso de que se considerara necesario.
<b>PSICOPATOLOGÍA GENERAL</b>	Tanto en lo referente a psicopatología de los procesos básicos, para poder realizar un psicopatograma y de esta forma establecer el cuadro clínico específico de nuestro paciente, de forma previa al análisis funcional, como a nivel de psicopatología clínica.
<b>TERAPIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR</b>	Dado que trabajar con el niño implica necesariamente hacerlo con su familia, ya sea porque necesitemos de los adultos como coterapeutas, o porque difícilmente se puedan alcanzar progresos relevantes si no se trabaja también con los padres y/o con el propio sistema familiar.

### 1.2.1.7. Respeto

El respeto debe presidir nuestra forma de actuación, tanto por cuestiones éticas como por la consideración positiva del niño. Esta consideración positiva se sustenta en que si bien el niño presenta alguna dificultad (motivo de consulta), también dispone de fortalezas. Desde este punto de vista, hay que ser conscientes de que el niño dispone de importantes recursos, y precisamente nuestra tarea consiste en ayudarlo a desarrollar los recursos para poder alcanzar mayores cotas de bienestar. Parte de nuestro trabajo será precisamente ayudarlo a recuperar la autonomía que le corresponde según su momento de desarrollo.

### 1.2.1.8. Experiencia vital

Una amplia experiencia vital es una característica propia del perfil ideal del buen terapeuta. Ya sea a través de las vivencias directas o vicarias, la experiencia de vida constituye un recurso muy útil para la comprensión de distintas situaciones. No obstante, en ocasiones será conveniente vigilar que las propias experiencias vitales no interfieran con la labor clínica (v.g.: problemas con los propios hijos o en la relación marital relacionados con las dificultades del paciente).

### 1.2.1.9. Flexibilidad

En nuestra labor debemos recordar que nuestros conocimientos, y los modelos de representación de la realidad de los que disponemos, deben estar al servicio de la

explicación de los problemas de nuestro paciente y no al revés. Se trata de usar nuestros conocimientos y habilidades para averiguar qué realidad es la que tenemos delante y cómo se ha conformado.

Desde la terapia de conducta se trabaja con un enfoque fenomenológico en el que primará una descripción inicial de las circunstancias y hechos objetivables, seguida de una explicación de la realidad a través del análisis funcional de la conducta, fundamento de la posterior planificación del programa de intervención.

#### 1.2.1.10. Seguridad en uno mismo

La seguridad en uno mismo se fundamenta en el conocimiento que el terapeuta tiene de sus propias capacidades y limitaciones, y de la cota de responsabilidad que asumirá en el proceso terapéutico. A ello se une una confianza razonable en las posibilidades del paciente y su entorno y en las bondades del propio proceso. Si en el terapeuta escasea esa confianza, difícilmente se generarán las expectativas positivas de cambio en nuestro paciente.

### 1.2.2. Actitudes básicas

#### 1.2.2.1. Empatía

La empatía suele describirse como «ponerse en el lugar del otro». Sin embargo, empatizar es algo más, porque si nos ponemos en su lugar, pero lo hacemos desde nuestra configuración como personas y desde nuestra experiencia vital y visión del mundo, ciertamente podemos estar ocupando su asiento, pero lo hacemos con nuestro equipaje. Si, como es el caso, trabajamos con adolescentes o con niños, ¿cómo vamos a entender qué les ocurre y cómo se sienten si intentamos ponernos en su lugar, pero con la perspectiva de la edad y los recursos que tenemos en tanto que adultos? Ponernos en el lugar del otro, por tanto, es insuficiente.

La empatía tiene que ver con hacernos eco de la vivencia del niño, convirtiéndonos en la caja de resonancia de sus emociones. Se trata de acceder a la subjetividad de la persona con la que estamos trabajando. Lo demás no es entenderle, sino intentar entenderle o incluso explicar su comportamiento de manera objetiva, pero sin alcanzar una verdadera comprensión sobre lo que le ocurre a nuestro paciente.

Empatía no es sinónimo de simpatía, pues ésta supone una inclinación afectiva a favor de alguien. Mediante la simpatía valoramos de modo sesgado todo lo relativo al niño, lo que nos impedirá una visión realista del problema.

Luis no entendía qué quería decir su amigo Pablo cuando le explicaba que la ropa que llevaba no le gustaba porque le quedaba estrecha y pequeña. Además, el número de sus zapatos era inapropiado, le quedaban grandes y los pies le bailaban. Luis le decía que sí a todo, pero no le comprendía hasta que un día amaneció vestido con la ropa de su amigo. Fue entonces cuando Luis empezó a comprender lo que es llevar ropas estrechas y un calzado enorme. Estaba incómodo y tenía ganas de quitárselo todo, porque se sentía disgustado y ridículo. Y todavía fue más consciente cuando despertó de su pesadilla y pudo vestirse con su ropa. Nuevamente estaba a gusto. Desde ese día comprendió qué se siente cuando llevas ropas que no se ajustan bien al cuerpo.

### 1.2.2.2. Aceptación incondicional

Como es sabido, el término aceptación incondicional no proviene propiamente de la terapia de conducta, pero puede continuar siendo útil en este contexto si es entendido adecuadamente. El punto de partida para la aplicación de este concepto es la consideración de que cuando el niño se aleja de su verdadera identidad para intentar convertirse en aquello que cree que se espera de él, está iniciando un viaje que le aleja de la salud. Ese es el comienzo de la «enajenación» —convertirse en algo ajeno— o «alienación» —convertirse en algo distinto, como un personaje que le distancia de sí mismo—, esperando ser aceptado por criterios externos (padres, figuras de autoridad o valoración de los demás). Se entiende, por tanto, que si el niño se siente aceptado tal y como realmente es, no experimentará la necesidad de «convertirse» en alguien distinto.

Llevado a la relación terapéutica con el niño, es importante conseguir que nuestro pequeño paciente se sienta respetado y, por supuesto, aceptado por nosotros.

Como terapeutas apoyaremos a nuestro paciente, pero, ¡cuidado!, sin aceptar comportamientos dañinos para él o su entorno, o patrones de pensamiento disfuncionales. Una idea ingenua o dañina no es aceptable como tal, y sus consecuencias tampoco, aunque sí debemos respetar las razones que puedan llevar a distorsionar esa realidad. Por tanto, se trata de que nuestro paciente se sienta aceptado y pueda sentirse seguro en su autenticidad, pero la incondicionalidad de dicha aceptación tiene que ver con él como persona, no con sus comportamientos o con su pensamiento si éstos son de alguna forma inadecuados o nocivos.

### 1.2.2.3. Autenticidad

La autenticidad implica sinceridad, ser uno mismo. Dicho de otra forma, implica honestidad. Fundamentalmente, se trata de ofrecer lo que se pide. Afortunadamente, los niños suelen ser pacientes muy sinceros. Precisamente, del paciente se solicita siempre la máxima franqueza, en parte para que tome conciencia de lo que está diciendo.

Sin embargo, será importante tener en cuenta que la sinceridad debe ser aplicada con tacto y sentido común. Puede que todas las informaciones no sean adecuadas para el paciente, al menos durante determinados momentos del tratamiento. Es importante saber que la espontaneidad no implica ineludiblemente verbalizar cualquier pensamiento o

sentimiento al niño (en especial los negativos). Antes de señalar algo, nos plantearemos en qué medida beneficia al niño.

La autenticidad, expresada por ejemplo a través de autorrevelaciones, puede favorecer una buena relación terapéutica e incrementar la satisfacción con el terapeuta, así como las posibilidades de éxito.

#### 1.2.2.4. Compromiso

El compromiso supone implicación; se trata de una actitud que debemos ofrecer y el paciente/cliente solicitar. No obstante, es importante no confundirlo con adoptar responsabilidades que no son propias. El terapeuta aportará sus conocimientos, destrezas, habilidades y esfuerzo, además de disponer de los recursos de nuestra disciplina, pero la responsabilidad sobre la propia vida es del paciente y de sus padres o tutores legales. En este caso, a pesar de que el paciente es menor de edad, debemos pedir también el compromiso e implicación que su desarrollo le permita, y, por supuesto, el de los padres y otras figuras significativas en el ámbito familiar y educativo del niño o adolescente.

### 1.2.3. Habilidades terapéuticas básicas

#### 1.2.3.1. Habilidades de comunicación

##### *1.2.3.1.1. Manejo de distinto tipo de preguntas*

A la recepción, lo más habitual será comenzar realizando preguntas muy abiertas (e incluso alejadas de la temática principal), dando así posibilidad al niño de proporcionarnos información que en un principio no habíamos contemplado, pero permitiéndole que pueda ir tomando confianza y seguridad con nosotros y con la situación. En este sentido, crear un ambiente amable y lúdico como marco para el acceso al paciente será un recurso de utilidad.

Al avanzar en el trabajo, las preguntas serán más precisas, a fin de acceder a aspectos específicos. En ocasiones, preguntas especialmente concretas pueden ayudar a que el paciente señale algún aspecto que le resulta difícil expresar, como puede ser el caso de cuando hay algún tipo de temor, culpa y/o vergüenza.

Del mismo modo, es posible combinar ambos tipos de preguntas. En este sentido, las preguntas cerradas serán adecuadas para determinados fines, pero pueden ser excesivamente directivas en casos como el del «buen niño» que tiende a responder pensando en la percepción y las expectativas que podemos tener del él.

##### *1.2.3.1.2. Habilidades de escucha activa*

i) Recibir adecuadamente el mensaje.

Para recibir adecuadamente el mensaje será necesario atender al lenguaje verbal y no verbal del niño. En caso de que podamos detectar algún indicio de contradicción, será interesante intentar averiguar los motivos. Especialmente en el caso de los niños, se puede tender a dulcificar o sesgar la información, o incluso transformarla o negarla por el temor a la desaprobación. Por tanto, será importante atender al lenguaje no verbal (v.g.: expresiones de la cara, gestos, movimiento o posiciones corporales), dado que constituye una segunda fuente de información útil para contrastar lo que se nos dice y nos aporta indicadores relevantes sobre cómo se encuentra el niño.

También resulta útil atender a los elementos paraverbales: volumen, cambios de entonación, intensidad de la emisión verbal, velocidad, latencia de la respuesta o fluidez.

ii) Procesar adecuadamente la información recibida.

Procesar la información implica valorar la información mientras se recibe, con el fin de discriminar y seleccionar lo relevante sobre lo irrelevante o accesorio. Es importante emplear la autoobservación y la autorregulación para evitar las profecías autocumplidas.

iii) Mostrar que se está atendiendo mediante respuestas-indicio de escucha.

Como señalan Bados y García (2011), son muchos los obstáculos que pueden dificultar el desarrollo de una escucha activa eficaz (falta de interés sincero, enjuiciar los mensajes del cliente, reacciones emocionales del terapeuta, dificultad para abstraernos de nuestras propias preocupaciones, adherirnos firmemente a hipótesis preconcebidas y tener solamente oídos para aquello que las confirma, entre otros). Ante estos riesgos, una medida especialmente útil puede ser centrar de forma plena nuestra atención en el niño como consecuencia de un interés sincero. Para ello, cuidaremos que nuestro interlocutor se dé cuenta de que atendemos a lo que nos dice (contacto ocular, gestos de interés, verbalizaciones de seguimiento, etc.) (véase cuadro 1.3).

CUADRO 1.3  
Otras habilidades y estrategias útiles en la comunicación

<b>CLARIFICACIÓN</b>	Mostrar aquello que se nos acaba de decir, limpiándolo del resto de detalles irrelevantes para que aquello que se hace obvio al que escucha resulte también evidente para quien proporciona la información.
<b>PARAFRASEAR</b>	Repetir las frases del niño para hacer hincapié en determinados aspectos, que de esta forma quedan disponibles para profundizar en ellos y conocer sus implicaciones.
<b>REFLEJO</b>	Actuar a modo de espejo para que el niño pueda verse reflejado en él. Es útil para la toma de conciencia de emociones o reacciones no deseadas (vergüenza, miedo,

<b>SÍNTESIS</b>	<p>envidia, rabia, etc.).</p> <p>Realizar una síntesis o pedirle al niño que resuma lo que nos ha estado contando puede ser de especial interés para que constatemos hasta qué punto existe una comprensión adecuada del contenido de las áreas sobre las que se ha estado trabajando.</p>
<b>TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<p>La transmisión de información ha de realizarse de manera adecuada, tanto en lo que se refiere a su conveniencia u oportunidad como en relación a la forma en la que se proporciona y la adaptación del lenguaje al nivel de comprensión de nuestro interlocutor.</p>
<b>CONFRONTACIÓN</b>	<p>Enfrentar al niño a ciertas contradicciones que hemos podido constatar.</p>

### 1.2.3.2. Habilidades y destrezas conceptuales y metodológicas

#### 1.2.3.2.1. Destrezas para aplicar conocimientos

Se trata de la habilidad para manejar la formación teórica y práctica sobre los problemas de conducta en el ámbito de la psicología clínica infantil. Será necesario que el terapeuta pueda apoyarse en su formación aplicada para entender el caso específico que está trabajando.

#### 1.2.3.2.2. Habilidades para la observación y evaluación

Como señala Gavino (2002), estas habilidades están relacionadas con el conocimiento de los métodos empleados para obtener información del comportamiento infantil. Será preciso disponer de la destreza para poder emplearlos adecuadamente dentro del proceso de evaluación y modificación de la conducta. Entre los principales recursos de evaluación encontramos el conocimiento de cuestionarios, escalas de evaluación y observación conductual.

#### 1.2.3.2.3. Capacidad para diseñar y aplicar programas específicos

El terapeuta de conducta no es un mero aplicador de paquetes estandarizados de evaluación y/o de protocolos de intervención. Por el contrario, es un profesional de la salud cuya forma de trabajo le lleva a realizar una evaluación específica del problema, para posteriormente poder diseñar un programa de intervención en el que se seleccionarán las técnicas de tratamiento y su forma de aplicación en función de los datos proporcionados por el análisis funcional de la conducta.

#### 1.2.3.2.4. Habilidades para el entrenamiento de coterapeutas

Es importante la capacidad para formar a los padres o profesores como coterapeutas o paraprofesionales de apoyo en los contextos donde se presenta el problema del niño. En el caso de la terapia de conducta en la infancia, la participación de los padres y otros

educadores en el proceso del tratamiento resulta de vital importancia, dado que será necesario poder actuar sobre las conductas problema allí donde se presentan de manera contingente en función del programa de tratamiento.

## **1.3. VARIABLES DEL NIÑO COMO CLIENTE**

### **1.3.1. Características del momento de desarrollo**

La necesidad de tener en cuenta el momento de desarrollo en el trabajo terapéutico en la infancia es tan notorio y evidente que puede establecer las características de la patología e incluso determinar si ciertos comportamientos específicos son o no patológicos. Será preciso apoyarse en unos amplios conocimientos en psicología del desarrollo y en psicopatología general e infantil.

La psicopatología en la infancia nos mostrará cómo determinadas conductas problemáticas durante la infancia pueden o bien remitir con el paso del tiempo (berrinches u otras conductas relacionadas con la llamada de atención) o bien incrementarse (comportamientos impulsivos, agresivos y/o disociales).

### **1.3.2. Especificidad de determinado tipo de problemas**

Achenbach (1993) clasifica los comportamientos problemáticos infantiles en externalizantes o problemas de infracontrol (rebeldía, comportamiento desobediente o conductas disruptivas, como aquéllas relacionadas con la hiperactividad), e internalizantes o problemas de sobrecontrol (regulación emocional, tales como los miedos, la tristeza o el aislamiento). Curiosamente, la mayor parte de los motivos de consulta en la clínica infantil tiene que ver con los problemas externalizantes, caracterizados por ser más molestos para el adulto, mientras que los problemas internalizantes quedan en un segundo plano aun cuando implican un mayor padecimiento subjetivo por parte del niño.

### **1.3.3. Características específicas de tratamiento**

Durante la niñez, lo más habitual es que se trabaje mediante el entrenamiento a padres (véase capítulo 2), particularmente mediante el empleo de técnicas basadas en el reforzamiento o la extinción. Durante la infancia media adquiere mayor relevancia el trabajo con los iguales, o la utilización de entrenamiento en habilidades sociales. Finalmente, en la adolescencia se emplean en mayor medida técnicas relacionadas con la terapia cognitiva (v.g.: resolución de problemas) o interpersonales (v.g.: procedimientos para la comunicación padres-hijos).

En cualquier caso, cuanto menor sea la edad de nuestro paciente más activa será la

participación de coterapeutas y en mayor medida será necesaria la participación de paraprofesionales

#### **1.3.4. Escasa autonomía para detectar problemas y buscar ayuda**

Una de las características que va a distinguir al niño como paciente va a ser su escasa autonomía para la toma de conciencia de problemas personales y la búsqueda de ayuda. Sin embargo, a veces, cuando el niño tiene conciencia de tener alguna dificultad, como por ejemplo problemas de relación en clase, puede tender a esconder dichas dificultades ante el temor a ser culpado o a ser valorado negativamente por dichos problemas, o por la vergüenza que puedan producirle las dificultades que experimenta. Todo esto puede llevar a que, finalmente, cuando el adulto busca ayuda es porque las dificultades iniciales del niño han cobrado expresión en determinados problemas de conducta más notorios, tras un tiempo importante de malestar y de consolidación de las dificultades.

Por otra parte, a menudo las quejas que se plantean en la consulta tienen más que ver con las dificultades que a los adultos les causa el problema del niño que con los problemas en sí.

#### **1.3.5. Posible falta de motivación e interés por la actuación terapéutica**

Cuando el niño no pide ayuda voluntariamente por sí mismo, o no tiene conciencia de necesitarla, nos encontramos con una situación que puede dificultar que muestre una motivación y un interés adecuado por las actuaciones terapéuticas. En estos casos puede ser conveniente conseguir la participación y el interés del niño, aunque sea de forma extrínseca, a través de la utilización de tareas que puedan resultar más atractivas para su edad (juego, dibujo, *role-playing*) y de reforzadores capaces de incrementar la adherencia a las tareas y la aceptación del entorno terapéutico.

### **1.4. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

#### **1.4.1. El poder de la relación terapéutica**

En la actualidad, y con relativa independencia del marco teórico desde el que se trabaje, los estudios realizados sobre la práctica clínica basada en la evidencia nos vienen a indicar que existen determinadas variables tanto en relación al terapeuta como al cliente o la relación entre ambos, que van a incidir de manera relevante en el desarrollo del tratamiento y en el logro de las metas terapéuticas, al margen del tipo de técnicas empleadas. En este sentido, como indica Moreno (2012), se ha investigado la importancia de variables del terapeuta, tales como la cordialidad, el contacto físico, la

experiencia o la empatía. Desde el punto de vista del niño, se ha investigado sobre la importancia de sus expectativas, el funcionamiento prosocial, la edad, el nivel de desarrollo evolutivo, la motivación hacia el tratamiento o el tipo de problemas, manifestando la relevancia de tener en cuenta estas variables y de cuidar el contexto que envuelve al tratamiento, que no es otro que la relación establecida con el niño.

## **1.4.2. La alianza terapéutica**

La alianza terapéutica tiene que ver con la convergencia de esfuerzos entre el terapeuta y el paciente para que el proceso de tratamiento llegue a buen puerto. Generalmente, se suelen distinguir tres componentes al hablar de la alianza terapéutica: las metas, las tareas y el vínculo terapéutico.

### **1.4.2.1. Las metas**

Se trata de los objetivos terapéuticos que se marcan al comienzo del proceso bajo el principio de beneficencia. Dichos objetivos han de ser realistas, pues supondrán el criterio de resolución del problema planteado. En el trabajo terapéutico durante la infancia, estas metas serán consensuadas con los padres o tutores del niño, pero, además, se plantearán al niño, constatando que son también deseadas por él. En la medida que sea así, debemos intentar obtener el compromiso del niño, buscando la forma de motivarle.

### **1.4.2.2. Las tareas**

Las tareas constituyen el camino para alcanzar las metas. Para que exista una adecuada alianza terapéutica, el niño debe pretender alcanzar las metas. Será importante que le expliquemos de manera adaptada a su nivel de comprensión qué tipo de tareas son las que se van a proponer, y aclarando que dichas tareas no son una forma de castigo, sino el camino que recorrerá para conseguir objetivos, que debe sentir como propios.

### **1.4.2.3. El vínculo terapéutico**

El vínculo representa la fuerza y la naturaleza de la relación que se establece en la terapia. Un vínculo fuerte será un buen antídoto contra el abandono. En los niños, comúnmente el abandono se puede plasmar más en una actitud de renuncia que en un comportamiento, dado que suele recaer en los padres la decisión sobre la continuidad con el trabajo, en la medida en la que puedan percibir sus frutos.

El vínculo establecido en la relación terapéutica hace referencia a aspectos como la confianza, la aceptación o la confidencialidad, señalándose, además, la reciprocidad en el

ejercicio de estos conceptos. Cuando llegamos al niño ya hemos recibido la confianza de sus padres, pero ahora debemos trabajar nuestra relación con él para que nos abra sus puertas y ganarnos su aprobación. No basta con ser el profesional que buscaron los padres, debemos convertirnos en el psicólogo/a que ha sido aceptado por el niño.

### **1.4.3. El papel del terapeuta**

Un aspecto fundamental de la relación terapéutica será el respeto al marco de la terapia. Para ello se delimitarán correctamente los distintos roles, y especialmente en el contexto de la relación terapéutica con el niño será importante que quede bien definido el papel del terapeuta.

#### **1.4.3.1. Diferencia con la amistad (algo más que un amigo grande)**

Si bien la relación terapeuta-niño será amistosa, es importante no confundirla con una relación de amistad. En este sentido, Kanfer y Goldstein (1991) describen tres características que diferencian muy bien ambos conceptos: unilateralidad, formalismo y limitación temporal.

##### *1.4.3.1.1. Las relaciones terapéuticas son unilaterales*

En la relación terapeuta-niño los únicos aspectos relevantes son los relacionados con el problema del paciente, pues tiene sentido únicamente en tanto que está dirigida a solucionar dicho problema. Las características del terapeuta sólo son importantes en la relación terapéutica en la medida en que faciliten o dificulten el proceso terapéutico.

##### *1.4.3.1.2. Las relaciones terapéuticas son formales*

La relación terapeuta-niño se da en un marco estructurado, con unos tiempos y lugares específicos. La relación no es un fin en sí misma, sino un medio para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos.

##### *1.4.3.1.3. Las relaciones terapéuticas son limitadas en el tiempo*

El destino de una relación terapéutica es su desaparición cuando deje de ser necesaria. Se trata de una relación humana en un marco profesional. Cuando el terapeuta se limita a desempeñar su papel, su presencia en la vida del paciente deja de tener sentido una vez alcanzados los objetivos propuestos. El papel del terapeuta es el de ayudar al paciente a que pueda vivir satisfactoriamente su vida, no el de convertirse en parte de ella.

#### **1.4.3.2. Responsabilidad propia y responsabilidad ajena**

Cuando aceptamos trabajar con un caso concreto en la clínica infantil, debemos evaluar en primer lugar si el niño necesita realmente ayuda. Si la respuesta es afirmativa, habrá que plantear unos objetivos de trabajo adecuados. Si existe acuerdo entre las partes con respecto a los objetivos de la terapia, será el momento de plantear las tareas, el compromiso y la responsabilidad de las distintas partes, para poder desarrollar adecuadamente nuestro trabajo.

#### 1.4.3.3. ¿Paciente o cliente?

Los padres o tutores legales, en tanto que adultos, son quienes realizan la petición de ayuda. Si el niño tiene realmente problemas relevantes y decidimos trabajar con él, nos encontramos con la situación de que nuestro cliente y nuestro paciente son personas diferentes. Esta situación, aun siendo común en la clínica infantil, puede crear confusión: son los padres quienes nos contratan, pero debemos ganarnos al niño para que sea nuestro paciente y responder a las demandas de ambos, que pueden diferir entre sí.

Examinemos tres situaciones posibles:

1. *Actuación sobre el niño a través de los padres.* Ciertamente, existe un problema clínicamente relevante; aceptamos trabajar en relación a este problema, pero nuestro paciente es demasiado pequeño, por lo que el trabajo se centrará fundamentalmente en las pautas de comportamiento de los adultos con respecto al niño. Normalmente en estos casos se trabaja sobre los padres, aun cuando se puedan fijar pautas de comportamiento para otros miembros de la familia o del entorno del niño.
2. *Actuación sobre los propios padres.* Una vez escuchados los padres y evaluado el niño, constatamos que efectivamente sería recomendable el trabajo con esta familia, pues si bien el niño tiene ciertos problemas, difícilmente va a ser fructífero nuestro trabajo con él si no se trabaja previamente sobre los padres. Aquí los padres no son empleados como meros agentes de cambio para el niño, sino que son ellos mismos quienes necesitan atención previa. En estos casos puede ser especialmente recomendable establecer una perspectiva amplia en la que se contemple al sistema familiar en su conjunto, enfatizando la atención sobre aquellos miembros que están contribuyendo al desarrollo y/o mantenimiento de disfunciones en dicho sistema.
3. *Actuación directa sobre el niño.* Puede ocurrir también que el niño disponga ya de una madurez suficiente como para trabajar con él. Esto no implica que el resto de las personas relevantes para el niño queden excluidos de la terapia; por el contrario, es conveniente contar con la participación de padres, hermanos, profesores, o incluso compañeros, como coterapeutas, pero en estos casos la atención estará puesta fundamentalmente en el niño.

#### 1.4.3.4. El terapeuta no ocupa el lugar de los padres, tutores, educadores u otras figuras de autoridad

El terapeuta no debe ocupar el lugar de los amigos, ni el de los padres, tutores u otras figuras de autoridad, y mucho menos entrar en competencia.

Los responsables del niño son los tutores, y el psicólogo es una ayuda puntual a su servicio para ayudarles a que el niño pueda tener un desarrollo adecuado. De esta forma, el terapeuta estará al lado de los adultos y del niño o adolescente, pero sólo puede permitirse estar entre ambas partes si es para ayudarles a salvar esa distancia.

En ocasiones, cuando se trabaja con distintos miembros de una familia entre los que hay dificultades de relación, cada parte puede intentar «tirar» de la figura del psicólogo, empleándolo como una especie de aliado que le apoye en sus planteamientos, desacreditando incluso a las otras partes. En estos casos, será importante que nos demos cuenta de que en realidad el conflicto de intereses es sólo aparente y que lo que es bueno para unos lo será también para otros, aunque no sea lo deseado inicialmente por todas o alguna de las partes. Por tanto, no tendremos que plantearnos de qué lado nos ponemos, porque sólo existe un lugar correcto para el terapeuta infantil, aquel desde el cual se facilita la forma de actuación que beneficia a la familia en su conjunto.

#### 1.4.3.5. Interacción del terapeuta con los padres, tutores, educadores y formación de coterapeutas

En la terapia de conducta con niños y adolescentes necesariamente mantendremos una relación fluida con aquellas figuras relevantes para ellos. Esto nos permitirá intercambiar información relevante y pedir la colaboración activa de otros adultos, como coterapeutas, una vez que obtengamos su consentimiento y hayamos proporcionado la formación y el entrenamiento necesarios.

### 1.5. ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS EN EL TRABAJO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Para concluir, quisiéramos destacar algunos aspectos de tipo ético y deontológico que en modo alguno pueden quedar inadvertidos. Como señalan Méndez, Espada y Orgilés (2006), los niños en el contexto de la terapia también tienen una serie de derechos, que se presentan en el cuadro 1.4.

CUADRO 1.4  
Derechos del niño y el adolescente durante la atención psicológica

**DERECHO A SER  
INFORMADO Y A  
QUE SE LE DIGA LA  
VERDAD**

Este derecho está supeditado a la madurez del niño y a su capacidad para entender lo que le ocurre, pero además debemos tener en cuenta que el respeto a la verdad no implica que proporcionemos información que nuestro paciente no pueda asumir, siendo esperable que dicha información tenga un efecto negativo.

**DERECHO A LA  
INTIMIDAD Y A LA  
CONFIDENCIALIDAD**

Este derecho puede situar al psicólogo en una situación incómoda entre las demandas de los padres y el respeto a la intimidad de los hijos. La confianza del niño, en el marco de la relación que mantiene con nosotros como un lugar seguro, será una condición necesaria para que la relación terapéutica sea adecuada. Por lo general, es buena idea abordar previamente con el niño la información que se va a proporcionar a los padres.

**DERECHO A  
PARTICIPAR EN LA  
TOMA DE  
DECISIONES**

El niño/adolescente participará en la toma de decisiones respecto a los procedimientos a seguir y que pueden afectar de forma importante a su vida.

**CUESTIONARIO PARA EL TERAPEUTA  
([Descargar o imprimir](#))**

El cuestionario para el terapeuta tiene por objetivo que, mediante un ejercicio de auto-observación, conozca y reflexione sobre sus capacidades y habilidades como terapeuta infantil. Para ello, a continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre esta cuestión. Por favor, conteste marcando con un X cada afirmación según la escala de respuestas descrita debajo. Sus respuestas no son ni buenas ni malas. Sólo le servirán a usted para mejorar, si cabe, en su labor como terapeuta.

**1 = Nada, 2 = Un poco, 3 = Moderadamente, 4 = Bastante, 5 = Mucho**

**1 2 3 4 5**

1. Tengo interés por el niño/adolescente que voy a tratar y por su problema.
2. Transmito calidez humana al niño/adolescente.
3. Sé cómo soy, y cuáles son mis limitaciones y fortalezas como terapeuta.
4. Soy capaz de controlarme y no dejarme llevar por las emociones y por las situaciones conflictivas. Sé mantenerme neutral y con una óptica objetiva.
5. Tengo sentido del humor y sé utilizarlo como estrategia durante la terapia.

6. Tengo conocimiento suficiente y actualizado para tratar el caso.
7. Siento respeto por mi paciente.
8. Recorro a acontecimientos de mi vida en el transcurso de la terapia.
9. Los acontecimientos de mi vida interfieren en el transcurrir de la terapia.
10. Soy capaz de cambiar mis planteamientos según lo aconseja el proceso terapéutico.
11. Confío en mis capacidades y habilidades como terapeuta.
12. Confío en las posibilidades de mi paciente.
13. Soy capaz de ponerme en el lugar del niño/adolescente y entender y compartir sus preocupaciones.
14. Acepto al niño/adolescente tal y como realmente es, con independencia de cómo al adulto le gustaría que fuese.
15. Me muestro tal y como soy durante la terapia.
16. Estoy comprometido al 100% con el niño/adolescente y su problema.
17. He desarrollado suficientemente las habilidades para la comunicación.
18. Aplico suficientemente mis habilidades de comunicación con el paciente.
19. Soy capaz de establecer un vínculo terapéutico suficientemente sólido.
20. Sé ajustarme al lugar que me corresponde en el marco terapéutico.
21. Establezco una relación adecuada con las figuras relevantes para el trabajo con el niño.
22. Soy capaz de aplicar mis conocimientos generales al caso concreto.
23. Dispongo de habilidades para la observación y la evaluación.
24. Tengo capacidad para diseñar y aplicar programas específicos, y habilidades para el entrenamiento de coterapeutas.

## **1.6. RECURSOS**

### **Consejo General de Colegios de Oficiales de Psicólogos**

Creado en mayo de 2005, es el órgano coordinador y representativo de los Colegios Oficiales de Psicólogos y de los Consejos Autonómicos. En su página web ([www.cop.es](http://www.cop.es)) se encuentra abundante información sobre la práctica profesional y las actividades

formativas.

### **Ediciones Pirámide**

Esta editorial cuenta con un extenso catálogo de publicaciones centradas en la psicología clínica en la infancia y la adolescencia ([www.edicionespiramide.es](http://www.edicionespiramide.es)). Destacan las colecciones Ojos solares, Guía para padres y madres, Manuales prácticos o Recursos prácticos, entre otros.

### **Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes**

Revista creada en el año 2013 por el Grupo Aitana de la Facultad de Psicología de la Universidad Miguel Hernández de Elche, que se centra en la publicación de trabajos empíricos y clínicos con niños y adolescentes. Se puede acceder a los artículos en la dirección electrónica: [www.revistapcna.com](http://www.revistapcna.com).

## **1.7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Achenbach, T. M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL 4-18, TRF, and YSR*. Burlington: University of Vermont.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas>
- Kanfer, F. y Goldstein, A. (1991). *Helping people change: A textbook of methods*. Nueva York: Pergamon.
- Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2006). Intervenciones con niños y adolescentes. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.), *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes: estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2002). *Terapia de conducta en la infancia: Guía de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2012). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En M. I. Comeche y M. A. Vallejo (eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 25-68). Madrid: Dykinson.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998). Características de la intervención clínica en niños y adolescentes. En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta* (vol. II, pp. 431-451). Madrid: Dykinson.



## 2. EL PAPEL DE LOS PADRES EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

PABLO J. OLIVARES-OLIVARES, DIEGO MACIÀ ANTÓN Y JOSÉ OLIVARES  
RODRÍGUEZ

### 2.1. INTRODUCCIÓN

En condiciones normales, es decir, cuando no hay discapacidad, la intervención psicológica con niños y adolescentes está condicionada al menos por el desarrollo cognitivo del menor (generalmente correlaciona con su edad), la cuantía y el dominio de las habilidades y destrezas que ha adquirido hasta ese momento (incluido el autocontrol), y las variables ambientales, entre las que destacan sobremanera los adultos presentes en los contextos en los que éste interactúa cotidianamente: profesores, padres y, generalmente, en menor medida, otros miembros de la unidad familiar como son los abuelos y los hermanos.

En el presente capítulo abordaremos el papel que desempeñan los padres en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los problemas y los trastornos psicológicos, así como sus posibilidades a la hora de participar activamente en la evaluación y el tratamiento de éstos.

El papel de la familia en el origen, desarrollo y mantenimiento de los problemas psicológicos durante la infancia y la adolescencia está directamente relacionado con el desempeño de las funciones propias de la paternidad y maternidad en su contexto histórico y cultural. El adecuado/inadecuado ejercicio de tales funciones depende de: sus habilidades y destrezas para la crianza y el cuidado físico; el conocimiento que tienen del curso evolutivo que sigue el comportamiento de los niños y adolescentes, atendiendo a su edad y grupo cultural de referencia; la cantidad y calidad de sus habilidades y destrezas educativas, y el modo como las emplean para relacionarse con sus hijos (estilos educativos) y entre ellos; el estado psicológico de los progenitores y el papel que éste puede desempeñar tanto en la percepción y valoración del comportamiento de cada uno de los miembros de la unidad familiar como en el grado de control que el progenitor con problemas/trastornos psicológicos tenga sobre sus respuestas.

Veamos un par de ejemplos.

Una pareja lleva mucho tiempo esperando la posibilidad de tener un hijo. Por fin la naturaleza, o un buen despacho de abogados, logra que tal posibilidad se concrete en un

niño que entra a formar parte de la unidad familiar. Los nuevos papás, en su deseo de que al recién llegado no le falte nada, y menos el cariño, procuran que el bebé cuente en todo momento con la atención esmerada de al menos uno de los dos. Tal es así que no contemplan la posibilidad de que el niño experimente malestar alguno si ellos lo pueden evitar; al menor gesto o indicio que intuyen relacionado con el malestar (por ejemplo, la ocurrencia de un «puchero» o un «suspiro») ya están sobre el niño cogiéndolo en brazos y arrullándolo con todo tipo de palabras tiernas, caricias físicas, sonrisas, nanas, etc.

Inicialmente los papás novatos y el bebé recién llegado son inmensamente felices. No hay instante en el que la atención de los papás no se active ante el más mínimo murmullo del bebé. Desafortunadamente, los papás novatos, y sin información sobre el curso que sigue una respuesta cuando cuasi-constantemente va seguida de atención, no saben que la atención social es una de las consecuencias más deseables por los humanos, con independencia de su edad, y que acostumbrarse a tenerla de manera cuasi-permanente llevará, con toda certeza, a que el bebé haga lo posible y lo aparentemente imposible por no perderla. El desconocimiento de este hecho terminará convirtiendo la idílica relación inicial (los papás acuden/atienden-el bebé gratifica con el cese del llanto y acaso también con una sonrisa) en una situación de constante e intenso sufrimiento mutuo. Este proceso desagradable se pondrá en marcha cuando los papás no puedan dedicar el mismo tiempo que ahora utilizan para estar atentos al bebé o se den cuenta de que no deben seguir actuando de esta forma. El refuerzo mutuo que hasta ahora regulaba de manera casi constante sus relaciones hará que ambas partes se sientan mal si éste disminuye en su frecuencia de ocurrencia, su duración y/o la intensidad de los intercambios. Ciertamente no tendrá el mismo efecto que disminuya la frecuencia de la atención prestada o que la merma afecte sólo a la duración o a la intensidad, pero es muy probable que sea cual fuere la reducción ésta dé lugar al llanto (más o menos intenso), porque ésta es la respuesta que nuestra naturaleza biopsicosocial ha dispuesto para que, ante ella, los adultos se sientan generalmente mal si no actúan procurando solucionar el problema que pudiera tener el bebé.

Llegados a esta situación los papás están a punto de caer por primera vez, sin saberlo, en una de las trampas que siempre están presentes en el camino por el que se desarrolla la educación de los hijos: la trampa del alivio de la aversión. Como acabamos de indicar en el párrafo anterior, oír/sentir/ver llorar a un bebé genera normalmente un gran malestar en los adultos, inversamente proporcional a la experiencia educadora, que en el caso que nos ocupa es muy intenso por tratarse del primer hijo y ser, además, muy deseado. Pero ese intenso malestar tiene un remedio infalible, inmediato y al alcance de todos los papás: prestar atención al bebé. Cuando el bebé se calla (al escuchar/ver llegar a su papá o a su mamá hasta el borde de su cunita), en los papás desaparece, como por arte de magia, el intenso malestar/sufrimiento que estaban experimentando (refuerzo negativo) y aflora inmediatamente otro de gran satisfacción e intenso bienestar que sigue a la aparición de la sonrisa en su bebé (refuerzo positivo a su actuación). Los papás

almacenarán en su memoria lo mal que se pasa cuando esto ocurre, lo fácil que es reducirlo/eliminarlo y lo bien que se sienten tras acudir a la llamada del bebé y constatar como éste se calla o incluso les gratifica con la emisión de una sonrisa; el bebé ha aprendido (también sin saberlo) lo eficaz que resulta el uso del llanto. Un cóctel infernal.

Más temprano que tarde, los efectos/consecuencias que permiten lograr «la trampa del alivio de la aversión» se transformarán en un conocimiento que resultará tremendamente útil para controlar el comportamiento de los otros: el empleo del refuerzo negativo de manera premeditada a través, por ejemplo, del grito o el lloro para que los demás hagan o nos den lo que nosotros deseamos, como una sonrisa, ir a determinado lugar u obtener un dulce antes de comer, a cambio únicamente de dejar de sentirse mal. Esto es lo que generalmente conocemos como «chantaje». El uso de este modo de control de la respuesta ajena puede terminar ocasionando muchos problemas de orden psicológico, tanto a quien lo emplee indiscriminadamente como a quien lo sufra: ruptura de la pareja, aislamiento social, pérdida del trabajo, estados de ansiedad y depresivos, etc.

Un segundo ejemplo puede observarse en el desarrollo y mantenimiento del trastorno que se denomina «mutismo selectivo». Este es un problema del comportamiento lingüístico que consiste en la aparición de respuestas de escape y evitación de una o más situaciones en las que el niño tiene que hablar ante extraños o en presencia de extraños, que, progresivamente, se va generalizando hasta poder afectar a todo el comportamiento lingüístico del niño, lo que se conoce como mutismo total. Es decir, pese a saber hablar perfectamente, el niño se ve impedido a hacerlo por el estado que le genera el patrón de respuestas de ansiedad que se desencadenan como consecuencia del miedo que experimenta al tener que hablar, o pensar que ha de hacerlo. El inicio de este trastorno puede deberse a distintos factores directamente relacionados con el aprendizaje (véase Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares, 2006). Así, por ejemplo, una bienintencionada, atenta y decidida actuación de los padres para corregir/castigar cualquier error de pronunciación o el empleo inadecuado del lenguaje, que no vaya acompañada del reconocimiento o refuerzo de al menos algunas de las actuaciones lingüísticas adecuadas del niño, puede dar lugar a la aparición del miedo «a fallar, a no saber decirlo bien», que, si los papás son persistentes, con el paso del tiempo dará sus frutos: aparición inicial de respuestas de ansiedad desadaptadoras asociadas al habla en determinadas situaciones (generalmente en presencia de extraños, personas poco conocidas, lugares extraños o situaciones en las que está presente una o más personas ante quien/quienes ya no habla). Este patrón inicial de respuestas de ansiedad negativa, asociado al habla en situaciones concretas, puede evolucionar hasta lo que conocemos como «ataques de pánico» o «crisis de angustia» si los papás «perfeccionistas» y bienintencionados persisten en su afán de que el niño hable como sabe hacerlo. La ausencia del conocimiento necesario para el empleo adecuado de esta estrategia de

correcciones sistemáticas y persistentes de los errores del niño hará que los papás, sin quererlo ni saberlo, se sitúen en el origen del trastorno que presentará su hijito. Pero desafortunadamente para el niño con mutismo selectivo la cosa no queda generalmente ahí, porque quien le observe palidecer, sudar aun cuando haga frío, latirle el corazón desproporcionadamente, «agarrotarse» hasta que su cuerpecito está duro como una roca..., es decir, sufriendo una crisis de ansiedad, es poco probable que los adultos presentes, incluidos los propios padres, no dejen de insistirle/presionarle para que hable y actúen arrullando al niño, diciéndole que no se preocupe, besándolo, acariciándolo, etc. Este comportamiento de los adultos presentes en el ámbito familiar, generalmente los abuelos, tíos, hermanos mayores y los propios padres, se produce como consecuencia del malestar que éstos experimentan al ver al niño en ese estado. Sí, es lo que probablemente está pensando el lector: de nuevo «la trampa del alivio de la aversión»; los adultos reducen/eliminan su malestar en la misma medida en la que van logrando que el niño se vaya calmando, y éste se calma por la protección que le están ofreciendo los adultos. En situaciones futuras el mecanismo no sólo seguirá funcionando, sino que se irá generalizando sin que ni el uno ni los otros alcancen a comprender el porqué. Esta generalización llevará al niño a no hablar con personas con las que previamente hablaba en determinados contextos (por ejemplo, en su clase o dentro del recinto escolar), pese a que siga hablándoles fuera de esos espacios. Pero, como hemos dicho, esta trampa puede llevar al niño a la generalización de la evitación completa del habla ante cualquier persona y en cualquier situación (mutismo total).

Estos dos ejemplos constituyen un botón de muestra sobre cómo las interacciones en el ámbito familiar pueden fomentar, generar, desarrollar y mantener muchos problemas de conducta en la infancia y la adolescencia, con importantes repercusiones para la adaptación y la salud de los hijos.

Véase Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares (2006) o Toro (2005) para un listado de los problemas en cuyo inicio y/o mantenimiento participa el contexto familiar. Asimismo, la relevancia de los padres como factor de vulnerabilidad y protección en el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, cannabis, tabaco, etc., puede constatarse una vez más en el reciente estudio de Becoña et al. (2013).

Por todo ello, tanto lo relacionado con el entrenamiento de los padres para que puedan ejercer de tales como para participar/colaborar en la aplicación de una intervención psicológica sigue constituyendo una fuente de preocupación y ocupación para quienes investigan y/o trabajan con niños y adolescentes, especialmente en el ámbito clínico y de la salud.

## **2.2. LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

El entrenamiento de padres y otros familiares adultos para participar como coterapeutas en el cambio del comportamiento de los niños/adolescentes se inscribe dentro del empleo de paraprofesionales en el seno de la intervención psicológica. Esta modalidad de tratamiento posee una larga tradición en el campo de la psicología científica. De hecho, aunque su inicio se sitúa en 1959, cuando Williams propuso, por primera vez, en una publicación que los padres deberían adquirir una *competencia general* (véase figura 2.1) en el manejo de las contingencias operantes que les facultase para analizar y dar respuesta a los problemas de conducta de sus hijos, previamente Freud, las clínicas psicológicas para la infancia en los Estados Unidos de Norteamérica y la investigación de los esposos Mowrer en el tratamiento de la enuresis nocturna pusieron de manifiesto la eficacia de la participación de los padres en el tratamiento de los problemas de sus hijos.

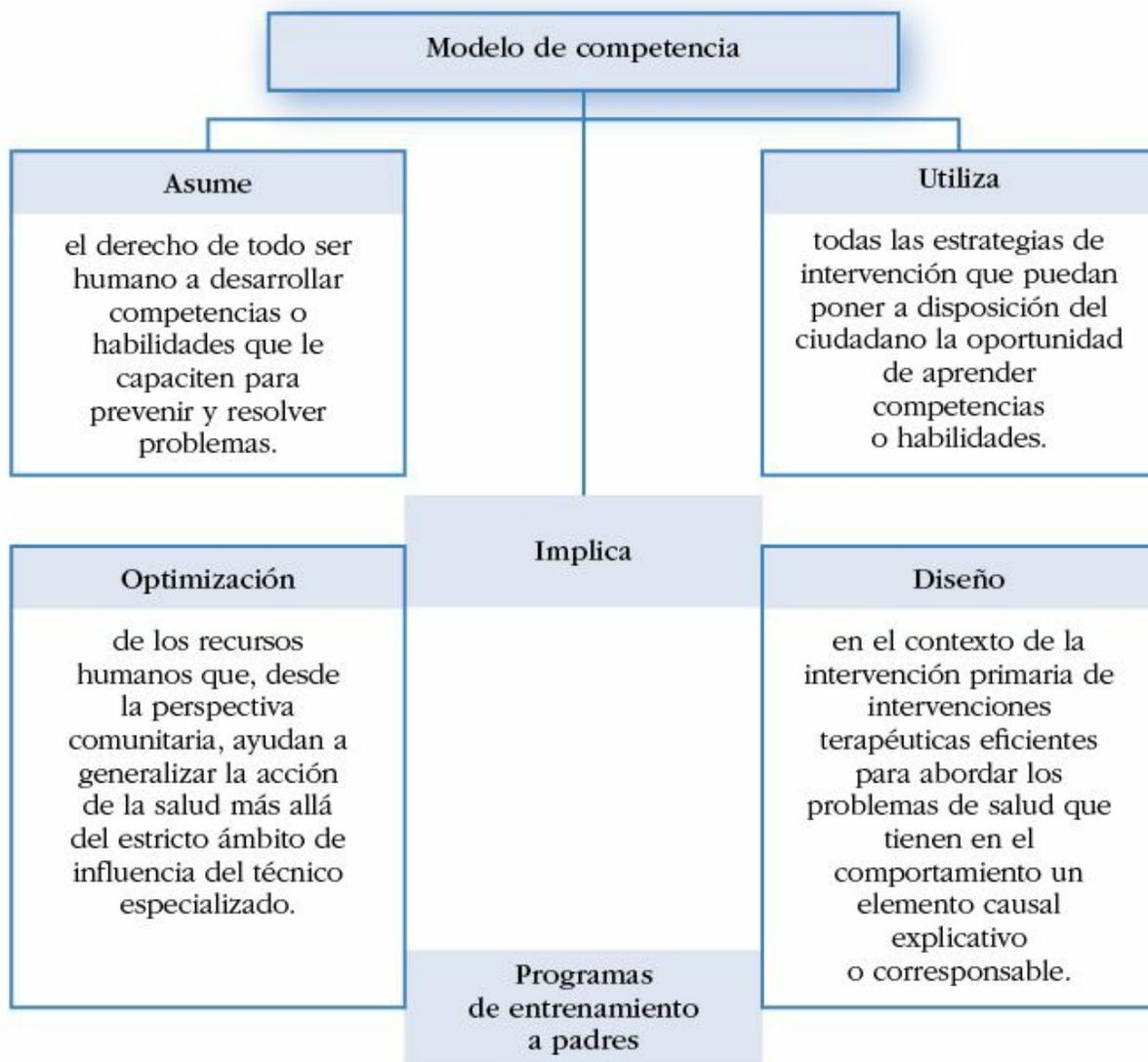


Figura 2.1. El entrenamiento de padres en el marco de la psicología conductual comunitaria. (Nota: Construido a partir del modelo de competencia propuesto por Albée, 1980).

En la actualidad, la intervención psicológica con participación de los padres está generalmente recomendada desde los trastornos del habla y el lenguaje, pasando por los miedos infantiles, el retraso mental o el autismo, el daño cerebral adquirido o las respuestas antisociales, hasta los trastornos y alteraciones relativas a la obesidad, la encopresis y la enuresis, la anorexia nerviosa, los dolores de estómago o los problemas dermatológicos, así como en problemas en los que se haya implicado el proceso de aprendizaje del traspaso y asunción de responsabilidades, en el cumplimiento de las prescripciones médicas en general y muy especialmente de las generadas por los problemas crónicos de salud como, por ejemplo, diabetes, colitis ulcerosa o asma bronquial.

## **2.2.1. Proceso histórico del desarrollo de la participación de los padres en problemas/trastornos psicológicos**

### **2.2.1.1. Precedentes**

*El Pequeño Hans.* Es el primer caso del que tenemos noticias escritas en el que intervienen los padres como coterapeutas. Hans contaba con cinco años de edad y Freud sólo tuvo un contacto inicial con el niño para tratar su neurosis (fobia a los caballos); el resto de la intervención psicoanalítica se realizó utilizando a la madre como agente terapéutico supervisado por Freud. En palabras del propio Freud, el historial clínico del pequeño Hans «no constituye en rigor una observación directa mía. Dirigí, desde luego, en conjunto el plan de tratamiento, e incluso intervine una vez en él personalmente manteniendo una conversación con el sujeto infantil. Pero quien llevó adelante el tratamiento fue la madre del enfermo» (Freud, 1908; tomado de Albarrán, 1980; p. 224). Sin embargo, este hecho, que constituía un aspecto innovador, no recibió ninguna atención dentro del psicoanálisis para valorar el efecto de la mediación de los familiares entre los niños y el profesional, con el fin de abordar la relevancia del empleo de los padres como coterapeutas.

*Las clínicas psicológicas para la infancia en los Estados Unidos.* El trabajo llevado a cabo en las clínicas psicológicas para la infancia, en el primer tercio del pasado siglo XX, permitió verificar que, dependiendo de la naturaleza de los casos, una parte del tratamiento pudiera hacerse en la clínica y la otra en casa con los padres, obteniéndose excelentes resultados cuando estos últimos participaban en el tratamiento tras ser entrenados para ello.

*El tratamiento de la enuresis nocturna* desarrollado por el matrimonio Mowrer en la década de los años treinta del pasado siglo XX fue también aplicado por los padres en

casa bajo la supervisión de profesionales, lo que permitía no alterar el ambiente del niño, porque no requería su reclusión en el hospital ni atenderlo en régimen de paciente externo. En la intervención, la eficacia del entrenamiento de los padres para que, actuando como coterapeutas, aplicaran el tratamiento ideado por ellos, fue tal que los casos con mejores resultados fueron aquéllos en los que la aplicación del tratamiento se había realizado en casa por los padres, bajo la orientación y supervisión de los psicólogos.

#### 2.2.1.2. El inicio

El entrenamiento de los padres como coterapeutas, en tanto que línea de investigación y trabajo en el ámbito de la psicología científica, surge en la década de los sesenta del pasado siglo XX, en el marco del modelo conductual, como una alternativa a los enfoques tradicionales de la terapia infantil y juvenil, en los que el trabajo se realizaba sólo con los niños y en el contexto de la clínica (hospitalaria o consulta privada). Su inicio está directamente determinado por la escasa eficacia que le asignaban a esta modalidad de intervención los estudios de revisión. A estos problemas con la eficacia se unían la falta de rigor de los instrumentos utilizados para el diagnóstico (problemas de fiabilidad y validez del diagnóstico psiquiátrico —aún vigentes—), la carencia de base científica de los contenidos con los que se construían los ítems de los tests que se utilizaban y la necesidad de introducir un cambio en el modelo explicativo. Todo ello llevó al incremento del compromiso e implicación de los padres (y de otros adultos significativos) en el tratamiento de los problemas que presentaban sus hijos.

Es en este contexto donde se propone por primera vez que los adultos que interactúan cotidianamente con niños/adolescentes, y muy especialmente padres y familiares adultos que comparten la unidad familiar, deberían adquirir una *competencia general* en el manejo de las contingencias operantes que les facultase para analizar y dar respuesta a los problemas de conducta de los niños/adolescentes, adoptando una actitud activa, de búsqueda y solución de problemas, frente a la actitud pasivo-receptiva de los modelos tradicionales de intervención.

#### 2.2.1.3. El desarrollo

En el desarrollo de esta modalidad de intervención e investigación han desempeñado un papel fundamental el enfoque operante y la psicología conductual comunitaria. El primero porque dentro de él se gestó y desarrolló la mayor parte de la investigación disponible (véase McMahan, 1991 u Olivares, Macià y Méndez, 1993). La segunda porque en ella se contextualiza teóricamente tal posibilidad de intervención; un ejemplo en este sentido lo constituye el modelo de competencia formulado por Albée (1980), al que ya hemos hecho referencia (véase figura 2.1).

En una primera fase del desarrollo del entrenamiento, gran parte de la investigación estaba limitada a estudios descriptivos de casos o diseños de caso único. No existía una preocupación por el estudio de la generalización de los efectos de tales intervenciones, pero ésta no tardó en llegar y con ella la investigación en los ámbitos contextual (generalización de los efectos a lugares distintos a los de su aplicación), temporal (mantenimiento de los efectos del tratamiento una vez finalizado éste), entre los hermanos (generalización de las habilidades/destrezas entrenadas a hermanos que no habían recibido el tratamiento), y a otras respuestas no tratadas con el fin de evaluar en qué medida los cambios que se perseguían se acompañaban de modificaciones en las magnitudes básicas de otras respuestas (frecuencia, duración e intensidad) que no se habían considerado objetivo de la intervención.

El conocimiento del tipo y grado de generalización permitió: *a*) una mejora en la eficacia y eficiencia de la actividad del psicólogo, con la consiguiente disminución de los requerimientos de intervención tras terminar la aplicación del tratamiento; *b*) arrojar luz sobre el efecto preventivo de la intervención mediada por los padres en la disminución de futuros problemas de conducta en el niño (y en los hermanos); *c*) detectar la ocurrencia de efectos no deseados del tratamiento, y *d*) estudiar la validez social de la intervención, es decir, verificar en qué medida los cambios producidos en el comportamiento resultaban relevantes para el entorno social en el que interactuaba cotidianamente el niño/adolescente.

En este contexto histórico cabe destacar el desarrollo de programas específicos para este fin, como el «Entrenamiento Sistemático para ser un Padre Eficaz» desarrollado por Dinkmeyer y McKay, el diseñado y aplicado por Popkin, el desarrollado por Gerald Patterson y sus colaboradores en el Centro de Aprendizaje Social de Oregón, o los diseñados en la Open University británica (institución similar a nuestra UNED) cuya utilidad es entrenar a los padres para que puedan enfrentarse con los problemas relacionados con el desarrollo de sus hijos y los relativos a la vida familiar.

#### 2.2.1.4. Consolidación

En esta nueva fase el objetivo del entrenamiento es mejorar la eficacia de los resultados en relación con los problemas que sigue planteando la validez social y la generalización (temporal, situacional e interpersonal) de la intervención. Ello se tradujo en: *a*) garantizar que se mantuvieran a medio y largo plazo los aprendizajes básicos que se practicaban y aplicaban durante la fase de entrenamiento; *b*) asegurar que los conocimientos y habilidades adquiridas se siguieran aplicando en el hogar familiar cuando se terminase el entrenamiento, y *c*) incorporar al entrenamiento/tratamiento las variables de la pareja y de los propios hijos que la investigación mostrase implicadas en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de los niños/adolescentes (por los que se iba a entrenar a los padres): ajuste psicológico individual y de la pareja; características

cognitivas, psicofisiológicas y motoras del/los hijo/s; creencias y expectativas que influyen en la percepción que se tiene del/los niño/s, etc. Es lo que se conoce como Terapia Familiar Conductual.

Este esfuerzo por llevar al ámbito aplicado el conocimiento psicológico se ha seguido acompañando en esta fase por la tenacidad investigadora, lo que ha permitido desarrollar nuevos modos de presentar y estructurar las situaciones de aprendizaje, tal cual es el caso de Webster-Straton y el uso del vídeo para introducir habilidades/destrezas adecuadas e inadecuadas que son sometidas a la discusión en grupo, o el trabajo de los miembros de nuestro equipo para valorar la eficiencia de un programa básico de entrenamiento a madres aplicado en soporte audiovisual (Olivares, Rosa-Alcázar y García-López, 1997).

En esta fase de consolidación, el fin del entrenamiento es responsabilizar a los padres de su implicación y participación activa en el proceso de promoción de la salud y la prevención y/o tratamiento de problemas de conducta, para que se puedan establecer pautas de convivencia en el ámbito familiar y fomentar la comunicación y la solución de problemas.

Hay que recordar que, por un lado, esta modalidad de intervención psicológica basada en el entrenamiento de los padres proyecta, diseña y entrena a los padres en el manejo del comportamiento de sus hijos, con fines preventivos y de tratamiento, y por otra: *a*) estudia las pautas que integran el desarrollo normal de los hijos; *b*) entrena a los padres en las habilidades/destrezas en las que se muestran deficitarios (comunicación, resolución de problemas, manejo del estrés, manejo de las emociones, etc.), y *c*) contribuye al incremento del desarrollo de la tecnología y las estrategias de entrenamiento que permitan mejorar el uso eficaz de los procedimientos del aprendizaje social por parte de los padres, para que puedan controlar/modificar el comportamiento propio y el de sus hijos.

### **2.2.2. Propuesta esquemática para la planificación de la participación**

Hay algunas estrategias que se pueden poner en marcha durante el diseño y aplicación de un programa de entrenamiento/tratamiento de padres para incrementar su asistencia e implicación. Veamos algunas de ellas.

#### **⇒ Pautas de carácter general**

- Ubicar el centro de entrenamiento en un lugar al que se pueda acceder con facilidad.
- Disponer de servicio de guardería.
- Planificar un horario de entrenamiento compatible con la jornada laboral.
- Animar a aquellos padres que acuden solos a que lo hagan acompañados por algún familiar o amigo.

### ⇒ **En la presentación de la intervención**

- Exponer con claridad ¿qué se pretende lograr? y ¿qué no se debe esperar?; ¿cómo se espera que actúen quienes participan? y ¿qué es lo que no deberán hacer?
- Describir con claridad el número y la duración de las sesiones, las fases del entrenamiento/tratamiento, en qué consisten las «tareas para casa», etc.

### ⇒ **En la evaluación de la intervención**

- Intentar crear grupos homogéneos de padres, tanto en relación con el nivel socioeconómico y cultural como respecto de los problemas que presenten o que se espera aprendan a prevenir.
- Diseñar un proceso de evaluación continua de las «tareas para casa», que se habrán de supervisar como primera actividad dentro del desarrollo de cada una de las sesiones de entrenamiento.
- Generar, desarrollar y mantener el interés por la evaluación continua de las tareas para casa, revisando con cuidado, mimo y detalle los registros que los padres traerán (modelar, reforzar y proporcionar retroalimentación).
- Limitar la confección y cumplimentación de registros a los que resulten estrictamente necesarios.

### ⇒ **Durante el desarrollo del entrenamiento/tratamiento**

- Prever la participación de dos terapeutas de distinto sexo, y que al menos uno tenga experiencia en el entrenamiento en grupo de adultos y en el tratamiento de los problemas que presentan los niños/adolescentes.
- Programar estrategias que favorezcan la asistencia y reduzcan/eliminen el abandono del programa o la asistencia irregular a las sesiones de entrenamiento:  
*a)* fijar una matrícula y devolver todo el dinero aportado si no hay ninguna falta de asistencia, retención de todo el dinero si se superan las tres faltas, penalización con una reducción del 20%, 40% o 60% de la devolución de la aportación en la primera, segunda y tercera falta, etc.; *b)* abonar a los padres una cantidad previamente acordada por sesión asistida, incrementándose el fijo acordado de manera proporcional al número de sesiones en las que se haya participado de manera consecutiva, interrumpiéndose el abono de cualquier cantidad si se producen más de dos faltas consecutivas; *c)* combinar las opciones *a)* y *b)*, etc.
- Planificar el entrenamiento primando la práctica distribuida (una sesión de duración no superior a dos horas/día una vez por semana) frente a la masiva (pocas sesiones de larga duración).

- Diseñar el entrenamiento mediante una secuencia de dificultad y complejidad crecientes.
- Fomentar la implicación activa en la realización de actividades (fases de entrenamiento y tareas para casa).
- Proporcionar el máximo de información a través de material escrito y audiovisual, para dedicar el mayor tiempo posible a instruir, modelar y retroalimentar las habilidades/destrezas que han de aprender a aplicar.
- Prevenir las dificultades que les puedan surgir en el diseño y/o aplicación de lo aprendido en el lugar de entrenamiento, y diseñar soluciones *ad hoc*.
- Diseñar la estructura de las sesiones contemplando la posibilidad de poder desviarse excepcionalmente del Programa cuando lo requieran el interés del tema planteado por alguno de los participantes, la aparición de sugerencias novedosas razonables, la necesidad de incrementar el tiempo de discusión, etc.
- Contemplar la posibilidad de incorporar al programa de entrenamiento aportaciones generadas por los participantes.
- Fomentar el apoyo social dentro del grupo mediante el mantenimiento de la confidencialidad, el apoyo a/entre los miembros del grupo (contacto telefónico, solución de problemas, actividades de ocio y tiempo libre, etc.), aplicando habilidades/destrezas básicas de comunicación, repartiendo el tiempo de forma ecuánime, llamando a los miembros del grupo por sus nombres de pila, disponiendo de un tiempo para la socialización mediante un período de descanso en medio de la sesión, etc.

Para profundizar en el diseño, elaboración y aplicación de un programa básico de entrenamiento/tratamiento de entrenamiento de padres pueden consultarse los trabajos de Olivares, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares (2006) y Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar, Olivares y Macià (2012).

### **2.3. PROBLEMAS FRECUENTES Y POTENCIALES SOLUCIONES**

A continuación presentamos algunos de los problemas y algunas de las limitaciones más notables que plantea y presenta esta modalidad de tratamiento, así como las potenciales soluciones a éstos.

El inicio y el abandono del entrenamiento son considerados los problemas principales tanto en los programas que se aplican en los centros públicos como en los privados. Estudios empíricos muestran que alrededor de un 50% de los padres que deberían comenzar el entrenamiento, o que lo inician, no asisten a más de cuatro sesiones. Entre las variables que están implicadas en esta elevada tasa de abandono se hallan el estado psicológico de los adultos, el bajo nivel socio-económico y cultural, la baja motivación e implicación, las bajas expectativas respecto de la eficacia de esta modalidad de

prevención/tratamiento, el estrés familiar, las carencias en las habilidades/destrezas de los psicólogos, la ubicación del lugar donde se desarrolla el entrenamiento, la incompatibilidad de horarios, el desarrollo en franjas horarias en las que los padres presentan los mayores índices de fatiga —generalmente las primeras horas de la noche—, el hecho de que si uno de los padres asiste el otro no pueda hacerlo porque ha de quedarse con los hijos o la inadecuación entre las ofertas de entrenamiento y las necesidades de los padres.

Las soluciones que se han presentado para contrarrestar el efecto de estas variables incluyen, como hemos contemplado en el subepígrafe 2.2 de este capítulo, el estudio de horarios compatibles con las problemáticas de los adultos, la inclusión de guarderías en el mismo horario para facilitar la participación de ambos padres, ubicar el lugar del entrenamiento en zonas en las que sea factible el uso de transporte público, el incentivo económico por la asistencia, el entrenamiento previo de los profesionales en el manejo del entrenamiento de grupos de adultos que interactúan cotidianamente con los niños/adolescentes, etc.

En relación con el entrenamiento previo del profesional, respecto al modo de estructurar, desarrollar y dinamizar de forma amena y atractiva las sesiones relativas a la presentación del Programa y las de entrenamiento, hay que indicar que dicho entrenamiento resulta muy importante para lograr la motivación de los asistentes y su consiguiente implicación.

Se ha verificado que la aplicación de consecuencias gratificantes durante el desarrollo del entrenamiento mejora la adhesión e implicación de los padres a los programas. Así ocurre cuando se requiere un depósito económico para poder asistir y éste se devuelve parcial o completamente cuando termina el entrenamiento, cuando los padres pueden participar en la dirección de sesiones de tratamiento o en las llamadas telefónicas a otros adultos que también participan del entrenamiento. En estos casos los padres se muestran más cooperativos, realizan con mayor frecuencia las tareas asignadas para casa y obtienen mejores resultados en la aplicación de los aprendizajes realizados durante su entrenamiento. En los casos en los que las familias tienen ingresos bajos o muy bajos se ha otorgado a los asistentes un «salario de educador» que ha mejorado de manera significativa la asistencia al entrenamiento.

Hemos hecho mención al problema que suponen las diferencias interindividuales en disponibilidad horaria, transporte, cuidado de los hijos —respecto a las posibilidades de asistencia de los padres—, etc. En este contexto, los medios audiovisuales muestran grandes posibilidades de aplicación. Constituyen una alternativa para la solución de los problemas comentados y otros, como la adecuación del entrenamiento al ritmo y la capacidad de aprendizaje de los padres a través de la visualización individualizada del programa de entrenamiento, posibilidad de combinar el visionado preliminar del programa con el ejercicio del entrenamiento para su aplicación en la sesión de entrenamiento, reducción de costes, etc. Algunos autores e investigadores sostienen que tanto por la

relación coste-efectividad como por su capacidad de ser distribuidos a un amplio número de padres, incluso autoadministrados sin la presencia del profesional, los programas en formato audiovisual constituyen una alternativa muy atractiva frente a los formatos tradicionales de enseñanza/aprendizaje.

## 2.4. ALCANCE Y LIMITACIONES

Las posibilidades de esta modalidad de intervención psicológica durante la infancia, y en menor medida durante la adolescencia, son muy importantes. De hecho, si adoptamos una perspectiva histórica, ya en 1984 era tan extenso el campo de aplicación de esta modalidad de intervención psicológica que el profesor Toro (1984) afirmaba que, en general, respecto del papel que juegan los padres en el tratamiento de los problemas de sus hijos, no existe ni un solo problema de conducta infantil que no goce de su correspondiente procedimiento terapéutico conductual provisto de uno u otro grado de intervención familiar. Es decir, con el paso del tiempo los padres han pasado de ser meros depositarios de derechos y obligaciones a presentarse como mediadores necesarios de las intervenciones psicológicas tanto en el campo de la prevención como en el clínico y el de la salud.

Las limitaciones del entrenamiento de padres devienen de los problemas que hemos mencionado en el epígrafe anterior, y dentro de éstos el que concierne al elevado abandono y la baja implicación en el entrenamiento.

## 2.5. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

**César, A. R. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia, 1*, 61-84.**

El autor recopila y presenta los elementos que permiten delimitar el tratamiento de los problemas de comportamiento infantil y la mejora de las habilidades y destrezas implicadas en la crianza. En él se especifican los principales componentes del entrenamiento y sus aplicaciones, extraídos a partir de los programas incluidos en la revisión realizada. Ésta permite concluir que esta modalidad de tratamiento se ha utilizado para tratar problemas de comportamiento y reducir la vulnerabilidad de los padres que presentan una elevada probabilidad de relacionarse inadecuadamente con los niños/adolescentes.

**González-Menéndez, A., Fernández-Hermida, J. R. y Secades-Vila, R. (coords.) (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo.***

**Gijón:**                      **Gráficas**                      **Apel.**                      **Disponible**                      **en**  
[www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MenoresRiesgo.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MenoresRiesgo.pdf).

Es un texto que puede resultar muy útil para el profesional de la psicología porque en él hallará pautas para identificar los nichos familiares que conforman el contexto en el que se desarrollan los niños/adolescentes vulnerables, es decir, los que no disfrutan de ambientes adecuados, los que no se integran en el sistema educativo ni en el mundo laboral, etc.; esos niños/adolescentes en cuyo camino se hayan el fracaso escolar, los problemas con la justicia, los embarazos no deseados, las respuestas de riesgo para la salud, el abuso del consumo de sustancias tóxicas o el comportamiento violento.

**Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere dedicación y tiempo*. Madrid: Pirámide.**

En esta monografía los autores abordan las respuestas a preguntas como, por ejemplo, ¿se puede ayudar a los padres en el desempeño de su quehacer?, ¿cuáles son los elementos básicos para el diseño y elaboración de un programa de entrenamiento de padres?, ¿se puede medir la eficacia del entrenamiento/tratamiento aplicado a los padres?, ¿qué conocimiento y qué dominio de los principios y las técnicas se requiere para ejercer eficazmente como padre/madre?, etc.

**Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares, J. y Macià, D. (2012). *Las escuelas de entrenamiento de padres*. En L. M. Llavona y F. X. Méndez (eds.), *Manual del Psicólogo de familia* (pp. 441-454). Madrid: Pirámide.**

Este trabajo es la contribución de los autores a la delimitación y concreción del marco en el que se inscribe el perfil profesional del psicólogo de familia. Constituye una guía para el diseño, la aplicación y la evaluación del entrenamiento de los padres en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud, tanto en el plano individual como en el grupal.

### **La universidad de padres on-line**

Es un proyecto liderado por José Antonio Marina que puede visitarse en <http://www.universidaddepadres.es/>. Esta iniciativa tiene como finalidad ayudar a los padres en el proceso educativo de sus hijos. Parte del supuesto de que si los padres logran crear y mantener un ambiente familiar positivo, serán más capaces de responder satisfactoriamente a las demandas de sus hijos.

## **2.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Albarrán, J. (1980). El psicoanálisis con niños. En C. Monedero (ed.), *Historia de la psicoterapia* (vol. 1, pp. 223-257). Madrid: UNED.

- Albée, G. W. (1980). A Competency Model to Replace the Defect Model. En M. S. Gibbs, J. R. Lachmeyer y S. Sigal (eds.), *Community Psychology* (pp. 213-238). Garder ed. Press.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F., y Gabrhelík, R. (2013). Parental permisiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicohema*, 25, 292-298.
- McMahon, R. J. (1991). El entrenamiento de padres. En V. E. Caballo (ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 445-474). Madrid: Siglo XXI.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental educativa en el entrenamiento a padres. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 115-146). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa-Alcázar, A. I. y García-López, L. J (1997). El papel del vídeo en el entrenamiento de madres: un estudio comparativo, *Psicología Conductual*, 5, 237-254.
- Olivares, J., Rosa-Alcázar, A. I., y Olivares, P. J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo* (pp. 1-309). Madrid: Pirámide.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares, J. y Macià, D. (2012). Las escuelas de entrenamiento de padres en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. En L. M. Llavona y F. X. Méndez (coords.), *Manual del Psicólogo de Familia. Un nuevo perfil profesional*. Madrid: Editorial Pirámide (pp. 441-454). Madrid: Pirámide.
- Toro, J. (2005). La familia como factor de riesgo en psicopatología infantil. En L. Ezpeleta (ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 291-313). Barcelona: Masson.

# 3. LA COLABORACIÓN DE LOS PROFESORES Y DE LA ESCUELA

ANA I. ROSA-ALCÁZAR, ÁNGEL ROSA-ALCÁZAR Y JOSÉ LUIS PARADA NAVAS

## 3.1. INTRODUCCIÓN

La preocupación por la salud/enfermedad en niños y adolescentes ha suscitado el interés de clínicos e investigadores y ha llevado a la realización de estudios epidemiológicos, etiológicos, de evaluación, de tratamiento, etc. Algunos de los problemas psicopatológicos tienen su origen en la infancia/adolescencia, manteniéndose en la edad adulta.

La Psicopatología del Desarrollo (Cicchetti y Rogosch, 2002) informa de la presencia de variables personales y contextuales en el origen y/o mantenimiento de los problemas. Dentro de los factores contextuales, la familia es uno de los agentes que, en bastantes ocasiones, puede aumentar, mantener o disminuir las conductas problema. No es menos importante la guardería/escuela/instituto, donde el niño/adolescente pasa un número importante de horas al día. Los profesores y los iguales van a influir en el aprendizaje de conductas, bien actuando de modelos, bien reforzando o castigando respuestas. Los *mass media* o medios de comunicación social, desde la prensa hasta la televisión, pasando por los carteles, las vallas publicitarias, los cómics, las fotonovelas, internet, etc., transmiten valores, ideales y normas de comportamiento que contribuyen o dificultan la socialización del niño. Como acabamos de mencionar, los agentes que surgen en la escuela, profesores y compañeros pueden influir en el mantenimiento/disminución de una respuesta adaptativa o problemática. Véase el siguiente ejemplo. Un niño presenta un Trastorno negativista desafiante. En casa se enfrenta a sus padres, y en el colegio provoca y se ríe del profesor (respuesta problema). Cuando éste le castiga (debería disminuir la respuesta problema), los compañeros de clase le animan a seguir riéndose (refuerzan la respuesta problema). ¿Qué influirá más en dicha respuesta: el castigo del profesor o el refuerzo del grupo? En este caso, si el profesor no controla el refuerzo recibido del grupo de iguales tendrá serias dificultades para manejar al niño.

El profesor, como *coterapeuta, paraprofesional o agente natural* de cambio, es un recurso personal muy importante a tener en cuenta cuando el problema se presenta de forma directa o indirecta en la escuela. Éste no sólo podrá colaborar en la aplicación del tratamiento, sino que llevará a cabo la evaluación situacional concreta, detallada, específica y objetiva del problema tratado.

En este capítulo pretendemos dar respuesta, entre otras, a las siguientes preguntas: ¿Por qué es importante la colaboración del profesor en el tratamiento/evaluación de problemas que surgen o se mantienen en el contexto escolar? ¿Qué ventajas supone utilizar al profesor como coterapeuta? ¿Cómo entrenarle para que lleve a cabo una intervención concreta? ¿Qué problemas pueden surgir en el entrenamiento y en la puesta en práctica del mismo?

### **3.2. ¿POR QUÉ ES NECESARIA LA COLABORACIÓN DEL PROFESOR EN EL TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS SURGIDAS EN EL CONTEXTO ESCOLAR?**

El entrenamiento a profesores se enmarca dentro del entrenamiento a paraprofesionales para que actúen como coterapeutas. Dicho entrenamiento posee una larga tradición en el campo de la modificación de conducta como alternativa a los enfoques tradicionales de la psicoterapia con niños y adolescentes (Olivares, Rosa y Olivares, 2006). Las razones que explican la importancia de su entrenamiento son las siguientes:

1. La conducta se presenta en un contexto natural concreto (especificidad ambiental de las conductas infantiles). El centro educativo es uno de los lugares donde más tiempo pasa el niño/adolescente, por lo que constituye uno de los ámbitos más frecuentes en el que tiene lugar la manifestación de problemas tanto externalizantes como internalizantes.
2. Los maestros/profesores ejercen un control directo e inmediato sobre las contingencias de reforzamiento que mantienen la respuesta problemática, pudiendo fortalecer o disminuir la frecuencia, intensidad o duración de la misma (prerrequisito de las intervenciones conductuales para que puedan resultar eficaces). Por tanto, la intervención alcanzará su mayor grado de eficacia si se interviene en el medio escolar, cuando sea en este contexto donde se hallan las variables relevantes responsables del mantenimiento del problema (contextualización del tratamiento).
3. La posibilidad de contar con terceras personas en las terapias infantiles/adolescentes se basa en las características antes mencionadas: especificidad de la conducta y control de las contingencias de reforzamiento. Este modo de intervención, llevado a cabo en el contexto natural donde aparecen las respuestas-problema y mediante los agentes que pueden reforzar conductas inadecuadas, será garantía de eficacia. Por tanto, en muchas ocasiones el papel de psicólogo será activo y directivo, orientando su actuación hacia el niño/adolescente, los padres y los profesores (Moreno, 2002).

4. Los conocimientos y habilidades adquiridas por el profesor permitirán no sólo modificar la conducta que ha motivado la consulta, sino que es muy probable que afecten a otro tipo de conductas tanto del propio niño/adolescente como de otros compañeros del entorno (generalización). En el cuadro 3.1 se presentan algunas de las posibles ventajas del entrenamiento a profesores.
5. El objetivo del entrenamiento a profesores no sólo irá dirigido al tratamiento de problemas surgidos/mantenidos en el aula (prevención terciaria), sino a promover y prevenir futuros problemas (prevención primaria). Actualmente, los programas de promoción de la salud en la escuela han adquirido una gran relevancia. Algunas de las razones de la incorporación de estos programas en los centros educativos son las siguientes: *a)* La promoción de la salud es clave para incrementar los niveles de salud del alumnado y mejorar el clima interno del centro educativo, facilitando la mejora de los resultados educativos; *b)* la infancia/adolescencia son etapas en las que se adquieren los principales hábitos y rutinas saludables, siendo el centro educativo el lugar idóneo para el aprendizaje/desarrollo de los mismos, y *c)* el centro escolar proporciona un marco de intervención social con agentes que disponen de una alta cualificación desde el punto de vista psicopedagógico: el profesorado.

### CUADRO 3.1 Posibles ventajas del entrenamiento a profesores

La intervención se desarrolla en el medio natural en el que surge, se mantiene y/o aumenta el problema (colegio), facilitando el mantenimiento de los logros después de finalizada la misma.

La intervención la realizan quienes más tiempo pasan con el niño (profesor) y tienen mayor control sobre los reforzadores más significativos para éste.

La intervención puede producir mejoras en otras conductas del niño (generalización interconductual) y cambios en otros compañeros de clase, transfiriéndose los resultados a otros contextos diferentes al aula (contextual).

La utilización de agentes naturales conllevará la disminución de costos personales y el incremento de la relación eficacia-eficiencia.

Los profesores entrenados podrán detectar e intervenir de forma temprana la ocurrencia de conductas problemáticas.

## **3.3. ÁREAS EN LAS QUE HA INTERVENIDO EL PROFESOR COMO COTERAPEUTA**

Los profesores han sido entrenados para alcanzar objetivos educativos ya

programados y mejorar el rendimiento académico de los alumnos incrementando la atención, la motivación y disminuyendo las conductas disruptivas en el aula. El interés por las conductas problema y su detección/intervención temprana podemos observarlo en los planes de formación de los futuros profesores, que incluyen asignaturas cuyos contenidos se centran en la observación de aquéllas y en la utilización de estrategias y habilidades que le permitan prevenir, desde edades tempranas, las posibles dificultades que pudieran obstaculizar el desarrollo normal del alumnado.

Las modalidades de entrenamiento utilizadas en el entrenamiento a profesores han ido desde el entrenamiento individual al entrenamiento en grupo mediante charlas o conferencias, sesiones de instrucción, grupos de discusión, lecturas, películas, guías o manuales programados.

Los objetivos principales se han centrado en que el profesor conozca el manejo de las técnicas operantes encaminadas a instaurar, mantener y reducir conductas, y que adquiriera los conocimientos idóneos para identificar, definir y evaluar conductas alteradas.

Las principales técnicas de entrenamiento empleadas han consistido en instrucciones, modelado, ensayo conductual, *feedback*, refuerzo, discusión de casos concretos, etc. No sólo se ha entrenado a profesores, sino que se ha utilizado a los mismos compañeros de clase como modificadores de conducta mediante el uso del castigo, el refuerzo y el modelado. Si recordamos el ejemplo con el que iniciamos este capítulo, observamos que la respuesta del grupo de clase (la atención prestada por los compañeros) reforzaba el enfrentamiento y la risa inadecuada del niño negativista. Por ello, el profesor debe saber manejar las respuestas del grupo para poder controlar la respuesta a modificar/mantener/instaurar del niño/adolescente concreto.

El entrenamiento a profesores en el tratamiento de la hiperactividad es uno de los que mayor número de estudios ha generado, elaborándose guías para la comprensión y actuación en la escuela (Departamento de Educación del Gobierno de Navarra, 2012). Otros problemas externalizantes, como la agresividad, la desobediencia o las conductas disruptivas en el aula han requerido de la intervención y estrecha colaboración de los educadores. Así, Guerra, Campaña, Fredes, Gutiérrez y Plaza (2011) evalúan la efectividad de una intervención dirigida a disminuir la frecuencia de conductas agresivas en preescolares mediante el entrenamiento a madres y profesoras. Corsi, Barrera, Flores, Perivancich y Guerra (2009) entrenan al profesor para aplicar un programa combinado de técnicas de modificación conductual, estudiando sus efectos en la disminución de la conducta disruptiva y fomentando el aumento de la conducta prosocial en los escolares. Los problemas de conducta agresiva, oposicionista, desobediencia y negativismo parecen especialmente adecuados para ser tratados por paraprofesionales.

La colaboración de los profesores ha sido necesaria para la resolución de problemas de niños con autismo, discapacidad intelectual, lesión cerebral, etc. Así, se han tratado problemas de autolesión, lenguaje, desobediencia y control de esfínteres en niños con discapacidad intelectual, así como rabietas en niños autistas y psicóticos. Las

compulsiones, sobreexcitación y rabiets de niños con una lesión cerebral también han sido objeto de tratamiento por parte de los profesores. Podemos encontrar algún trabajo sobre alteraciones de la personalidad en niños y colaboración de profesores, mutismo selectivo (Olivares, Piqueras y Rosa, 2006), tartamudez (Fernández-Zúñiga, 2006), fobias (Grande, 2000), etc.

## **3.4. EL ENTRENAMIENTO A PROFESORES**

### **3.4.1. Consideraciones previas al entrenamiento**

La planificación, el desarrollo y la puesta en práctica del tratamiento con niños/adolescentes constituye una tarea compleja en la que intervienen múltiples factores que el terapeuta/psicólogo debe controlar para poder enfrentarse con éxito al tratamiento del problema y a la solución de las dificultades que en el curso del mismo se presenten (Moreno, 2002). Así, por ejemplo, el profesor ha de aprender las pautas normativas del desarrollo en cada tramo de edad, a fin de poder identificar en qué medida un determinado comportamiento o patrón de respuestas puede ser considerado problemático en relación a los estándares de su grupo de referencia. Por ejemplo, las obsesiones o los rituales pueden ser problemas evolutivos; es decir, en principio, jugar una y otra vez al mismo juego o ver el mismo dibujo animado no tiene por qué requerir intervención a cierta edad, pero si persiste en el tiempo, aumenta la frecuencia de la conducta, con la consiguiente inversión de tiempo, genera malestar en el niño cuando se le impide realizarlo, o se muestra irritable, ansioso y agresivo, podemos estar ante un trastorno obsesivo-compulsivo (Rosa y Olivares, 2010). Este problema en el contexto escolar podría manifestarse con la respuesta de borrar, borrar y volver a borrar un ejercicio pese a estar correcto. El niño tendrá miedo a que suceda algo (siempre desagradable) si no realiza el ritual un número determinado de veces, lo que llevará, al tratarse de una compulsión, a un aumento en la frecuencia de esta respuesta. Conociendo qué repertorios conductuales son adecuados a cada edad y sexo, el profesional podrá evitar errores relacionados con la oportunidad de las intervenciones.

El psicólogo/profesor también habrá de conocer qué reforzadores son recomendables en función de la edad y preferencias del niño. Para cada niño, y a cada edad, se preferirán unos reforzadores u otros.

Por otro lado, el ambiente familiar, educativo y social influye en el desarrollo y mantenimiento de estos problemas. Son los padres y los profesores los que, en un principio, identifican e informan de problemas conductuales. Por ello, identificar las creencias de los adultos sobre los problemas en los niños/adolescentes y conocer su sensibilidad hacia los comportamientos de éstos será una tarea esencial previa a la intervención. Podemos encontrarnos con padres/profesores que no ven ningún

comportamiento problemático, frente a los que consideran que casi todos los comportamientos lo son.

En el contexto específico de la evaluación, el profesional también ha de tener en cuenta las variables que pueden afectar tanto a los adultos como a los propios niños/adolescentes, si han de participar en este proceso como informadores. En el caso de los adultos, hemos de considerar que el nivel de especificidad de la respuesta del niño/adolescente puede llevar a discrepancias entre los informadores, es decir, desacuerdo entre los adultos a la hora de informar al profesional sobre el carácter problemático de un comportamiento. No es que los adultos mientan, pero puede suceder, y con frecuencia sucede, que el niño se comporte de forma completamente distinta en función del adulto con el que se relaciona. Por ello, el profesional debe proveerse de datos obtenidos a partir de la observación de la conducta manifiesta. Si es posible, los datos deben provenir del registro realizado por observadores independientes. Por lo que respecta a los niños, si el profesional decidiese utilizar información proporcionada por éstos, ha de saber que hasta una determinada edad, cuyo mínimo se sitúa generalmente entre los diez u once años, los niños no han desarrollado las habilidades de autoobservación y autoevaluación precisas para informar de sus respuestas en cualquiera de los tres sistemas (psicofisiológico, cognitivo y motor) en los términos topográficos de frecuencia, duración e intensidad, lo que es una condición necesaria para realizar una evaluación conductual. Éstas y otras muchas razones justifican el énfasis que se ha de poner para obtener datos que provengan de la observación de la conducta manifiesta de los chicos, tanto para determinar si existe o no un problema/trastorno como para la selección de los objetivos de la intervención y la valoración de los efectos del tratamiento.

Junto a estas consideraciones hay que incluir la importancia de la comprensión y actitud de los maestros/profesores ante las intervenciones con niños/adolescentes, siendo especialmente relevante que entiendan y comprendan la importancia de su actuación en el origen y/o mantenimiento de los problemas como en su resolución. Por tanto, el entrenamiento a maestros/profesores debe contemplar una formación que incluya la información sobre los problemas y las destrezas para modificar ciertas conductas, a la vez que deben controlarse variables como la actitud y las creencias si queremos que los tratamientos sean eficaces.

### **3.4.2. Fases de entrenamiento a profesores**

El entrenamiento a maestros/profesores lo podemos dividir en cuatro grandes fases: 1) fase psicoeducativa; 2) fase de entrenamiento en el contexto artificial; 3) fase de aplicación al contexto natural, y 4) fase de seguimiento: los efectos a medio y largo plazo.

#### **3.4.2.1. Fase psicoeducativa**

En esta fase se transmitirá al profesor la información relativa tanto al problema/trastorno en cuya intervención va a participar como respecto del modelo explicativo del mismo y, en su caso, en los resultados del análisis funcional que hayamos realizado. Resulta necesario que pueda entender cuáles son las variables que participan en la aparición/mantenimiento del problema y qué papel están desempeñando o pueden desempeñar en su control/eliminación, si reciben entrenamiento *ad hoc*, y nuestro apoyo, orientación y supervisión durante el proceso de intervención. Las explicaciones girarán sobre los resultados del análisis topográfico, que nos permitirán indicar los problemas que genera el exceso, el defecto o la descontextualización de las respuestas, así como de los resultados propios del análisis funcional, que nos informa sobre las relaciones entre la situación (estímulo o configuración estimular) y las respuestas manifiestas o encubiertas (lo que pensamos, sentimos/reacciones corporales y lo que hacemos). En este contexto se presta especial atención a que las respuestas inadecuadas o desadaptativas son el resultado del aprendizaje, así como al papel que desempeña la carencia de aprendizajes (vulnerabilidad) que resultan básicos para afrontar con éxito determinadas situaciones, concluyendo que todo lo que se ha aprendido y ya no resulta adecuado, así como lo que se aprendió mal y siempre ha producido problemas, puede ser sustituido por otro aprendizaje.

El resultado de todos estos razonamientos es dejarle claro al profesor que los aprendizajes que le proponemos tienen una función concreta en relación al problema que se pretende tratar. Además, explicaremos de forma clara y concreta el procedimiento, con el fin de motivarle, hacerle comprender la estrategia básica y los principios en los que fundamenta su eficacia. De igual modo, se le indicarán las tareas a efectuar durante el entrenamiento: registro de observación en el aula, realización del análisis funcional, estudio de los reforzadores de la respuesta, etc.

### **Primera tarea: Enseñar al profesor cómo se describe de forma operativa la respuesta problema**

La/s respuesta/s problema/s deben ser descritas de forma objetiva, evitando el uso de etiquetas vagas e imprecisas. Por ejemplo, si decimos que un alumno es negativista-desafiante, será difícil llevar a cabo la modificación de las respuestas inadecuadas, pues no podemos registrar este constructo más que a través de la descripción operativa del mismo. ¿Ser desafiante significa que se ríe del profesor, le contesta, se niega a hacer lo que le dice, tiene pataletas, etc.? Por tanto, hemos de preguntar: ¿Qué hace el niño? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Con qué frecuencia o intensidad? La descripción también debería incluir la referencia al sistema de respuesta al que nos estamos refiriendo en cada momento: motor o relativo a la musculatura estriada (se levanta de la silla, corre por el pasillo, pega, etc.), psicofisiológico (sudoración, enrojecimiento, tragar saliva, etc.) y cognitivo (pensamientos, imágenes o impulsos). De este modo, el problema quedará descompuesto en unidades o respuestas que pertenecerán a uno u otro sistema, lo que

nos permitirá conocer cómo se manifiesta aquél, es decir, cuáles son sus características y el modo en que se presenta (análisis topográfico).

### Segunda tarea: Enseñar al profesor el registro de la respuesta problema

Definida de forma operativa u objetiva la respuesta problemática, se enseñará al profesor a registrarla. El registro de los parámetros que permiten delimitar objetivamente la/s respuesta/s que deseamos cambiar es de vital importancia para poder valorar los cambios que se producen, así como controlar si su dirección es la deseada o no. Desde un punto de vista puramente descriptivo o topográfico, el registro puede reducirse a la frecuencia, duración e intensidad, a uno de éstos o a sus combinaciones, según se requiera. En todo caso, el registro puede ser general y anotarse la respuesta a lo largo del día; o situacional, en cuyo caso se restringe la nota a la ocurrencia de la situación concreta en la que se presenta la respuesta problemática. La frecuencia de la dimensión de la conducta que queremos controlar determinará el modo de registro más adecuado. Así, por ejemplo, si consideramos como respuesta problema «reírse del profesor» y «decir ¡no! a todo lo que éste le indica», la duración de registro comprenderá bien todas las horas escolares (lo cual puede suponer un agotamiento del profesor y no poder realizar la tarea educativa en clase) o sólo las horas que decidan observarse. El modo en que llevaremos a cabo el registro variará, tal como hemos indicado y recogemos más adelante. En el cuadro 3.2 se presenta un ejemplo de registro para el profesor dividido en diferentes momentos.

CUADRO 3.2 ([Descargar](#) o [imprimir](#))  
Registro: Reírse del profesor y decir «no»

		REÍRSE DEL PROFESOR	DECIR «NO»
	MOMENTOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA
LUNES	<i>Por la mañana:</i> De 9:00 a 10:00		
	De 13:00 a 14:00		
	<b>TOTAL</b>		
MARTES	<i>Por la mañana:</i> De 9:00 a 10:00		
	De 13:00 a 14:00		
	<b>TOTAL</b>		
	<i>Por la mañana:</i>		

<b>MIÉRCOLES</b>	De 9:00 a 10:00
	De 13:00 a 14:00
	<b>TOTAL</b>
<b>JUEVES</b>	<i>Por la mañana:</i> De 9:00 a 10:00
	De 13:00 a 14:00
	<b>TOTAL</b>
<b>VIERNES</b>	<i>Por la mañana:</i> De 9:00 a 10:00
	De 13:00 a 14:00
	<b>TOTAL</b>

### **Tercera tarea: Enseñar al profesor el funcionamiento de la conducta-problema**

Registrada la respuesta problema, el profesor ha de responder a las preguntas: ¿Qué ocurre antes de que el niño presente esa respuesta? ¿En qué contexto aparece? ¿Quién está presente en ese contexto? ¿En qué momento del día sucede?, etc. Es decir, se analizarán las variables que están relacionadas con el problema, tanto las que puedan haber influido en su inicio y desarrollo, como las que se asocian a su actual mantenimiento. Estas últimas son las más importantes, ya que el tratamiento estará basado principalmente en la modificación de las mismas. Todos estos aspectos a valorar se clasifican en dos grandes grupos:

- a) *Variables antecedentes a las respuestas problemáticas.* Se trata de un conjunto de variables (estímulos, situaciones, pensamientos) que preceden a las respuestas-problema. Entre los antecedentes lejanos encontramos variables como la experiencia y la historia de aprendizaje del niño, eventos estresantes, estilo educativo de los padres, desarrollo de creencias, expectativas y sesgos cognitivos, etc. Los antecedentes más próximos son los que desencadenan la respuesta-problema. Éstos pueden ser internos, como reacciones fisiológicas y eventos cognitivos (pensamientos e imágenes) o externos, que hacen referencia a los estímulos ambientales (presencia del profesor, hora del día, asignatura concreta, etc.). Dentro de las variables internas se encuentran las variables pertenecientes al organismo, o variables «O», dentro de las que estarían los determinantes biológicos anteriores y actuales (así, por ejemplo, presentar autismo, discapacidad intelectual, hiperactividad, etc.), el repertorio de conductas ya existente y la historia previa del modo en el que ha aprendido. En el caso del niño negativista, las

variables antecedentes pueden ser la presencia del profesor X o la hora del día (ocurre con más frecuencia cuando está cansado —después del recreo—, cuando ha tenido algún problema en casa, cuando no ha dormido bien, etc.).

- b) *Variables consecuentes a las respuestas problemáticas.* Las consecuencias inmediatas a las respuestas-problema son un factor de vital importancia, ya que participarán en el mantenimiento del problema y, por ello, deberán ser manipuladas durante el tratamiento, ya que si éstas son reforzadas el niño tenderá a repetir las respuestas-problema. En el caso de problemas de comportamiento en el aula, la principal consecuencia que el niño experimenta tras la realización de la respuesta es la llamada de atención del grupo y del profesor (refuerzo positivo), y en el caso de miedos/fobias será la eliminación del estado de ansiedad (refuerzo negativo). Otra cuestión relevante es que generalmente dedicamos más tiempo y prestamos más atención a las conductas del niño que nos molestan que a las adaptativas o positivas. Desconocemos u olvidamos que cuando una respuesta, como llorar o gritar, va seguida de nuestra atención o de cualquier otro reforzador, ésta incrementa su probabilidad de ocurrencia en el futuro. Se ilustrará al profesor con ejemplos de cómo una misma respuesta puede ir seguida de consecuencias diferentes e incluso contradictorias, dependiendo de la situación en la que se presente. Las consecuencias, además, variarán si la situación cambia: la conducta de correr no tiene las mismas consecuencias si ocurre en el recreo que si ocurre en el aula. El niño debe aprender a diferenciarlas. Sin embargo, si un día reforzamos una respuesta y otro la castigamos, al niño le resultará difícil distinguir y aprender qué hacer en cada caso. Una vez que el niño/adolescente ha aprendido lo que valora, el profesor puede luego influir utilizando precisamente este conocimiento para manipularlo en aquellas situaciones que lo posibiliten. En nuestro ejemplo, si el niño, tras reírse del profesor o desobedecerle, observa que sus compañeros potencian su respuesta riéndose con él y que el profesor se encoleriza y pierde el control, habrá conseguido lo que pretende, reforzando las respuestas inadecuadas.

Resumiendo, los consecuentes influyen en la respuesta antecedente, creando expectativas de resultados similares en ocasiones futuras, siendo tres los sistemas que regulan las consecuencias de las conductas-problema: los refuerzos externos (positivos y negativos), el refuerzo vicario y los autoreforzos. El profesor también aprenderá a identificar los estímulos reforzadores del niño/adolescente, bien observando lo que él realiza en sus ratos libres, lo que hacen otros iguales o preguntándole qué es lo que más le gustaría hacer. No obstante, no todos los reforzadores tienen la misma eficacia en todo momento y para todos los niños. La edad, el contexto cultural, la abundancia y la escasez económica, etc., hacen variar enormemente el potencial de los reforzadores e incluso su cualidad.

En la figura 3.1 presentamos el esquema básico del análisis funcional que ha de

aprender el profesor, teniendo como ejemplo el niño negativista.

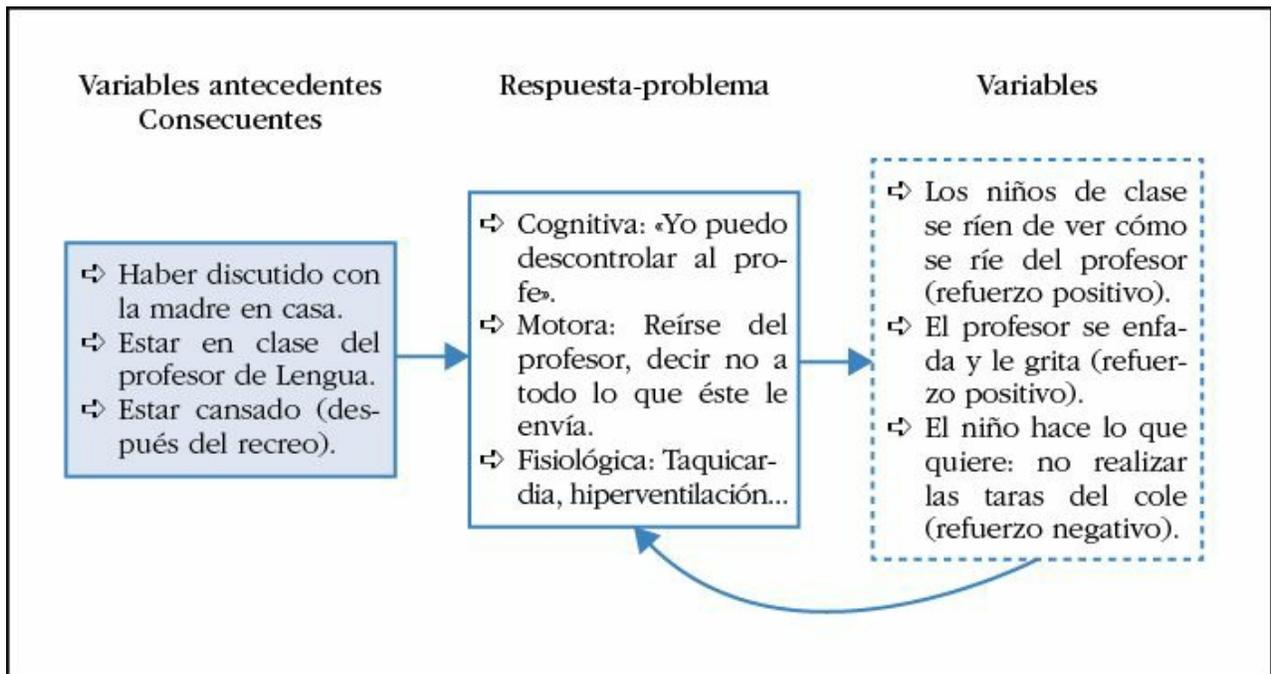


Figura 3.1. Análisis funcional de la conducta-problema.

#### Cuarta tarea: Construir la línea de base

Para saber si conseguimos cambios, en qué grado y sentido, hay que indicar al profesor que precisamos tener una referencia clara con la que comparar los resultados. Esa referencia es la denominada «línea de base», que será construida con los datos de la observación recogidos antes de que el profesor inicie la aplicación de lo aprendido para cambiar la conducta problemática. Esos datos se obtienen en condiciones «naturales», es decir, sin que los maestros o profesores modifiquen su manera de actuar, antes de que empiecen a seguir las indicaciones del entrenamiento. La duración del período destinado a este fin suele ser en general de una semana; no obstante, el criterio es que se recojan datos hasta que la respuesta se muestre regular para que sea representativa. Excepcionalmente, cuando las respuestas tienen una frecuencia de ocurrencia muy baja (dos o tres veces al día, o menos) la observación y el registro puede llegar a durar hasta un mes. El tiempo de registro siempre lo determina la representatividad de los datos respecto de la frecuencia, la duración o la intensidad con la que se presenta la conducta problemática.

Para la descripción del modo como se construye la línea base el profesional puede actuar del siguiente modo: *a)* Se dibujan dos líneas: la línea X horizontal (abscisas) y la línea Y vertical (ordenadas). *b)* Se colocan los datos obtenidos mediante el registro de la conducta mensurable del siguiente modo: en la línea horizontal se colocan los días de la

semana, los meses, las horas, etc. Siguiendo con el ejemplo anterior, colocaríamos los días de la semana en los que hay colegio (lunes, martes, miércoles, jueves y viernes). En la línea vertical, una vez seleccionadas las unidades que se van a emplear (unidades, decenas, centenas, etc.) pondremos la variable dependiente medida (frecuencia, duración, intensidad o grado de malestar, etc.), por ejemplo el número de veces que se ríe o dice ¡no! al profesor.

Al construir la línea de base nos podemos encontrar con una serie de problemas a los que hay que prestar cierta atención, aunque sea el terapeuta quien ha de interpretarlos en última instancia. No obstante, los coterapeutas deberán conocer algunas de las irregularidades que pueden presentarse, como son: a) *Que la frecuencia de las respuestas en la línea de base sea muy variable*. Cuando la línea base varía es importante identificar los factores que producen esa variabilidad, por ejemplo la hora del día, la fatiga, el hambre, la presencia de otras personas, etc. b) *Que la frecuencia de los datos sea variable para una misma situación, pero regular cuando ocurre*. En casos como éste se requiere una recogida de información más exhaustiva. c) *Que la frecuencia de la línea de base cambie de un día a otro*. Del mismo modo que en el caso anterior, debemos examinar los posibles factores que pueden influir en esos cambios y mantener el registro de la conducta el tiempo que sea necesario hasta encontrar un patrón de respuesta estable dentro de un determinado intervalo de ocurrencia.

#### 3.4.2.2. Fase de entrenamiento en el contexto artificial

Los datos recogidos en la evaluación inicial y el modelo teórico de referencia nos van a permitir poder seleccionar las actuaciones más indicadas, aquellas que han de conformar el programa de tratamiento. Se observarán las relaciones funcionales puestas de manifiesto por el análisis funcional entre las respuestas problemáticas y los estímulos que las desencadenan y/o mantienen. La línea de base, construida a partir de la información recogida inicialmente, nos permitirá constatar si la conducta cambia. Al estudiar nuestra intervención midiendo antes, durante y después las respuestas-problema garantizamos, en general, que los cambios observados en la variable dependiente se deben a las variaciones introducidas en la variable independiente o tratamiento. Es entonces el momento de diseñar un plan de intervención, que incluirá tanto estrategias de evaluación como de entrenamiento en técnicas que posteriormente se emplearán. Para realizar el entrenamiento del profesor se hará uso de recursos como las instrucciones, el modelado, la instigación, el juego de papeles o *role playing*, el ensayo de conducta, la retroalimentación o *feedback* y el refuerzo positivo, pero también podrá auxiliarse de otros de carácter material, como el DVD, para facilitar el conocimiento de la propia actuación durante el entrenamiento, sobre contenidos de modelado simbólico, etc. Se discutirán los problemas que pueden surgir y las dificultades encontradas. Además, se le entregará un resumen de los contenidos abordados y tareas para casa. Algunas de las

técnicas que se han utilizado en diferentes estudios donde los profesores han intervenido como coterapeutas son las recogidas en el cuadro 3.3., agrupadas en función de los fines para los que se utilizan.

CUADRO 3.3  
Algunas técnicas utilizadas por profesores

<p><b>TÉCNICAS PARA DESARROLLAR Y MANTENER CONDUCTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ Moldeamiento.</li> <li>⇨ Encadenamiento.</li> <li>⇨ Economía de fichas.</li> <li>⇨ Contrato de contingencias.</li> <li>⇨ Refuerzo diferencial.</li> </ul>
<p><b>TÉCNICAS PARA REDUCIR CONDUCTAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ Coste de respuesta.</li> <li>⇨ Tiempo fuera del refuerzo social o aislamiento.</li> <li>⇨ Retirada de atención.</li> </ul>
<p><b>TÉCNICAS DIRIGIDAS A REDUCIR LA ANSIEDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ Desensibilización sistemática.</li> <li>⇨ Inundación.</li> <li>⇨ Aproximaciones sucesivas.</li> <li>⇨ Relajación.</li> <li>⇨ Respiración.</li> </ul>
<p><b>TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ Autoinstrucciones.</li> <li>⇨ Inoculación al estrés.</li> <li>⇨ Relajación y respiración.</li> <li>⇨ Planificación de conductas.</li> <li>⇨ Imágenes mentales.</li> </ul>
<p><b>TÉCNICAS PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ Entrenamiento en habilidades de comunicación, asertivas, afectivas y cognitivas mediante ensayo de conducta, modelado, retroalimentación, etc.</li> </ul>
<p><b>TÉCNICAS PARA EL ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ Entrenamiento en pensamiento causal o pensamiento medios-fines.</li> <li>⇨ Entrenamiento en pensamiento consecuencial.</li> <li>⇨ Generación de soluciones alternativas.</li> <li>⇨ Identificación y valoración de consecuencias.</li> <li>⇨ Ejecución de soluciones y verificación.</li> </ul>

Las tareas a seguir en esta fase son dos.

### **Primera tarea: Entrenar en condiciones simuladas y simplificadas**

Los contenidos y actividades de esta tarea han de gozar de la mayor validez ecológica posible, es decir, estarán referidos a los propios del contexto cotidiano en que se ha de aplicar lo aprendido. Con este fin, en primer lugar se instruirá al profesor sobre cómo se ha de actuar, para a continuación ejemplificar la instrucción con su propia actuación; es

decir, actuarán de modelo y aplicarán las técnicas seleccionadas para la ocasión, para que éstos aprendan cómo han de utilizarlas observando el comportamiento ajeno (aprendizaje vicario). A continuación, el profesor ensayará su aplicación tantas veces como sea necesario hasta lograr una actuación correcta. La práctica de lo instruido y observado se puede realizar imitando el comportamiento del modelo (ensayo), intercambiando papeles (actuando como lo hace el otro), observando la propia actuación en una grabación audiovisual, recibiendo retroalimentación positiva del psicólogo o de otros compañeros entrenados, etc. Pese a ser una simulación de la situación real, debe ser representativa de ésta. Asimismo, dado que se trata de una situación de aprendizaje, hemos de procurar que sea lo más sencilla posible, a fin de facilitar su comprensión, aumentando posteriormente su dificultad.

En ocasiones, como paso previo al entrenamiento propiamente dicho, el profesional puede utilizar la dinámica de grupos (si se trata de un entrenamiento grupal) para generar la discusión respecto de la técnica a entrenar, a fin de promover la motivación y una mayor implicación por parte de los educadores. Si se optara por esta estrategia, se han de contemplar las variables que pueden influir en su utilización (desvío del objeto de la discusión, descalificaciones de la posible eficacia de la técnica, dudas acerca de la propia capacidad, etc.).

### **Segunda tarea: Acordar y proponer las tareas intersesiones**

El profesor aplicará entre sesión y sesión de entrenamiento los conocimientos adquiridos, y las destrezas modeladas y ensayadas tanto en la presente sesión como en las previas. Al finalizar la fase relativa al entrenamiento simulado, el profesional entregará al profesor un resumen de los contenidos abordados, y posteriormente propondrá las tareas básicas para realizar en casa y en el centro. Estas tareas tienen por objeto el acercamiento al contexto natural de lo aprendido en la situación artificial, simulada y simplificada que se ha diseñado para tal fin. Para dar mayor participación al profesor será adecuado proponer la inclusión de tareas relativas al caso concreto a tratar en el aula. En nuestro ejemplo, podría consistir en observar si la eliminación de reforzadores positivos disminuye la frecuencia de las respuestas problemáticas. En las últimas sesiones de tratamiento es muy importante revisar las estrategias aprendidas, promover la generalización al ambiente natural del niño, explorar las posibles dificultades futuras y las estrategias para hacerles frente (prevención de recaídas). Asimismo, debemos repasar y reconocer los éxitos logrados hasta el momento. Esta fase es sumamente importante, ya que es uno de los elementos que predice el buen resultado de las intervenciones.

#### **3.4.2.3. Fase de aplicación al contexto natural**

La tercera fase consiste en aplicar los conocimientos adquiridos, las estrategias, las

habilidades modeladas y las destrezas ensayadas en las sesiones previas al contexto natural. La aplicación se realiza con el fin de conseguir la consolidación de los aprendizajes y su generalización a distintos contextos, aquéllos en los que se presenta la conducta que queremos ayudar a modificar.

Esta tercera fase gira fundamentalmente en torno a las tareas del centro educativo, propuestas y acordadas, pero no excluye la aplicación ocasional de lo aprendido a problemas no contemplados previamente. En general, la puesta en práctica se desarrolla bajo la orientación y supervisión indirecta del psicólogo responsable del entrenamiento. Esta práctica guiada se puede llevar a cabo de forma directa, mediante grabaciones o por contacto telefónico al que pueden recurrir en un determinado horario para consultar dudas relativas a la aplicación. La posibilidad de tutorizar en el contexto natural y a tiempo real es una realidad actual gracias a las nuevas tecnologías, y esta posibilidad ofrece grandes ventajas de cara a las buenas prácticas en intervención psicológica.

#### 3.4.2.4. Fase de seguimiento: los efectos a medio y largo plazo

Uno de los desafíos más importantes de todo programa de entrenamiento es conseguir que los efectos de su aplicación se generalicen en el tiempo, es decir, se mantengan. Para poder analizar tales efectos a medio y largo plazo es preciso recoger datos sobre la persistencia de los efectos del programa de tratamiento, lo que supone, de hecho, tanto verificar el estado de conservación de los aprendizajes una vez finalizada la aplicación del entrenamiento, como seguir registrando el comportamiento del niño/adolescente al que se le ha aplicado lo aprendido a los tres, seis, doce y veinticuatro meses. Una de las consecuencias más notables de este seguimiento, a medio y largo plazo, es el hecho de poder valorar la necesidad de llevar a cabo un entrenamiento adicional al profesor, a modo de sesiones recordatorias respecto de aquellos componentes del entrenamiento que más fácilmente se olvidan o que se pueden prestar a un uso erróneo.

En la figura 3.2 presentamos un resumen de las fases de entrenamiento presentadas y las tareas a realizar.

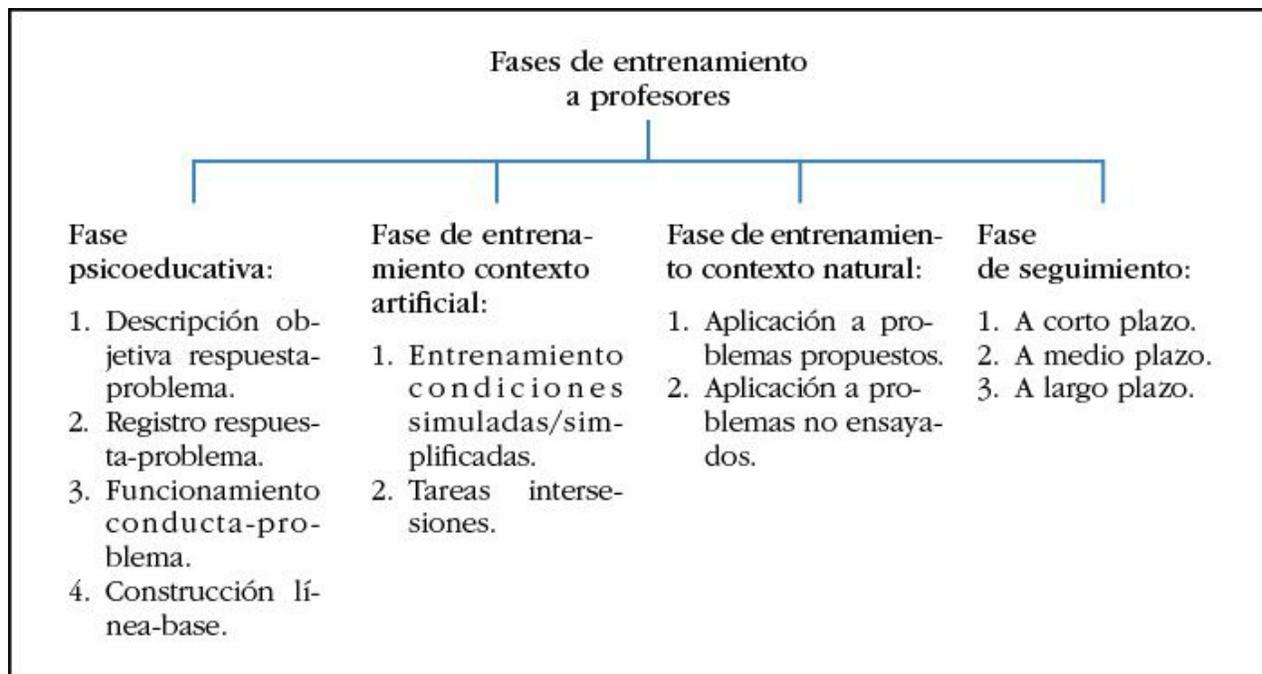


Figura 3.2. Fases de entrenamiento y tareas realizadas.

### 3.5. ALGUNOS PROBLEMAS Y SUS SOLUCIONES

Algunos de los problemas con los que nos podemos enfrentar en el entrenamiento a profesores son los siguientes:

1. *Falta de asistencia a algunas sesiones o abandono del programa.* Para solucionar este problema se pueden programar reforzadores (sociales, monetarios) que incentiven el seguimiento del programa y la utilidad del mismo.
2. *Dificultad para poner en práctica lo aprendido.* Para evitar este problema es muy importante minimizar las lecciones magistrales u otras modalidades de exposición verbal en la fase educativa o de información, y maximizar la implicación de los profesores en la realización de actividades durante las fases de entrenamiento y aplicación de las habilidades o tareas para casa. Frente a las puras descripciones verbales es conveniente utilizar la instrucción más el modelado, juego de papeles, discusión grupal, etc.
3. *Olvido de las tareas para casa o intersecciones.* Conseguir que los profesores, durante la fase de entrenamiento, practiquen todo lo que se contempla en la programación de «tareas para casa» es necesario para ir generalizando y asimilando bien los aprendizajes. Para solucionar este problema es importante que al inicio de las sesiones de entrenamiento se revise con todo cuidado y detalle estas tareas.
4. *No realización de registros de observación.* Una utilización excesiva de registros

puede producir fatiga en los profesores y tendencia a no cumplimentarlos. Para ello, debemos restringir la confección y cumplimentación de los mismos a aquellos que resulten estrictamente necesarios.

5. *Abandono del entrenamiento una vez finalizada la fase de intervención en el contexto artificial.* Para evitarlo se podrían incluir contactos telefónicos, entrevistas programadas (en el despacho del terapeuta o en el centro escolar) para analizar dificultades y motivar al profesor, asistencia del terapeuta al contexto escolar para revisar cómo el profesor maneja las respuestas problemáticas, etc.
6. *No mantenimiento de las estrategias que han producido el cambio.* Los profesores deben estar dispuestos a mantener la conducta que estimamos necesario fomentar. Por tanto, se debe seguir incrementando la frecuencia de los ensayos de aplicación. A más frecuencia, más consolidación temporal y mayor probabilidad de generalización situacional.
7. *Olvido del seguimiento.* Para evitar que esto suceda se pueden planificar las sesiones de seguimiento del profesor con el psicólogo con una frecuencia quincenal, en principio, y mensual, posteriormente, con el fin de valorar la conducta problemática del niño/adolescente, proporcionándole ayuda si fuera necesario.

### 3.6. RECURSOS

#### Lecturas recomendadas

**Departamento de Educación del Gobierno de Navarra (2012).** Entender y atender al alumnado con Déficit de atención e hiperactividad. [http://creena.educacion.navarra.es/recursos/guiastatdah/pdfs/guia\\_tdah.pdf](http://creena.educacion.navarra.es/recursos/guiastatdah/pdfs/guia_tdah.pdf).

Se presenta una guía orientada para el profesorado de alumnos con TDAH. Explica en qué consiste el problema y sus manifestaciones, junto a las necesidades del niño/adolescente que lo padece. Finalmente, presenta orientaciones para el profesor en el aula, distinguiendo diferentes medidas de intervención según la etapa escolar en la que el niño/adolescente se encuentra.

**Moreno, I. (2002).** *Terapia de conducta en la infancia. Guía de intervención.* Madrid: Pirámide.

Manual estructurado en cinco capítulos, a través de los cuales se analiza qué elementos es necesario tener en cuenta antes de intervenir con niños/adolescentes, cuáles son las habilidades del terapeuta, cómo se lleva a cabo el proceso de intervención y cómo optimizar los resultados de los tratamientos, para finalizar con los aspectos éticos y deontológicos a tener en cuenta en el tratamiento con esta población.

**Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares, P. J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Pirámide.**

Este libro es una guía para el diseño, aplicación y evaluación del entrenamiento para los padres. Su lectura se recomienda a todos los profesionales que trabajan con padres, niños y familias (psicólogos, maestros, pedagogos, trabajadores sociales, pediatras, etc.), ya que se trata de una herramienta que contiene los conocimientos, estrategias, habilidades y destrezas de uso más frecuente, y que han probado ser eficaces para la formación de los padres como agentes del cambio de la conducta de sus hijos.

### **3.7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-10.
- Corsi, E., Barrera, P., Flores, C., Perivancich, X. y Guerra, C. (2009). Efectos de un programa combinado de técnicas de modificación conductual para la disminución de la conducta disruptiva y el aumento de la conducta prosocial en escolares chilenos. *Acta Colombiana de Psicología*, 12, 67-76.
- Departamento de Educación del Gobierno de Navarra (2012). *Entender y atender al alumnado con déficit en atención e hiperactividad*. [http://creena.educacion.navarra.es/recursos/guiastatdah/pdfs/guia\\_tdah.pdf](http://creena.educacion.navarra.es/recursos/guiastatdah/pdfs/guia_tdah.pdf).
- Fernández-Zúñiga, A. (2006). Intervención en un caso de tartamudez. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (eds.), *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes* (pp. 363-384). Madrid: Pirámide.
- Grande, M. D. (2000). El miedo y sus trastornos en la infancia: prevención e intervención educativa. *Aula: Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 12, 123-144.
- Guerra, C., Campaña, M. Á., Fredes, V., Gutiérrez, L. y Plaza, H. (2011). Regulación de la agresividad entre preescolares mediante el entrenamiento a madres y profesoras. *Terapia psicológica*, 29(2), 197-211. Recuperado en 15 de diciembre de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000200007).
- Moreno, I. (2002). *Terapia de conducta en la infancia. Guía de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2006). Detección e intervención temprana en mutismo selectivo. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (eds.), *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes* (pp. 337-361). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Pirámide.
- Rosa, A. I. y Olivares, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.



Parte segunda

## **Procedimientos emocionales**

# 4. TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR, RESPIRACIÓN PROFUNDA Y VISUALIZACIÓN

JUAN MANUEL ORTIGOSA QUILES, FRANCISCO X. MÉNDEZ CARRILLO Y ANTONIO RIQUELME MARÍN

## 4.1. INTRODUCCIÓN

El uso de las técnicas de relajación muscular, respiración profunda y visualización en la práctica clínica con niños y adolescentes, así como en la psicología aplicada en general, es oportuno cuando el niño es muy inquieto, está nervioso o ansioso, está fatigado, le cuesta dormir o tiene miedo. Es habitual que estas técnicas formen parte de una intervención multicomponente acompañando a otros procedimientos, debido a la complejidad de los problemas a los que se aplican (trastornos de ansiedad, hiperactividad, insomnio, entre otros).

El objetivo principal del entrenamiento es que el niño alcance la habilidad para reducir su activación fisiológica, proporcionando una sensación general de bienestar y control. También puede ser un buen medio para que el niño interiorice el esquema corporal y tome conciencia de su respiración.

En el presente capítulo se explicará cómo aplicar un ejercicio de relajación que integra las técnicas de tensión-distensión muscular, la respiración profunda, pausada y regular, y la visualización de escenas agradables y relajantes<sup>1</sup>, tomando como fundamento la adaptación realizada por Cautela y Groden (1985), aunque hay que tener en cuenta las diferencias debidas a la edad (véase cuadro 4.1). La enseñanza de la técnica se ejercitará a través de tres fases: educativa, entrenamiento y aplicación adaptadas a la edad del niño.

CUADRO 4.1  
La importancia de la edad en el entrenamiento en relajación

<b>BEBÉS (0 A 3 AÑOS)</b>	Ir integrando momentos de relajación en la vida cotidiana. Acompañar con música tranquila, masaje suave y habla pausada.
<b>PRIMERA INFANCIA (3 A 6 AÑOS)</b>	Relajación guiada en ambiente marcadamente lúdico y uso de símiles (globo, robot-muñeco de trapo). Incorporar ejercicios sencillos de imaginación. Interiorización del esquema corporal.
<b>INFANCIA (7 A 9 AÑOS)</b>	Probar técnicas estructuradas mediante las pertinentes adaptaciones: relajación progresiva o relajación autógena. Uso de la relajación dinámica.

**PREADOLESCENCIA  
(10 A 12 AÑOS)**

Averiguar la técnica de relajación que mejor se adapta al niño. En esta edad se debe actuar según las preferencias naturales del niño.

**ADOLESCENCIA  
(13 A 17 AÑOS)**

Fomentar el uso personal de la relajación según las preferencias y necesidades. A esta edad se puede usar técnicas específicas o combinadas.

## 4.2. FASE EDUCATIVA

Empezaremos por averiguar qué conocimientos tienen el niño y sus padres sobre la relajación. Si conocen o poseen dicha habilidad dentro de su repertorio de estrategias de afrontamiento, a continuación se indagará sobre su capacidad para utilizarla correctamente en el momento adecuado. Si la respuesta a estas cuestiones es afirmativa, lo aconsejable es aprovechar estos conocimientos, pues es una pérdida de tiempo enseñar lo que ya se sabe, y más práctico aprovechar la preparación que el niño ya posee.

Una vez que se ha tomado la decisión de entrenar en la relajación, se iniciará una fase educativa que supone abordar los siguientes puntos:

- ⇨ Mostrar la utilidad de la relajación y los efectos beneficiosos que tienen sobre el cuerpo: *«Vas a aprender a relajarte. La relajación la usamos para quitarnos los nervios que a veces son muy molestos. Con la relajación vas a conseguir tranquilizarte y sentirte mejor».*
- ⇨ Relacionar la tensión con malestar, nervios o intranquilidad, a la par que la relajación con tranquilidad, paz o control: se le pedirá al niño que evoque situaciones en las que se encuentre tenso: *antes de un examen, cuando vas a hablarle a una chica/o que te gusta mucho, cuando tu equipo favorito va a lanzar un penalti en el último minuto para ganar el partido.* En contraste, nos dirá momentos en los se encuentra relajado: *viendo en la tele tu programa favorito, cuando estás jugando con tu mejor amigo/a, escuchando la música que más te gusta, pasando un día en la playa, etc.*
- ⇨ Identificar los puntos de tensión muscular: para esta tarea se empleará el propio cuerpo del niño, un muñeco o un dibujo del cuerpo humano donde el niño indique en qué zona muscular nota la tensión: *«Señala con tu dedo/Pinta dónde notas la tensión. Por ejemplo, ¿en la barriga? ¿en el brazo?...».*

## 4.3. FASE DE ENTRENAMIENTO

### 4.3.1. Antes de empezar

#### 4.3.1.1. Evaluar las habilidades prerequisite

Para maximizar la efectividad de la relajación es aconsejable valorar inicialmente la capacidad del niño en cada una de las habilidades prerequisite necesarias para el posterior desarrollo del entrenamiento.

- ⇒ *Imitación*: el niño debe ser capaz de imitar, pues en la fase de aprendizaje reproducirá movimientos a partir del modelado del terapeuta. Para ello se comprobará si mantiene la atención, entiende los movimientos y es capaz de reproducirlos.
- ⇒ *Seguir órdenes sencillas*: el entrenamiento supone practicar indicaciones verbales como «*tensa los músculos*» o «*deja de tensar los músculos*». En este sentido, es necesario comprobar si el niño es capaz de comprender y seguir órdenes sencillas referidas a movimientos motores.
- ⇒ *Comprensión de conceptos*: los conceptos de tensar y destensar pueden ser incomprensibles para el niño. Hay que averiguar de antemano qué palabras son las más adecuadas para utilizar durante el entrenamiento. Por ejemplo, el término tensar se puede sustituir por *endurecer*, *apretar*, *presionar*, *hacer fuerza*; mientras que destensar lo sería por *ablandar*, *soltar* o *aflojar*. Estos términos se pueden acompañar con símiles: «*endurece el brazo como si fuese el tronco de un árbol*» o «*deja blando el brazo como si fuera de algodón*».
- ⇒ *Habilidad para la respiración*: se comprobará la habilidad respiratoria del niño mediante juegos sencillos (v.g.: guiado de una pelota de ping-pong, soplo de un matasuegra, inflado de un globo).
- ⇒ *Habilidades de visualización*: se le pedirá al niño que imagine una escena (un día de playa, un día en la montaña) y que la narre. Aquí hay que tener en cuenta que participa la capacidad de imaginar (actividad cognitiva) y la de describir la escena (actividad lingüística). Es importante que el niño describa la situación imaginada con la mayoría de sus sentidos. Para facilitar la tarea le preguntaremos: *¿qué ves?*, *¿qué oyes?*, *¿a qué huele?* o, por ejemplo, *¿sientes la brisa sobre la piel?*

#### CUADRO 4.2 ([Descargar](#) o [imprimir](#))

Hoja de registro para el control de las habilidades prerequisite para el entrenamiento en relajación en la infancia y adolescencia

ENSAYO 1	ENSAYO 2	ENSAYO 3
-------------	-------------	-------------

#### HABILIDADES BÁSICAS

Pida al niño que se siente en una silla durante 5 segundos, los pies quietos, la espalda recta, sin moverse ni vocalizar.

Diga «Mírame» y pida al niño que mantenga la mirada durante 5 segundos. Debe responder en un plazo máximo de 5 segundos.

### **HABILIDADES DE IMITACIÓN**

Diga «Haz esto» y levante su mano por encima de la cabeza. El niño deberá imitar esta conducta en un plazo de 5 segundos.

Diga «Haz esto» y toque la mesa. El niño deberá imitar correctamente tocando la mesa.

Diga «Haz esto» y tóquese el pecho. El niño deberá imitar correctamente tocándose el pecho.

### **ÓRDENES SENCILLAS**

Diga «Levántate». El niño deberá levantarse delante de su silla en un plazo máximo de 5 segundos.

Diga «Siéntate». El niño deberá sentarse en su silla en un plazo máximo de 5 segundos.

### **COMPRENSIÓN DE CONCEPTOS**

Comprobar qué conceptos entiende el niño: tensar/destensar/relajar, apretar/soltar, inspirar/expirar/tomar aire/echar aire.

### **HABILIDAD PARA LA RESPIRACIÓN**

Verificar si el niño es capaz de inspirar y expirar de forma regular y lenta.

### **HABILIDADES DE VISUALIZACIÓN**

Pedir que imagine una escena relajante en la playa o en la montaña (u otra propuesta por el niño). El niño deberá describir al mayor detalle posible todo lo que ve, oye, huele, etc.

#### **4.3.1.2. Preparar el ambiente para la relajación**

El entorno donde se entrenará la relajación será agradable, tranquilo, con luz tenue y adecuado en humedad y temperatura. En este sentido se atenderán algunas condiciones complementarias en las que se debe realizar el entrenamiento:

- ⇒ El entrenamiento se desarrollará en sesiones cortas y frecuentes (sesiones diarias de quince minutos) para favorecer el aprendizaje. Evitar una única sesión donde se intente enseñar toda la relajación, pues será ineficaz por el exceso de información.
- ⇒ Presentar el entrenamiento dentro de un ambiente lúdico, como un juego divertido.

En este sentido, existen numerosos juegos que pueden ayudar al terapeuta a aplicar la relajación en los niños (véase el epígrafe 4.6).

- ⇒ Buscar un lugar tranquilo, alejado de ruidos e inoportunas interrupciones. Es necesario eliminar del ambiente los estímulos distractores (juguetes, televisión, móvil, etc.).
- ⇒ Utilizar una silla/sillón confortable adaptado a la edad y estatura del niño. Éste deberá estar sentado con la cabeza y la espalda rectas, a la par que las manos sobre los muslos. Lo ideal es una superficie más bien dura, evitando las superficies excesivamente blandas.
- ⇒ Eliminar cualquier objeto que le pueda molestar. El niño se quitará las gafas, se aflojará el cinturón o desanudará los cordones de los zapatos o zapatillas, con el fin de sentirse suelto y cómodo.
- ⇒ Emplear música relajante si el niño lo desea.

#### 4.3.1.3. El papel del terapeuta como entrenador

El papel del terapeuta durante las fases educativa y de entrenamiento es clave al encargarse de enseñar y guiar, en definitiva entrenar, las primeras sesiones, en las que el niño debe aprender a realizar correctamente movimientos de tensión-distensión muscular, junto con el resto de componentes de la relajación, a percibir las sensaciones de bienestar y alcanzar un nivel de motivación alto para involucrarse en la práctica diaria de esta técnica.

En las primeras sesiones el terapeuta jugará el papel de modelo, dado que en esta fase del entrenamiento se debe producir un aprendizaje por imitación, por lo que es necesario que se cumplan los requisitos asociados a este tipo de aprendizaje en cuanto atención, retención, reproducción y motivación (véase capítulo 18).

El modelado puede hacerlo el terapeuta con la ayuda de muñecos o audiovisuales donde otros niños actúen como modelos. En cualquier caso, los movimientos de tensión y distensión se harán lentamente, apoyándose en la descripción verbal del movimiento, acentuándolo y exagerándolo lo más posible: «*Fíjate cómo ahora estoy poniendo duro el músculo/haciendo fuerza, ¿lo ves? Nota como sientes un poco de calor donde el músculo está tenso. ¿Fíjate cómo ahora ablando/suelto/aflojo/dejo de apretar el músculo despacio? ¿Te das cuenta?*». También se pueden emplear juguetes para ilustrar la tensión (muñecos de plástico duro, soldaditos de plomo, etc.), la relajación (muñecos de peluche, figuras de plastilina, etc.) o la respiración (instrumentos musicales de viento, matasuegras, etc.)

El terapeuta dará las instrucciones con una voz suave y pausada para favorecer la relajación. Respetará los momentos de silencio para que el niño se concentre en la diferencia entre tensión y distensión, así como en la sensación que esta última ofrece al cuerpo.

Del mismo modo, el terapeuta dispensará sencillas contingencias: 1) proporcionar reforzamiento a través de refuerzo social por la colaboración del niño (elogios, sonrisas o choque de manos), y 2) extinguir las conductas inadecuadas (risas, movimientos o comentarios). Normalmente, si se ignoran, estas conductas inadecuadas tenderán a desaparecer por sí mismas. Bastará con recordarle al niño la importancia de que no se produzcan interrupciones, salvo que se encuentre incómodo o tenga algún temor.

Es conveniente aclarar que si bien el terapeuta es quien dirige el entrenamiento, el niño puede interrumpir el proceso sólo si algo le preocupa. De este modo, aunque la relajación se realiza bajo la guía del terapeuta, siempre estará bajo el control del niño, pudiendo suspenderla cuando desee.

Debido a que el entrenamiento en relajación necesita de una guía para la enseñanza y aplicación, se tendrá en cuenta que en los niños menores de 9 años la relajación se dirigirá continuamente desde el exterior por un adulto que marque los pasos a seguir y compruebe la corrección de la práctica. A mayor edad se transferirá progresivamente al control interno del propio niño o adolescente.

## 4.3.2. Entrenamiento en relajación muscular

### 4.3.2.1. Instrucciones

La principal sugerencia sobre las instrucciones es la necesaria adaptación del lenguaje a la edad del niño, empleando instrucciones sencillas con un estilo familiar.

En niños es preferible trabajar con grupos musculares amplios. De hecho, se propone una relación inversa entre la edad y la amplitud del grupo muscular entrenado, de modo que con niños menores de 8 años se entrenarían grupos musculares muy amplios (v.g.: robot-muñeco de trapo), mientras que en niños más mayores se pueden aplicar las instrucciones que se describen en el cuadro 4.3.

#### ROBOT-MUÑECO DE TRAPO

Además de la forma ideal de aplicar esta técnica en los niños pequeños, el uso de la metáfora robot-muñeco de trapo también es adecuado para aclarar a los más mayores la diferencia entre la tensión y la distensión muscular. En primer lugar modelaremos al niño para que actúe como un robot, «*endureciendo*» todos los músculos de su cuerpo y caminando de forma rígida. A continuación le daremos una señal visual o auditiva para que deje de tensar todos los músculos y se convierta en un muñeco de trapo; es decir, abandonará la rigidez corporal y pasará a un estado de blandura, «*como si te derritieses*». En este proceso se le guiará para que observe cuándo sus músculos están tensos y en qué momento están relajados.

CUADRO 4.3  
Instrucciones para el ejercicio de tensión-distensión muscular

<p><b>CARA</b></p>	<p><b>Frente:</b> Arruga la frente. ¿La notas tensa sobre el puente de la nariz y por encima de cada ceja? Ahora relájala lentamente y fíjate en las zonas que estaban tensas. Observa qué sientes al tener esos músculos sueltos, perdidos, relajados.</p> <p><b>Ojos:</b> Cierra fuertemente tus ojos. Debes sentir la tensión por encima y por debajo de cada párpado y en los bordes interior y exterior de cada ojo. Fíjate dónde sientes la tensión. Relaja gradualmente los ojos mientras los vas abriendo lentamente. Observa la diferencia entre la tensión y la relajación.</p> <p><i>Y así seguiremos con otras partes de la cara:</i></p> <p><b>Nariz:</b> Arruga la nariz. Nota las zonas tensas (el puente y los agujeros de la nariz). Relaja gradualmente la nariz muy despacio. Observa lo que se siente al dejar todos esos músculos relajados. Observa la diferencia entre esa sensación y la anterior.</p> <p><b>Sonrisa:</b> Haz que la boca y la cara adopten una sonrisa forzada. Siente las partes que se encuentran tensas (labio superior e inferior y en ambas mejillas). Las comisuras de los labios deben estar apretadas contra las mejillas...</p> <p><b>Lengua:</b> Aprieta la lengua fuertemente contra el paladar...</p> <p><b>Mandíbula:</b> Aprieta los dientes. Nota dónde sientes la tensión (en los músculos laterales de la cara y también en las sienes)...</p> <p><b>Labios:</b> Aprieta los labios y sácalos hacia afuera. Fíjate dónde sientes la tensión (labio superior e inferior a cada lado de los mismos)...</p>
<p><b>CUELLO</b></p>	<p>Tensa el cuello. Nota la tensión (en la nuez y a ambos lados de la parte de atrás del cuello)...</p>
<p><b>ESPALDA</b></p>	<p>Échate hacia atrás en la silla. Levanta los codos e intenta colocar los puños a la altura de las axilas. Ahora echa los codos ligeramente hacia dentro mientras encorvas un poco la espalda. Nota dónde sientes particularmente la tensión (en los hombros y en la parte de debajo de la espalda). Lentamente relájala y vuelve a la posición anterior en la silla, mientras que dejas los brazos sueltos y los pones en la posición de relajación.</p>
<p><b>BRAZOS</b></p>	<p>Extiende el brazo derecho recto con el puño cerrado y tensa todo el brazo desde la mano hasta el hombro. Observa dónde sientes la tensión (bíceps, antebrazo, parte de atrás del brazo, codo, parte superior e interior de la muñeca y los dedos). Fíjate dónde sientes la tensión. Ahora relaja el brazo: deja de tensar... abre lentamente la mano... baja el brazo. Nota cómo te sientes al tener los músculos sueltos y relajados; fíjate qué diferente es la sensación ahora. Repite con el brazo izquierdo.</p>
<p><b>PECHO</b></p>	<p>Tensa el pecho. Intenta comprimirlo, como si fuese a aplastar los pulmones. Nota dónde lo sientes tenso (hacia la mitad del tórax y arriba y debajo de cada lado del pecho). Gradualmente relaja el pecho...</p>
<p><b>ESTÓMAGO</b></p>	<p>Tensa el estómago, contrayéndolo de forma que lo pongas tan duro como una tabla. Fíjate en dónde sientes la tensión (en el ombligo y a su alrededor)... Poco a poco relaja el estómago hasta que vuelva a su posición natural...</p>
<p><b>PELVIS</b></p>	<p>Incorpórate un poco y tensa toda la parte de debajo de tu cintura, incluyendo los muslos y las nalgas. Debes notar como si te elevaras un poco de la silla; puede que notes que tienes que tensar las piernas un poco. Fíjate dónde sientes particularmente la tensión (en la parte superior, inferior y a ambos lados de los muslos; también en los músculos de las nalgas que están en contacto con la silla)...</p>
<p><b>PIERNAS</b></p>	<p>Ahora levanta la pierna izquierda de forma que la punta del pie mire hacia ti y tensa toda la pierna. Nota dónde la sientes tensa (en la parte de arriba y de abajo del muslo, la rodilla, la pantorrilla, la parte anterior y posterior del arco del pie y en los dedos de los pies). Poco a poco relaja y baja la pierna, doblando la rodilla a medida que la relajas y hasta que el pie toque el suelo. Asegúrate de que la pierna vuelve a la posición de relajación y fíjate qué diferente es</p>

la sensación ahora. Repítelo con la otra pierna.

Hay que tener en cuenta que existen grupos musculares donde tenemos más fuerza (v.g.: brazos o piernas), frente a otros donde percibiremos menos la tensión (v.g.: pecho). En tal caso, se aconseja regular el tiempo que se dedique a cada ejercicio de tensión siguiendo la norma de que a mayor fuerza menos tiempo y viceversa.

### 4.3.3. Respiración profunda

Inicialmente se entrenará el ejercicio de relajación profunda a través de tres pasos que se repetirán varias veces:

1. *«Toma el aire lenta y profundamente por la nariz intentando llenar tu estómago, inflándolo como un globo. Coloca tu mano debajo del ombligo y nota cómo se hincha el estómago».*
2. *«Mantén el aire mientras cuentas hasta cinco».*
3. *«Echa el aire lentamente por la boca mientras piensas en la palabra relax».*

Desde un primer momento el niño controlará su respiración inhalando por la nariz y exhalando por la boca, creando un circuito naso-bucal. Esta respiración será pausada y regular. Podremos comprobar si el niño mantiene este circuito observando si su boca está ligeramente abierta, lo que nos indicará que está respirando por ella.

Apoyándonos en Kemmler (2009) podemos ayudar al niño a entender qué es lo que se le pide a través de un sencillo ejercicio de imaginación: *«Imagínate que estás sentado en un columpio. Cuando éste sube, cuando va hacia delante y hacia atrás, tú inspiras. Cuando el columpio vuelve hacia atrás y hacia abajo, tú expiras».*

Dado que no es nuestra forma habitual de respirar, es fácil que el niño se despiste y no logre mantener este circuito de respiración. En caso de que no lo logre, tampoco vamos a crear un problema con esta cuestión, siendo preferible que respire como habitualmente lo hace.

Para que el niño tome conciencia de la respiración, al principio del ejercicio de relajación se le avisará de que debe respirar siguiendo las directrices anteriores y se le pedirá que centre su atención en ella, la escuche y haga tres respiraciones naso-bucales: *«Ahora sólo vas a escuchar tu respiración. Para hacerla más consciente vas a controlarla inspirando despacio por la nariz, reteniéndola en tus pulmones (contar 1... 2... 3) y soltando poco a poco el aire, pero sin tirarlo todo. Déjate un poco de aire. Repite este ejercicio 3 veces (contar 1... 2... 3)».* A continuación se le pedirá que deje fluir con naturalidad la respiración, pero que procure tomar el aire por la nariz y lo expulse por la boca.

#### 4.3.4. Visualización

El uso de la visualización se fundamenta en el efecto relajante que determinadas imágenes o pensamientos generan en el cuerpo. La imposibilidad de pensar en dos cosas simultáneamente permite mantener nuestra mente ocupada en generar situaciones atractivas mientras combatimos los pensamientos negativos, lo que, sostenido en el tiempo, se traducirá en sensaciones corporales agradables.

Esta técnica intenta aprovechar la capacidad del niño para imaginar, ya que posee facilidad para crear todo un mundo a través de la invención con el fin de evadirse, emocionarse o por el puro placer de «soñar despierto».

El procedimiento es sencillo y sigue los siguientes pasos:

1. Explicar en qué consiste la técnica, para lo que se empleará una *imagen neutra* (v.g.: ir de paseo en bicicleta).
2. A continuación se pedirá al niño que imagine la escena desde su punto de vista. En ningún caso se tiene que ver incluido en la escena, ya que perderá fuerza el ejercicio de visualización.
3. Seguidamente, mediante la *visualización guiada* se dirigirá al niño para que fije su atención en todos los elementos de la escena (qué oye, qué ve, qué siente...). Se le guiará a través de preguntas referidas a los cinco sentidos: *dime qué ves, descríbeme lo que oyes, ¿notas la suave brisa en la cara?, ¿percibes ahora el olor de las flores?, ¿cuál es el sabor del helado?*
4. Una vez entendido y entrenado, de acuerdo con el niño se seleccionará una imagen que cumpla los siguientes requisitos:

- ⇒ *Real*. Si es posible, debe haberla vivido en realidad, pues ello permitirá un ejercicio de imaginación más detallado. En caso contrario se pueden emplear escenas irreales, basadas en héroes o acontecimientos imaginarios que sean del agrado del niño/a.
- ⇒ *Agradable*. El niño debe vincularse emotivamente con la escena, por lo que ésta debe ser muy placentera.
- ⇒ *Relajante*. La escena debe favorecer el proceso de relajación, por lo que se evitarán imágenes con contenido que provoquen tensión. Por ejemplo, jugar la final de la Copa del Rey de baloncesto como pívot titular del equipo favorito es tan agradable como estresante, por lo que se deben descartar este tipo de escenas.

Si bien las propuestas habituales son las escenas de un día soleado en la orilla de mar o en la montaña escuchando el transcurrir de un riachuelo o el trinar de los pájaros, la idea que debe guiarnos es acordar con el niño una escena emotiva para la visualización.

### 4.3.5. ¿Cómo finalizar?

Una vez aplicadas de forma combinada las tres técnicas, pediremos al niño un sencillo ejercicio para terminar la relajación. Pensemos que el niño ha estado con los ojos cerrados y centrado en sí mismo durante bastantes minutos, por lo que es necesario que cuando vuelva a abrirlos no se sienta aturdido y desorientado. Para ello le pediremos que cuente despacio de 0 a 10, abra lentamente los ojos y mire a las cuatro esquinas de la habitación, con lo que facilitaremos que se oriente en el espacio. Finalmente, le preguntaremos cómo se encuentra, si está relajado y si quiere comentarnos alguna cuestión sobre la relajación.



Figura 4.1. Esquema general de entrenamiento en relajación combinando la tensión-distensión muscular, la respiración y la visualización.

### 4.3.6. Practicar en casa

Una vez aprendida la relajación en el marco de la consulta, se procederá a planificar la práctica en casa. Para ello se pedirá al niño que ejercite todos los días durante unos diez minutos la relajación completa: *«Al igual que todos los días comes y duermes, y te lavas las manos y juegas..., puedes practicar la relajación; sólo son diez minutos y si lo haces descubrirás su secreto»*. *«La relajación no se aprende en un día, es importante que practiques; ¿verdad que para ser un buen (futbolista, bailarina...) hay que practicar mucho todos los días? Pues lo mismo sucede con la relajación»*.

Hay que recordar que se debe buscar un momento del día (v.g.: al final de la jornada, tras terminar los deberes o un poco antes de cenar, pero evitando el exceso de hambre) y un lugar de la casa (v.g.: la habitación) que sea tranquilo y en el que no se interrumpa al

niño («avisa de que vas a iniciar el ejercicio de relajación, ves antes al aseo, desconecta el móvil, apaga la radio y no uses auriculares con música estridente, en todo caso con música verdaderamente relajante»), con el ambiente adecuado en cuanto a temperatura (ni mucho frío ni mucho calor) y buena ventilación.

Por último, se le debe entregar una grabación del ejercicio de relajación con música relajante de fondo, que le servirá de guía auditiva para el ejercicio práctico. Además, se puede emplear una hoja de registro similar a la presentada en el cuadro 4.4 con el fin de controlar la calidad del ejercicio de relajación.

CUADRO 4.4 ([Descargar o imprimir](#))  
Hoja para el registro del ejercicio de relajación en casa

HORA Y LUGAR	DURACIÓN APROX.	GRADO DE RELAJACIÓN (0 = NADA/ 10 = TOTALMENTE)	INCIDENCIAS
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

## 4.4. FASE DE APLICACIÓN

Es la hora de transferir lo aprendido a las situaciones cotidianas de la vida del niño. Es esencial integrar la relajación en su vida diaria con el fin de que la use ante los momentos críticos. Con la ayuda del niño realizaremos las siguientes tareas:

1. Identificar los momentos críticos. Las situaciones más habituales se dan por nervios o ansiedad (exámenes), miedo (hablar en público, encontrarse con animales) o problemas de sueño (insomnio de inicio).
2. Entrenar en situación natural/artificial (mediante la imaginación). En este punto se enseñará cómo aplicar la relajación en los momentos críticos: «no esperes a estar completamente nervioso; cuando notes las primeras señales es el momento de relajarse».
3. Registrar los efectos de la relajación en situaciones naturales. A través del registro controlaremos la calidad de la transferencia del aprendizaje. Evidentemente, la

responsabilidad de la cumplimentación del registro está en función de la edad del niño.

## 4.5. ¿QUÉ HACER SI...?

**El niño desconoce los conceptos tensar-destensar.** Poner ejemplos visuales de lo que es dureza y blandura. Pedirle que elija sus propias palabras para tensar y destensar.

**El niño se encuentra incómodo.** Comprobar que el asiento es el adecuado para su edad y estatura, que nada le apriete o que no existe ninguna situación del día que le preocupe, y en tal caso abordarla.

**El niño olvida los ejercicios.** Grabar el ejercicio en un fichero de audio para reproducirlo posteriormente en casa.

**El niño es irregular en la práctica de la relajación.** Explorar con los padres y el niño las posibles causas. Trabajar la motivación. Reforzamiento positivo.

**El niño se no se toma en serio el aprendizaje.** Evitar el conflicto y buscar otras alternativas que puedan ser del gusto del niño (v.g.: masaje o música).

**El niño no se toma en serio la práctica.** Es fundamental involucrar a los padres en el control de que la práctica se realice de forma correcta.

**El niño interrumpe la relajación.** Averiguar si el motivo es la incomodidad o el miedo a la propia técnica.

**El niño es incapaz de ejecutar grupos musculares.** Según la edad existen algunos grupos musculares más difíciles de realizar que otros. Por ejemplo, la frente, la nariz o el cuello suelen ser grupos musculares que a menor edad más difícil resulta ejecutarlos. Para estos casos se puede obviar dicha ejecución o aplicar alguna adaptación, como en el caso del cuello. Cautela y Groden idearon un procedimiento alternativo para el movimiento del cuello. Así, se pedirá al niño que realice los siguientes ejercicios:

- ⇒ Posición hacia adelante y hacia atrás: echar el cuello hacia delante tocando la barbilla en el pecho, y posteriormente hacia atrás estirando el cuello y contrayendo la nuca.
- ⇒ Posición lateral: echar el cuello hacia la derecha como intentando hacer que la oreja derecha toque el hombro; realizar el mismo movimiento para el lado izquierdo.

Si el niño es incapaz de entender el procedimiento, se puede intentar con otras modalidades de relajación o emplear juegos (véanse cuadros 4.5 y 4.6).

**El niño confunde partes de su cuerpo.** Una condición para el correcto desarrollo de la relajación es que el niño tenga interiorizado su esquema corporal. Este proceso se inicia hacia los dos años y se consolida años después. Es oportuno aplicar juegos y canciones que se refieran a partes específicas del cuerpo.

**CUADRO 4.5**  
Otras modalidades de relajación aplicadas en niños y adolescentes

<b>DINÁMICA</b>	Se combinan actividades físicas (v.g.: correr, subir una escalera) con actividades de relajación.
<b>PASIVA</b>	No se realizan ejercicios de tensión, sólo de relajación.
<b>AUTÓGENA</b>	Inducción del estado de relajación a través de la autosugestión sobre sensaciones corporales.

**CUADRO 4.6**  
Ejemplos de juegos para aplicar la relajación en niños

JUEGO	OBJETIVO	BREVE DESCRIPCIÓN
El globo	Inspiración- expiración	Sopla para inflar el globo.
		
La mariposa en la nariz	Nariz	Tienes una mariposa en la punta de la nariz. Sopla para que se marche.
		
Masca el chicle	Boca y mandíbula	Mueve tu boca como si estuvieras masticando un chicle de ...
		
El pez	Nuca	Echa la cabeza hacia atrás.



El  
péndulo  
del reloj

Brazos y  
espalda

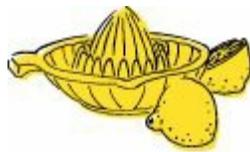
Con la espalda recta, mueve tus brazos de un lado a otro.



Exprimir  
el limón

Manos y  
muñecas

Aprieta tu mano como si estuvieras exprimiendo un limón/naranja.



La  
marioneta

Espalda

Levanta los brazos hacia atrás y curva un poco la espalda. Ahora relaja todo el cuerpo como una marioneta, moviendo los brazos de un lado al otro hasta que toques el suelo.



El gato  
perezoso

Hombros

(A cuatro patas) Estírate como un gato que quiere desperezarse.



El  
pianista

Dedos

Imagina que eres un pianista excepcional y mueve tus dedos como si tocaras el piano.



Mis pies

Pies

Apoya el talón, luego la planta y, por fin, los dedos de los pies.



## 4.6. RECURSOS

**Kendall, P. C. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños: manual para el terapeuta*. Buenos Aires: Akadia.**

**Kendall, P. C. (2010) *El gato valiente: cuaderno de actividades*. Buenos Aires: Akadia.**

Dentro del programa «El gato valiente», diseñado para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, se dedica una sesión al entrenamiento en relajación. Este manual contiene un cuaderno de actividades con fichas para trabajar con el niño los conceptos de tensión-distensión muscular, identificar las situaciones de tensión, señalar la tensión en el cuerpo y registrar la práctica en casa. La edición cuenta con un manual para el terapeuta, donde se presenta el plan de actuación de cuatro pasos denominado TEMOR.

**Méndez, F. X., Llavona, L., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2013). *Programa***

***FORTIUS: fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales.***  
**Madrid: Pirámide.**

Programa de afianzamiento emocional diseñado en 12 sesiones, de las que tres se dedican a la relajación, la respiración y la visualización. Los autores presentan una explicación paso a paso de la relajación progresiva con y sin tensión muscular, la respiración lenta y profunda, y la visualización de imágenes placenteras. Además, el libro cuenta con un CD-Rom con material adicional para cumplimentar por parte del niño con el fin de apoyar el aprendizaje de estas técnicas.

**Nadeau, M. (2003).** *24 juegos de relajación: para niños de 5 a 12 años.* **Málaga: Sirio.**

Libro ameno que ofrece la práctica de la relajación dentro un marco lúdico muy apropiado para niños de 5 a 12 años. Se presentan 24 juegos grupales sencillos y divertidos que se pueden aplicar en diversos contextos como el aula o los campamentos.

**Ramírez, J. E. J. (2009).** *Curso de relajación progresiva para niños y adultos.*  
**Madrid: CEPE.**

Guía que se centra en la aplicación de la relajación progresiva en el ámbito escolar o familiar. Junto a la relajación progresiva estática presenta ejercicios y juegos para realizar la relajación dinámica. El libro se acompaña de un CD-Rom con pautas verbales del autor para guiar la respiración profunda, la relajación muscular progresiva, la relajación dinámica, la visualización y el entrenamiento autógeno de Shultz.

**Chauvel, D. y Noret, C. (2006).** *Aprender a relajar a los niños en la escuela y en casa.* **Barcelona: CEAC educación infantil.**

Este libro se centra en la relajación aplicada a niños de 2 a 7 años, a través de ejercicios y juegos de relajación activa y pasiva.

**Davrou, Y. (2008).** *Aprendemos a relajarnos: Ejercicios de relajación de 7 a 14 años.*  
**Madrid: Narcea.**

Este libro ofrece ejercicios de relajación para niños de 7 a 8 años, de 9 a 11 años y preadolescentes de 12 a 14 años. El autor propone que los ejercicios de relajación los realicen también los padres y educadores para promover así una mayor y mejor comunicación, especialmente en algunas etapas del desarrollo personal.

## **4.7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.  
Kemmler, R. (2009). *Relajación para niños y adolescentes*. Madrid: TEA.

---

#### NOTAS

1 Por claridad expositiva hablaremos en términos generales, pero es ineludible que el lector tenga en cuenta la importancia de la edad de cara a adaptar la relajación a las circunstancias del niño. De hecho, el procedimiento que aquí exponemos sería de aplicación a partir de los 7 años de edad y en especial desde los 9 años.

# 5. EXPOSICIÓN

FRANCISCO X. MÉNDEZ CARRILLO, JUAN MANUEL ORTIGOSA QUILES Y  
ANTONIO RIQUELME MARÍN

## 5.1. CONCEPTO

La exposición consiste en presentar los estímulos condicionados que provocan respuestas emocionales desadaptadas, con el fin de disminuirlas o eliminarlas. El niño se expone de forma natural para vencer el miedo a caer y hacerse daño cuando aprende a montar en bici, a patinar, a esquiar, etc.; para superar la vergüenza y el miedo al ridículo cuando es nuevo en un sitio y se presenta a los demás, cuando lee en voz alta en clase, cuando sale a la pizarra a resolver un ejercicio delante de los compañeros y del profesor, etc.; para controlar la ansiedad que le produce realizar exámenes, dormir fuera de casa, viajar sin los padres, etc.

La presentación repetida y controlada de los estímulos condicionados, sin asociarse con estímulos incondicionados, produce la extinción de las respuestas emocionales condicionadas como el miedo y la ansiedad. La extinción se facilita manipulando la duración y la intensidad de los estímulos condicionados, de acuerdo con dos pautas terapéuticas distintas:

- a) Presentaciones breves de estímulos condicionados de baja intensidad que provocan respuestas condicionadas débiles; de este modo se procede en la *desensibilización sistemática*. En el ambiente natural, los padres utilizan la exposición muy graduada para ayudar al niño a dominar el miedo; así, le ponen el flotador, le dan la mano y le acompañan a la orilla. Cuando juega sin temor en la playa lo introducen en el mar, cada vez más hondo, los tobillos, las rodillas, las piernas, la cintura, el pecho o el cuello. Después le abrazan y se adentran hasta que el agua le cubre. Lo van soltando despacio para que flote solo con el salvavidas. Al principio permanecen junto a él, pero luego se alejan progresivamente. Tras varios días, el niño que se negaba a bañarse se siente como pez en el agua, y el nuevo problema para los padres es que obedezca cuando se le pide que ponga fin al baño porque es hora de comer.
- b) Presentaciones prolongadas de estímulos condicionados de moderada y/o alta intensidad que provocan respuestas condicionadas fuertes; de esta manera se opera en la *inundación*. En situaciones naturales, los profesionales recurren a la exposición poco gradual, que es más rápida. El monitor encargado de los cursillos

estivales de natación lanza a veinte niños con cara de susto a las profundidades de la piscina municipal. Los pequeños aprendices se hunden momentáneamente; las cabezas salen a flote enseguida con expresión de estar pasándolo mal; tragan agua; se aferran al corcho con fuerza, chapotean y mueven las piernas. El objetivo de la primera clase no es enseñar ningún ejercicio, simplemente tolerar el chapuzón y habituarse al agua. Al día siguiente los niños se meten en la piscina sin necesidad de que el instructor intervenga y se divierten bañándose.

## 5.2. APLICACIÓN

### 5.2.1. Comprobación preliminar

Antes de decidir el uso de la exposición se debe comprobar que la ansiedad no está justificada; por ejemplo, es una temeridad exponer al niño que no sabe nadar a bañarse en aguas profundas. Sólo si el miedo es tan fuerte que se niega a asistir a clase de natación o a meterse en la piscina por haber sufrido una ahogadilla a pesar de que es un nadador experto, se lleva a cabo la exposición. Por tanto, en relación con los desencadenantes el terapeuta tiene que asegurarse de que:

- a) La *situación temida* no constituye una amenaza o peligro, pues de lo contrario la exposición agrava el problema. Es contraproducente obligar a la víctima de acoso escolar a ir al colegio sin tomar medidas protectoras. El tratamiento del trastorno de ansiedad por separación, mantenido por miedo a perder a los padres, puede fracasar si no aborda el problema grave de pareja. Del mismo modo, la conducta de aferramiento, generada por el abandono y la indiferencia de los padres, no desaparece si no se modifica la negligencia parental.
- b) El *niño* no posee habilidad suficiente para desenvolverse con éxito. Antes que ordenar al niño con dislexia que lea en voz alta conviene tratar el déficit en habilidades lectoras; en caso contrario, las burlas de los compañeros pueden originar rechazo escolar. Antes de dejar que el niño vaya solo al colegio, los padres deben cerciorarse del comportamiento de seguridad vial del hijo.

### 5.2.2. Psicoeducación

El terapeuta proporciona al niño y a los padres datos sobre la frecuencia de los trastornos en población infantil, y en particular del problema objeto de consulta, con el fin de contrarrestar la preocupación.

- ⇨ ¿Sabes que, según estudios realizados en los países desarrollados, uno de cada cinco niños tiene un problema psicológico como ansiedad, depresión, hiperactividad, etc.?
- ⇨ ¿Sabes que, según la Encuesta Nacional de Salud, más de un tercio de los niños que acuden a los servicios de atención primaria tiene riesgo de desarrollar un problema psicológico?
- ⇨ ¿Sabes que más del 40% de los niños presenta síntomas de ansiedad por separación?, ¿que al 70% le preocupa mucho la salud de los padres?, ¿que incluso tienen pesadillas: el 17% de heridas y daño, el 15% de secuestros, el 7% de muerte y el 2% de estar separado de los padres?
- ⇨ ¿Sabes que...?

Es normal que el conductor novato se ponga nervioso al volante y conduzca tenso al principio, porque las personas sienten ansiedad en circunstancias difíciles y estresantes o en situaciones que no dominan y les provoca inseguridad. Incluso los héroes que admiramos sienten miedo, pero tienen valor y coraje para hacerle frente y terminar vencéndolo.

#### EL GUARDAESPALDAS FIEL

- ⇨ El miedo a las fieras impide que salgamos del coche en el safari o que nos acerquemos peligrosamente a los leones enjaulados del circo.
- ⇨ El miedo al fuego nos obliga a alejarnos rápidamente del bosque y a huir del incendio forestal.
- ⇨ El miedo al daño y al dolor nos vuelve prudentes cuando cortamos una rodaja de salami con un cuchillo afilado.
- ⇨ El miedo a las secuelas del accidente de moto nos impulsa a ponernos el casco y a conducir responsablemente.
- ⇨ El vértigo y el miedo a las alturas evita que nos asomemos temerariamente al balcón y nos frena al borde del acantilado.
- ⇨ El miedo a suspender nos anima a estudiar concienzudamente para el examen de selectividad.
- ⇨ El miedo al ridículo y a meter la pata nos empuja a pensar antes de contestar una pregunta comprometida y a preparar a fondo la actuación en público.

El problema no es sentir miedo, sino sentirlo desproporcionadamente. El miedo a estar lejos de los padres es adecuado en un niño de sólo dos años, porque es muy pequeño para cuidar de sí mismo, pero es excesivo en el escolar de doce años que no viaja de excursión con el colegio, aunque le apetezca mucho, si no le acompañan los padres. Es natural que un estudiante se ponga un poco nervioso ante un examen importante a pesar de haber estudiado, pero es exagerado que se ponga tan nervioso que se quede en blanco. Así pues, el problema es el miedo desadaptado y, sobre todo, el problema radica en no hacerle frente.

El terapeuta explica la lógica de la exposición con estas o parecidas palabras: *«El miedo y la ansiedad disminuyen cuando haces frente a las cosas que temes. ¿Cómo se va el miedo a patinar? Patinando. ¿Y a montar en bici? Pedaleando. ¿Y a dormir fuera de casa? Quedándote el sábado por la noche en casa de los primos»*. Ilustra el procedimiento terapéutico con ayuda de gestos. Por ejemplo, coloca las manos abiertas encima de la mesa con las palmas enfrentadas y separadas unos treinta centímetros. Levanta la palma derecha, *«éste eres tú»*; alza la palma izquierda, *«éste es tu miedo»*.

Vuelve a apoyar las manos en la mesa, adelanta la derecha diez centímetros e inmediatamente retrasa la izquierda otros diez: «¿Ves?, cuando tú avanzas un paso, el miedo retrocede otro». Repite los movimientos de avanzar y retroceder ambas manos hasta llegar al borde de la mesa, momento en que baja súbitamente la mano izquierda al suelo imitando la caída desde un precipicio: «¿Te das cuenta?, el miedo ya no está, ha desaparecido». Luego realiza la demostración al revés: «Ahora quiero que te fijas que al contrario sucede igual; paso que tú das para atrás, el miedo se consolida y se hace más fuerte».

Resuelve las dudas que surjan y anima a todos a colaborar y a cumplir las tareas para casa. A los padres les recomienda la lectura de una guía (véase en el apartado 5.5 las lecturas recomendadas para padres) y les enseña la pauta básica de actuación:

- a) Estimular y reforzar las tareas de exposición indicadas para casa.
- b) Mostrar firmeza ante la oposición del niño, pero sin forzar la exposición.
- c) Reforzar positivamente la auto-exposición espontánea.
- d) Extinguir el escape y la evitación (quejas, rabietas, etc.).

### 5.2.3. Elaboración de la jerarquía

El terapeuta muestra al niño la *Escalera de ansiedad*: «Imaginate que estás situado aquí (señala el pie de la escalera). Si te piden que subas arriba del todo de un salto (indica el último peldaño), tú te asustas y no lo intentas porque es muy difícil. Pero si te piden que subas escalón a escalón: primero, segundo, tercero... hasta el último, tú sí te atreves y pruebas, porque das siempre un pequeño paso hacia arriba que no exige esfuerzos titánicos».

A partir de los nueve años se pueden entregar fichas en blanco para que el niño escriba hasta diez situaciones fáciles, diez intermedias y diez difíciles. Por ejemplo, con el hijo mayor de un criador de perros, que sufrió el ataque por error del pastor alemán que guardaba la casa, se utilizó la jerarquía del cuadro 5.1.

#### CUADRO 5.1

#### Prácticas de exposición jerarquizadas con un pastor alemán adiestrado

##### Exposiciones fáciles

##### El pastor alemán encerrado en el recinto vallado y el niño fuera

- ⇒ El niño se acerca gradualmente a la valla: 10 m, 5 m, 2 m, 1 m, paso a paso.
- ⇒ Se sitúa junto a la valla del recinto, mira al pastor alemán y lo llama por su nombre.
- ⇒ Abre la puerta del recinto vallado para dejar salir al pastor alemán.

##### Exposiciones intermedias

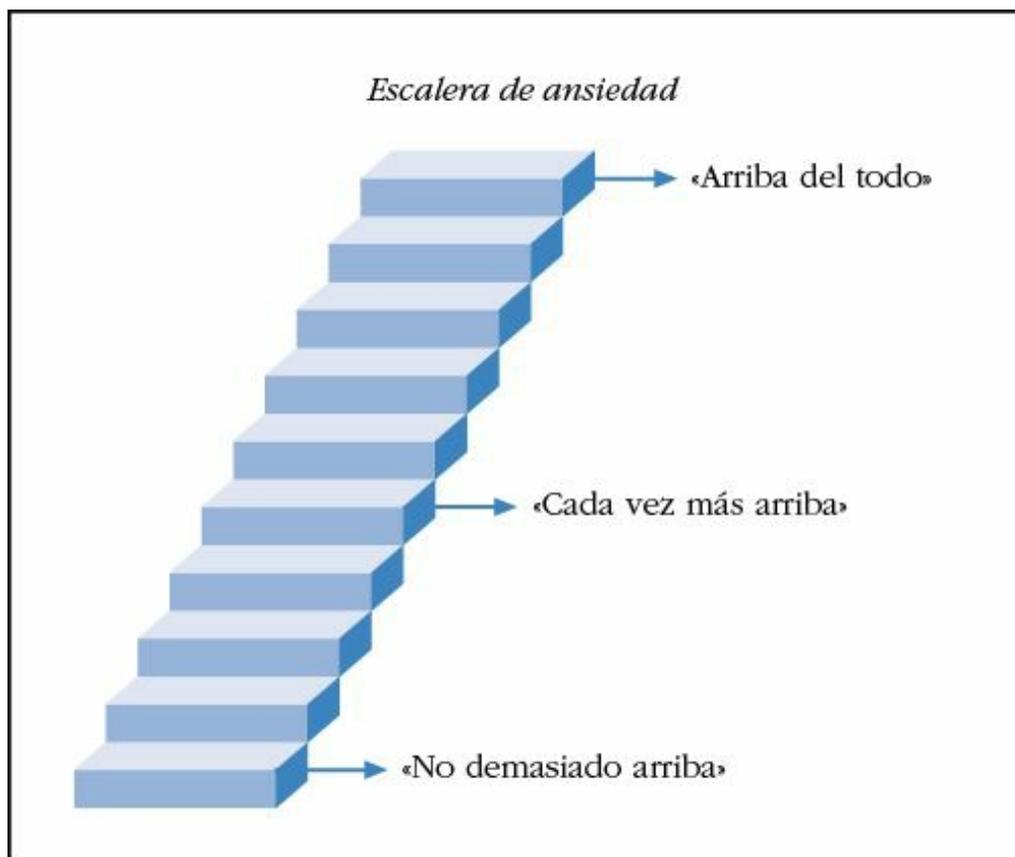
##### El pastor alemán con correa y bozal y el niño fuera del recinto vallado

- ⇨ El niño pasea al pastor alemán.
- ⇨ Le acaricia el lomo.
- ⇨ Le quita la correa.
- ⇨ Lo pone patas arriba.
- ⇨ Le rasca la barriga.
- ⇨ Le quita el bozal.

### Exposiciones difíciles

#### El pastor alemán y el niño dentro del recinto vallado

- ⇨ El niño pone pienso en el comedero del pastor alemán.
- ⇨ Lo alimenta con salchichas.
- ⇨ Le da de comer galletas con la mano.
- ⇨ Le lava el pelo con champú para perros.
- ⇨ Le aplica polvos para desparasitarlo.
- ⇨ Juegan juntos.



Si la oposición a la exposición es grande, se puede introducir señales de seguridad que se desvanecen gradualmente; por ejemplo, al niño que duerme con sus padres se le permite dormir solo en su habitación con la luz de la mesita de noche encendida. Tanto la ordenación de los ítems como el valor de las señales de seguridad deben ser ratificados por el niño. En el caso citado el niño conocía la función de las medidas de sujeción, por

lo que se sentía más tranquilo cuando el perro llevaba correa y bozal. En cambio, a un adolescente no familiarizado con el adiestramiento canino le asustaba más ver al perro sujeto por una enorme correa y amordazado con un aparatoso bozal porque le recordaba a Hannibal Lecter con la camisa de fuerza y la máscara protectora en *El silencio de los corderos*.

Con niños menores de nueve años la jerarquía la elabora fundamentalmente el terapeuta basándose en los datos de la evaluación y en la experiencia clínica, aunque también debe solicitar la confirmación infantil. Así, aunque la mayoría experimentan menos miedo a la oscuridad en el dormitorio de los padres que en el propio, sucedió lo contrario en un caso en el que los ladrones habían desvalijado la caja fuerte empotrada en la pared de la habitación de matrimonio.

El terapeuta debe tener en cuenta que el progreso terapéutico no es uniforme, sino que sigue pautas diferentes. Así, en la fobia animal el niño se sitúa a una distancia «segura» y se va aproximando al animal temido, al principio rápidamente y al final más despacio. En el trastorno de ansiedad por separación sucede lo contrario; al principio el niño sólo tolera separaciones breves que se alargan considerablemente al final. Conviene tomar en consideración otros aspectos; por ejemplo, el niño se siente más seguro alejándose de la madre, porque piensa que si no soporta el malestar provocado por la separación puede regresar junto a su mamá. Pero si el terapeuta indica a la madre que se marche y no regrese hasta dentro de treinta minutos, el niño siente que no controla la situación. También es más fácil para el niño quedarse solo en una habitación oscura por el día que por la noche.

Si se mantiene constante el resto de variables existe correspondencia entre variables físicas y dimensiones psicológicas; es decir, que en igualdad de condiciones, a menor distancia del animal temido, a mayor distancia de la figura de apego, a más tiempo a oscuras, a menos tiempo para el examen, a mayor intensidad del ruido fuerte, a menor intensidad de luz, etc., mayor miedo o ansiedad. Por tanto, una estrategia práctica, especialmente con niños pequeños, es elaborar mini-jerarquías combinando estímulos fóbicos o que generan ansiedad, ordenados en sentido creciente, con variables físicas. Por ejemplo, las sesiones finales de exposición con un niño de siete años se realizaron en una asociación naturista con ayuda de un biólogo. Se empleó una jerarquía de 30 ítems, 10 arañas (desde pequeñas arañas de jardín a enormes tarántulas) × 3 distancias (cinco metros, metro y medio, junto a la urna de la araña). Se utilizó el procedimiento de *escenificaciones emotivas* (véase capítulo 16).

#### EL AYUDANTE DE SPIDERMAN

*Vamos a jugar a Spiderman. Fran (el niño), tú eres el ayudante de Spiderman. Jaime (el amigo del niño sin miedo a las arañas, disfrazado de Spiderman), tú eres Spiderman. Yo (el terapeuta) soy el Duende Verde. El Duende Verde quiere robar las arañas para hacer experimentos con ellas y conseguir los poderes de Spiderman que le permitirán dominar el mundo mundial. Tu misión, Fran, es proteger las arañas e impedir que el Duende Verde las robe. Antes de marcharse y dejarte a solas con el Duende Verde, Spiderman te encargará que*

*vigiles la jaula con la araña sin quitarle la vista de encima, primero desde la línea verde (cinco metros), después desde la amarilla (metro y medio) y por último desde la roja (al lado de la urna). Mientras tú permanezcas en el puesto de vigilancia mirando la araña, el Duende Verde no puede robar la araña. Si aguantas y cumples tu misión, Spiderman regresará y te entregará un tazó por tu valentía. Cuantos más tazos consigas, más premios ganarás. Tienes que cumplir lo que te mande Spiderman, que ha puesto en ti su confianza y está seguro de que vas a ser un ayudante muy valiente. Si tienes miedo, llamas a Spiderman y él te ayudará a superar la misión. ¿Entendido?*

En la exposición en la que se procede como en la desensibilización sistemática la jerarquía suele estar formada por más ítems, por ejemplo tratamiento de la fobia específica, que en la que se opera como la inundación, por ejemplo tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

#### **5.2.4. Presentación de los estímulos**

El terapeuta debe preparar cuidadosamente y supervisar la exposición con el fin de asegurarse de que se produzca extinción en vez de condicionamiento. Por ejemplo, si el niño y el terapeuta se marchan a merendar a una cafetería próxima a la clínica, hay que advertir a la madre de que permanezca en la sala de espera y no aproveche la ausencia para hacer la compra porque si al regresar el niño no encuentra a su madre se agravará la ansiedad por separación.

En algunos casos conviene solicitar el consejo y la colaboración del experto. Por ejemplo, para elaborar la jerarquía en la fobia al agua el profesor de natación aclara si es más fácil para el niño flotar en el agua boca abajo o boca arriba, nadar a braza o crol, etc.; para exponer al adolescente con fobia a la sangre e historial de desmayos el personal sanitario recomienda la posición de Trendelenburg, es decir, tumbado boca arriba con la cabeza 45° más baja que los pies, para favorecer el riego sanguíneo del cerebro y prevenir la lipotimia; para facilitar la reincorporación a clase del escolar en la fobia/rechazo escolar se acuerda con el maestro la pauta de actuación en el aula.

La duración y periodicidad de las sesiones varía dependiendo de que la exposición siga la pauta de la desensibilización sistemática (más de una sesión semanal de menos de una hora) o de la inundación (una sesión semanal de más de una hora).

##### **5.2.4.1. En vivo**

Es la modalidad de elección. La exposición en vivo puede empezar en la clínica bajo la supervisión del terapeuta, continuar en el hogar con la colaboración de los padres debidamente formados, y acabar en otros ambientes naturales y con otras personas, por ejemplo dormir en casa de los abuelos o ir de excursión con el colegio.

Se inicia presentado el primer ítem de la jerarquía. Durante la exposición el terapeuta proporciona apoyo, incluso ayuda en caso de tener que aplicar estrategias de afrontamiento (véase apartado 5.2.5), proporciona retroalimentación y refuerza los

logros. La exposición no finaliza hasta haber conseguido eliminar (paradigma de la desensibilización sistemática) o reducir más de la mitad (paradigma de la inundación) el nivel de ansiedad. Una vez que el niño lo ha conseguido, le anima autorreforzarse por el éxito total o parcial. Se procede igual con los demás ítems hasta concluir la jerarquía.

#### 5.2.4.2. Realidad virtual

Actualmente es posible crear mediante ordenador una realidad tridimensional con la que interactuar, que resulta atractiva y motivadora para el niño acostumbrado a manejar las nuevas tecnologías (véase capítulo 17). La realidad virtual es una alternativa cuando la exposición en vivo es inviable o muy costosa. Sus ventajas son:

- a) Seguridad: permite personalizar y controlar la exposición sin correr riesgos; por ejemplo, durante la exposición en vivo el perro puede realizar un movimiento inesperado que asuste al niño.
- b) Intimidad: soslaya la vergüenza de que otras personas conozcan el problema o de «dar el espectáculo», asunto especialmente relevante en la adolescencia, por ejemplo si tiene que dormir en casa de unos familiares o de un amigo.
- c) Simplicidad: no requiere la colaboración de padres, maestros, expertos u otras personas.
- d) Versatilidad: está libre de las restricciones de la exposición en vivo; por ejemplo, puede presentar fácilmente insectos como arañas, cucarachas, etc.

Sin embargo, su elevado coste limita el uso profesional de esta variante de la exposición.

#### 5.2.4.3. Grabaciones de audio y de vídeo

Las grabaciones son más económicas que la realidad virtual y constituyen un sustitutivo cuando la exposición en vivo es difícil de manejar, por ejemplo una tormenta. Las grabaciones ofrecen importantes ventajas:

- a) Edición del audiovisual: brinda múltiples posibilidades, como resaltar la expresión facial del protagonista con primeros planos, trucar la filmación, incorporar animaciones, insertar música de fondo relajante, usar la moviola para repetir la actuación de un modelo de afrontamiento, suprimir las tomas falsas, etc.
- b) Intervención en la comunidad: posibilita atender a muchos niños, proyectando la filmación en televisión, en locales públicos como hospitales infantiles, clínicas odontológicas, colegios, instalaciones de verano, clubs deportivos, etc.

Los costes de producción de una película son elevados. No obstante, la calidad

técnica es menos importante que el contenido, razón por la que el profesional puede realizar una sencilla grabación con cámara digital para presentar los estímulos fóbicos o generadores de ansiedad.

#### 5.2.4.4. Libros y láminas

Esta modalidad está indicada con niños pequeños. En la literatura infantil abundan los libros que exponen, mediante la lectura del texto y la visualización de las ilustraciones, a las situaciones temidas. Junto a la exposición (por ejemplo en la fobia a la oscuridad se incluyen estímulos como monstruos terribles, ruidos sospechosos, brujas malvadas, sombras fantasmales, voces tétricas, golpes misteriosos, zombis espantosos, etc.) se emplea una amplia gama de estrategias terapéuticas: contracondicionamiento (relato emocionante, contraposición de escenas agradables y temidas), manipulación de consecuencias (historia divertida, recompensas a los buenos y castigos a los malos, final feliz), y aprendizaje social (modelado simbólico de afrontamiento) y cognitivo (autoinstrucciones de coraje, reestructuración cognitiva).

#### Descargas de catálogos editoriales

Además de los cuentos citados en el capítulo 15, puede consultar en Internet las siguientes páginas web:

- ↪ <http://www.anayainfantilyjuvenil.com>: Haga clic en Descarga de Catálogos para descargarse el de la colección Sopa de Libros.
- ↪ <http://www.alfaguarainfantilyjuvenil.com>: Haga clic en Alfaguara Infantil y a continuación en Catálogo; despliegue el menú Tema, seleccione Superación de problemas y haga clic en Buscar.
- ↪ <http://www.edelvives.com>: Despliegue el menú Literatura y haga clic en Ala Delta Literatura Infantil. Luego puede hacer clic en Ala Delta Serie Roja para niños mayores de cinco años y en Ala Delta Serie Azul para niños mayores de ocho años.
- ↪ <https://www.edebe.com>: Despliegue el menú Literatura y haga clic en Castellano o en el idioma que desee. Vuelva a hacer clic en Descargar pdf para descargarse el catálogo.
- ↪ <http://www.lagaleraeditorial.com>: Haga clic en Catálogos para descargárselo.
- ↪ <http://www.corimbo.es>: Haga clic en Catálogo y vuelva a hacer clic en Álbumes ilustrados.

#### 5.2.4.5. Visualización mental

La exposición en imaginación es cómoda y económica. Se aplica en la primera fase de la terapia con niños que se niegan a realizar la exposición en vivo o con problemas en los que, por sus características particulares, como la fobia a los seres fantásticos y el trastorno por estrés postraumático, resulta especialmente idónea.

El entrenamiento se desarrolla en dos pasos:

1. Distinguir entre imaginar y pensar. El niño, sentado cómodamente con los ojos cerrados, se concentra en la descripción detallada que efectúa el terapeuta, por ejemplo de un partido de fútbol. Cuando afirma que lo ve con claridad, el

terapeuta le pide que abra los ojos y que conteste a sus preguntas: «¿de qué color son las camisetas de tu equipo?», «¿y las del equipo contrario?», «¿qué canta el público para animar?». Se le explica que tiene que ver el partido dentro de su cabeza como si fuera la tele. Se practica con otras escenas agradables, hasta conseguir visualizarlas satisfactoriamente.

2. Diferenciar entre visualizar activa y pasivamente. El terapeuta explica que la escena se puede contemplar desde fuera, como el observador pasivo que mira la foto de algo ajeno sin sentir nada, o desde dentro, como el espectador activo que se mete en la película y se emociona con el triunfo del protagonista. Se presentan escenas negativas, por ejemplo un perro furioso, y positivas, por ejemplo una playa paradisíaca, hasta lograr que susciten miedo y tranquilidad respectivamente. La visualización mental se facilita con sugerencias sensoriales:

*«Imaginate que te encuentras de verdad tumbado en una playa tropical... Es un bonito día de primavera... El cielo está despejado... El mar en calma... Sientes el agradable calorcillo del sol que brilla... Notas el frescor de la brisa marina... Te llega el olor de la sal del mar... Escuchas el suave rumor de las olas en la orilla... Ves el azul claro del cielo... Contemplas el azul turquesa del mar...».*

Las *imágenes emotivas* son un procedimiento de exposición en imaginación indicado para niños pequeños. La secuencia de aplicación es:

- 1º. Entrenamiento en visualización mental.
- 2º. Elaboración de la jerarquía.
- 3º. Elección del protagonista y creación del relato.
- 4º. Exposición en imaginación.

El terapeuta pide al niño que se siente, cierre los ojos e imagine vívidamente la historia que le va a contar. Inicia el relato emocionante suscitando sentimientos de autoafirmación, coraje, orgullo, alegría, afecto, etc., para contrarrestar el miedo. Transcurridos varios minutos presenta el primer ítem de la jerarquía. Si el niño informa que le infunde demasiado miedo, detiene la narración y pide que se fije en los aspectos positivos, por ejemplo la ropa del héroe (Superman, Batman, Popeye, Mulan, Barbie, Mickey Mouse, etc.). Después repite la presentación del ítem hasta conseguir que desaparezca el miedo. Reemprende el relato procediendo de la misma forma con los demás ítems hasta concluir la jerarquía.

### **LAS 500 MILLAS DE INDIANÁPOLIS**

Un niño de catorce años (con discapacidad intelectual) tenía miedo a los perros. Tomaba dos autobuses para ir a la escuela antes de correr el riesgo de toparse con un perro por la calle. Conversando con el psicólogo, se descubrió que le fascinaban los coches de carreras. La ilusión de su vida era disputar las 500

millas de Indianápolis con un Alfa Romeo.

Un resumen de la historia es el siguiente:

*«Quiero que imagines con claridad que tu deseo se ha convertido en realidad. El Alfa Romeo es tuyo de verdad. Se encuentra aparcado en la calle delante de tu casa. Míralo. Fíjate qué bonito es el diseño de su carrocería. Decides ir a dar una vuelta con tus amigos. Te sientas al volante. Sientes un estremecimiento de orgullo al pensar que eres el dueño de este magnífico automóvil. Accionas el contacto y escuchas el maravilloso rugido de su tubo de escape. Aceleras y el coche arranca como un rayo... Ahora conduces por una carretera despejada. El coche se comporta como un pura sangre. La aguja del cuentakilómetros va subiendo, 140 km/h, 150 km/h... Notas que controlas perfectamente el deportivo. Miras los árboles que zumban al pasar, zsssshass, zssshas, zshas... En ese instante ves un perrito junto a uno de ellos. Si te da miedo levanta la mano».*

Otra imagen emotiva que suscita más temor es:

*«Te detienes ante un café en un pueblo. Muchas personas y los chiquillos se agolpan a tu alrededor para mirar con envidia el magnífico bólido y a su afortunado propietario. Respiras con satisfacción. Tu pecho se hincha de orgullo. En ese momento se acerca un enorme bóxer y olfatea tus talones. Si te da miedo levanta la mano».*

### 5.2.5. Exposición, ¿sola o combinada?

Cuando los estímulos son inofensivos y el comportamiento del niño es pasivo, el objetivo es extinguir las respuestas emocionales desadaptadas (eliminación). En estos casos la exposición suele ser suficiente, por ejemplo fobia a la oscuridad. Pero si el estímulo no es completamente inocuo, sino que entraña riesgo de experimentar dolor, malestar por el fracaso, etc., y/o la situación exige cierto nivel de competencia, entonces el objetivo es controlar las respuestas emocionales que resultan excesivas por su elevada intensidad (disminución). En estos casos el tratamiento es más complejo y la exposición se combina con entrenamientos en habilidades de afrontamiento, como respiración (véase capítulo 4) o auto-instrucciones (véase capítulo 13), por ejemplo intervenciones médicas invasivas, o en habilidades específicas como hábitos de estudio o técnicas para hablar en público.

## 5.3. PROBLEMAS Y SOLUCIONES

### 5.3.1. Niño

#### 5.3.1.1. Oposición

Una dificultad común es la oposición abierta o sutil del niño a la exposición en vivo, dado su carácter aversivo, a lo que a veces se suma la reticencia de los padres. Si fracasa la persuasión, el terapeuta dispone de múltiples estrategias para vencer la resistencia: incluir nuevos ítems en la jerarquía para graduar más la exposición, iniciar la exposición

presentando los estímulos en la imaginación, hacer la exposición atractiva por medio de cuentos, películas, realidad virtual, juegos, etc., llevar a cabo la exposición en un contexto lo más relajado y seguro posible, estimular la exposición mediante instigación verbal y guía física, promover la exposición apoyándose en la demostración de un modelo, facilitar la exposición con la ayuda de relajación, respiración, auto-instrucciones, etc.

Una de las herramientas motivadoras más poderosas es el reforzamiento positivo que contribuye a generar buena disposición, a promover el enfrentamiento de la situación temida, a desarrollar el sentido de control y logro, a robustecer la confianza en uno mismo, a elevar el estado de ánimo y a alcanzar el éxito en la exposición. Sin embargo, los padres pueden estar en desacuerdo con otorgar reforzadores, sobre todo comestibles y materiales: *«¿Por qué tengo que darle un caramelo para que duerma en su habitación si ya es mayor para dormir solo?, ¿por qué tengo que incentivarle para ir al colegio si es su obligación?... La promesa de una recompensa suena a soborno; si para que haga caso hay que premiarlo, estamos convirtiéndole en chantajista. Cuando le pida “¿me ayudas a poner la mesa?”, me contestará “eso depende de lo que des a cambio”»*. La objeción de los padres es razonable.

#### LOS MELLIZOS

Los hijos de doña Milagros y don Justo no se parecen nada, a pesar de ser mellizos.

Pitagorín es de ciencias. Le encantan los números. Es un voraz consumidor de problemas de mates. Saca matrícula de honor y su sueño es ganar la Olimpiada Nacional de Matemáticas. Es el más listo de la clase según los compañeros, el ojito derecho del profe y, por qué no decirlo, de sus padres. Pitagorín está encantado de conocerse a sí mismo.

Gongorín es de letras. Aborrece los números. Las cuentas le traen por la calle de la amargura, los problemas de mates le hacen sudar tinta china. Por más que se esfuerza, nunca termina los ejercicios de cálculo. Siempre suspende. Los compañeros se burlan, el profe le riñe y los padres le castigan. Gongorín piensa que es un tarugo, la oveja negra de la familia.

Para motivar a Gongorín con los deberes el psicólogo del colegio propone a los padres darle una pequeña chocolatina de vistosos colores por cada problema de matemáticas resuelto. ¡Milagro, milagro! En pocas semanas el rendimiento académico de Gongorín mejora espectacularmente.

En su fuero interno doña Milagros y don Justo no consideran justo atiborrar de chocolates al hijo que menos rinde y someter a ayuno y abstinencia al que más brilla, de modo que por su cuenta y riesgo, sin consultar al psicólogo, deciden reforzarle también. Pitagorín, que es goloso, agradece entusiasmado el nuevo premio.

Pero a los pocos días se desata la tragedia.

- *Pitagorín, ¿qué te pasa?, ¿te encuentras mal?, ¿estás enfermo?*
- *No, ¿por qué?*
- *Como no has terminado los deberes...*
- *Es que hoy no tengo ganas de chocolatinas.*

En el caso de Pitagorín, la realización de los deberes se refuerza de múltiples formas: *a)* le gusta y disfruta con las matemáticas (actividad reforzante), *b)* buenas calificaciones, admiración de los compañeros o felicitación del profesor y los padres (reforzamiento

social), *c*) satisfacción y orgullo personales (autorreforzamiento). La conducta de Pitagorín está motivada intrínsecamente y mantenida por reforzadores naturales. La introducción innecesaria de reforzadores comestibles tiene efectos contraproducentes: saciedad y desmotivación. Por el contrario, el esfuerzo de Gongorín sólo recibe castigo: *a*) las matemáticas son una actividad aversiva, *b*) malas notas, mofa de los compañeros y reprimendas del profesor y de los padres, *c*) autocrítica y autodesvalorización. La dificultad para el cálculo (discalculia) de Gongorín justifica el reforzamiento del estudio y el trabajo escolar, del mismo modo que el malestar que experimenta el niño con un trastorno de ansiedad es el reforzamiento de la exposición en vivo a las situaciones temidas.

La economía de fichas y los contratos conductuales son dos procedimientos indicados con niños y adolescentes para salvar este obstáculo (véase capítulo 10).

### 5.3.1.2. Comorbilidad

La comorbilidad es muy elevada en los trastornos de ansiedad en la infancia, especialmente con trastornos interiorizados. La presencia de otro trastorno es una complicación. El terapeuta debe valorar este hecho al planificar el tratamiento. Así, en un caso de depresión mayor y trastorno obsesivo-compulsivo no conviene iniciar la exposición hasta conseguir una mejoría del estado de ánimo.

## 5.3.2. Familia

### 5.3.2.1. Actitud

La familia quema etapas complicando el problema:

1. *Sobreprotección*. Los padres son comprensivos y tolerantes con las conductas de escape y evitación. Tranquilizan al niño cuando lo ven nervioso o preocupado. ¿Qué padre no pone fin al sufrimiento del hijo si está en su mano? Sin embargo, cuanto más refuerzan, positivamente prestando atención, y negativamente aliviando la ansiedad, más se agrava el problema.
2. *Frustración*. Comprueban con amarga sorpresa que sus esfuerzos bienintencionados para calmar al niño no sólo resultan baldíos, sino que reciben en pago el comportamiento cada vez más exigente del hijo. Comienzan a etiquetarlo de manipulador.
3. *Coacción*. El resentimiento creciente modifica de forma drástica el comportamiento de los padres, que da el giro copernicano de «por las buenas» a «por las malas». Ahora el estupefacto es el niño, que, ante el nuevo patrón punitivo, intenta por las bravas que los padres abandonen las hieles y retomen las

mieles. Se acelera la escalada del conflicto con desenlace imprevisible: los padres arrojan la toalla y retroceden a la pauta indulgente, dan una de cal y otra de arena según su estado de ánimo, se muestran cada vez más intransigentes e incrementan la presión sobre el niño, etc.

Se debate con los padres el perjuicio del estilo educativo sobreprotector, que fomenta la dependencia, coarta la autonomía y fortalece la ansiedad. A veces la sobreprotección tiene su origen en la ansiedad paterna, por lo que se aclara que es más eficaz mostrarse tranquilo que tranquilizar.

### ***DON'T WORRY***

Usted viaja en avión. Atraviesan una zona de turbulencias. Empieza a preocuparse y a ponerse nervioso. En esta situación sin peligro para el avión, ¿qué le tranquiliza más?

- ⇒ Que la tripulación de cabina mantenga la calma y continúe con sus ocupaciones con normalidad.
- ⇒ Que la tripulación de cabina se asuste, abandone lo que está haciendo y corra de pasajero en pasajero a tranquilizarle y a asegurarle que todo está bien.
- ⇒ Cuando su hijo tiene ansiedad o siente miedo, ¿qué hace usted?
- ⇒ Mantiene la calma y sigue con su actividad con naturalidad.
- ⇒ Se alarma, deja a un lado todo lo que está haciendo y corre a tranquilizarle: «*No te preocupes cariño, todo saldrá bien*».

La actitud hostil y el comportamiento autoritario son perjudiciales. El terapeuta refuta las creencias erróneas y advierte de las graves consecuencias de forzar la exposición (véase cuadro 5.2)

**CUADRO 5.2**  
**Manejar las creencias erróneas**

<b>En vez de pensar que...</b>	<b>Considere que...</b>
<p><i>Mi hijo es manipulador y tirano</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ No le da miedo quedarse solo viendo la tele, pero me exige acompañarle al baño.</li> <li>⇒ Me obliga a repasar las puertas y las ventanas antes de salir de casa.</li> </ul>	<p><i>Su hijo tiene un problema y necesita ayuda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ No lo hace para fastidiar, sino por la ansiedad excesiva que experimenta.</li> <li>⇒ Intenta evitar el malestar al pedirle acompañamiento o comprobación.</li> </ul>
<p><i>Mi hijo es cabezota y egoísta</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ No pone de su parte, no se esfuerza, no le da la gana.</li> <li>⇒ Si no quiere él, le obligaré yo.</li> </ul>	<p><i>Su hijo tiene un problema y necesita ayuda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ No es problema de terquedad, sino de ansiedad.</li> <li>⇒ Obligarle es contraproducente.</li> </ul>

*Mi hijo es hipersensible y superdelicado*

- ⇨ Llorar por nada, es más blando que la mantequilla.
- ⇨ Para de llorar o te doy motivos para llorar de verdad.

*Su hijo tiene un problema y necesita ayuda*

- ⇨ Su hijo no tiene culpa de ser más sensible a la ansiedad.
- ⇨ Amenazarle y castigarle agrava el problema.

### 5.3.2.2. Trastornos

Los estudios familiares de «arriba-abajo», que evalúan a los hijos de padres con trastornos de ansiedad, y de «abajo-arriba», que examinan a los padres y a otros familiares directos de niños con trastornos de ansiedad, hallan que la ansiedad es un asunto de familia.

El contagio emocional acontece al observar el niño la reacción excesiva de los padres. Una mamá, al entrar en la habitación del hospital el enfermero con una jeringuilla, comenta nerviosa: «*Si le va a poner una indición, me salgo. Las agujas me dan pánico*». En caso de que se detecte problemas de ansiedad en los padres se comenta la repercusión negativa sobre el hijo y se recomienda tratamiento.

## 5.4. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La principal aplicación de la exposición en la infancia y adolescencia son los trastornos de ansiedad. En el libro de casos del apartado 5.1 se describen las modalidades de exposición aplicadas en diferentes trastornos: a través de juegos para la fobia a la oscuridad (Méndez, Orgilés y Espada, cap. 1), por medio de realidad virtual para fobias a las cucarachas y a las arañas (Botella, Baños y Fabregat, cap. 2), apoyándose en experimentos conductuales en la fobia social (Pastor y Sevillá, cap. 4), con prevención de respuesta de escape y relajación muscular progresiva en el trastorno de ansiedad generalizada (Olivares, Rosa y García-López, cap. 5), en vivo con prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo (Sevillá y Pastor, cap. 6), y con ayuda de dibujos en el trastorno de estrés postraumático de una adolescente víctima de guerra y de agresión sexual (Puntí, Sánchez y Raich, cap. 7).

La exposición está contraindicada cuando la situación es realmente amenazadora o peligrosa o cuando el niño carece de las habilidades requeridas para desempeñarse de forma segura en la situación (véase apartado 2.1 de este capítulo).

## 5.5. RECURSOS

### Lecturas recomendadas para profesionales

La sección Tratamiento (color rosa), de la nueva colección *Ojos Solares* de Ediciones

Pirámide, está orientada a los profesionales, futuros (estudiantes universitarios) y actuales (psicólogos, psiquiatras, pediatras, enfermeros, pedagogos, etc.), del ámbito de la infancia y adolescencia, especialmente al psicólogo clínico infantil. Incluye monografías que describen el empleo de la exposición en los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: ansiedad por separación, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. Por ejemplo:

Echeburúa, E. y De Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Los libros de la sección **Programas** (color negro o blanco) de la misma colección comprenden un manual para el aplicador y un CD-ROM con los materiales del programa. Por ejemplo:

Olivares, J. (ed.) (2005). *Programa IAFS: Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social*. Madrid: Pirámide.

Otro programa de tratamiento para los trastornos de ansiedad por separación y generalizada y para la fobia social es el *Gato Valiente*, que comprende dos bloques: *a*) aprendizaje de habilidades para controlar la ansiedad infantil excesiva, y *b*) práctica de las habilidades adquiridas en situaciones que generan ansiedad (exposición).

Kendall, P. C. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños: Manual para terapeutas*. Buenos Aires: Akadia.

Kendall, P. C. (2010). *El Gato Valiente: Cuaderno de actividades*. Buenos Aires: Akadia.

También es interesante la colección **Recursos Terapéuticos** de la citada editorial con obras muy prácticas sobre modalidades de exposición especialmente indicadas con niños y adolescentes. Por ejemplo:

Orgilés, M. (2014). *Tratando... fobia a la oscuridad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Los textos universitarios de la colección **Psicología** de la mencionada editorial contienen libros de casos que describen con detalle los procedimientos de exposición aplicados. Por ejemplo:

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (eds.) (2013). *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (5.ª ed.). Madrid: Pirámide.

Además de los libros de las citadas colecciones, un manual clásico de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, con abundante información sobre psicopatología,

evaluación y tratamiento, incluyendo la exposición, es:

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

### **Lecturas recomendadas para padres**

La colección *Guías para Padres y Madres*, de Ediciones Pirámide, está formada por lecturas aconsejables que proporcionan asesoramiento y promueven la colaboración de los padres en las tareas de exposición. Por ejemplo:

Gavino, A. (2006). *Mi hijo tiene manías*. Madrid: Pirámide.

Se puede consultar el catálogo de ésta y de las anteriores colecciones en <http://www.edicionespiramide.es>.

### **Lecturas recomendadas para niños**

No abundan los libros de autoayuda para niños. Una excepción interesante es la colección *Guías para Niños: Qué puedo hacer cuando*, de TEA Ediciones. Por ejemplo:

Huebner, D. (2009). *¿Qué puedo hacer cuando me da miedo irme a la cama?* Madrid: TEA.

Información en Internet: <http://web.teaediciones.com>.

# 6. EDUCAR EN EMOCIONES

MARÍA JOSÉ QUILES SEBASTIÁN Y EVA M.<sup>a</sup> LEÓN ZARCEÑO

## 6.1. INTRODUCCIÓN

Las emociones son procesos psicológicos adaptativos muy útiles para el ser humano. Se desencadenan por la valoración cognitiva de una situación que produce alteraciones en la activación del organismo (García, Martín y Domínguez, 2004). Una clasificación clásica de las emociones humanas es aquella que diferencia entre emociones primarias y secundarias. Las emociones *básicas* o *primarias* son aquellas cuya respuesta es universal (el miedo, la ira, la tristeza, el asco, la felicidad y la sorpresa). Por su parte, las *secundarias* son aquellas cuya respuesta varía ampliamente de un individuo a otro (por ejemplo la ansiedad, la hostilidad, el amor/cariño). En cualquier caso, nuestras emociones cumplen tres funciones principales:

- ⇒ *Función adaptativa*, preparando al organismo para dirigir y ejecutar conductas requeridas por la situación.
- ⇒ *Función social*, basada en la expresión verbal y no verbal de la emociones.
- ⇒ *Función motivacional*, que facilita la aparición de conductas dirigidas a un objetivo.

Así, las emociones juegan un papel fundamental para activar otros procesos psicológicos (por ejemplo la motivación o la atención) y están sujetas a la valoración cognitiva que realiza el individuo (véase cuadro 6.1).

CUADRO 6.1  
Tipos de emociones (adaptado de Caruana y Tercero, 2006)

Ira	Asco/repugnancia
Ansiedad	Felicidad
Miedo/temor	Orgullo
Culpa	Alivio
Vergüenza	Esperanza
Tristeza	Amor
Envidia	Compasión
Celos	Gratitud

Las emociones resultan esenciales en nuestra vida cotidiana. Nos van a permitir relacionarnos de un modo adecuado con otros. Por ejemplo, percibir las emociones de los demás y mostrar empatía va a ser clave en la prevención de conflictos. La investigación actual muestra las correlaciones entre un buen desarrollo emocional y un adecuado desarrollo académico y profesional (Mayer y Salovey, 2007). Las emociones se pueden educar, y con ello se logra la prevención de conflictos interpersonales, baja autoestima, sentimiento de falta de valía personal, etc. La educación en emociones se puede considerar como una forma de prevención primaria inespecífica, que pretende el desarrollo de habilidades básicas para la vida que capacitan a la persona para afrontar de forma más adaptativa situaciones estresantes o conflictivas.

¿Qué aspectos caracterizan a una persona emocionalmente competente? Es aquella capaz de reconocer y expresar sus emociones, de percibir las propias emociones y las de los demás, que se muestra capaz de regular sus emociones de forma adecuada y que nos permite establecer relaciones satisfactorias con otras personas. Siguiendo a Goleman (1996), podemos decir que las personas emocionalmente inteligentes:

- ⇒ Saben qué emociones experimentan y por qué.
- ⇒ Perciben los vínculos entre sus sentimientos y lo que piensan, hacen y dicen.
- ⇒ Son reflexivas y se muestran seguras de sí mismas.
- ⇒ Controlan su impulsividad y las emociones perturbadoras.
- ⇒ Piensan con claridad y no pierden el control cuando son sometidas a presión.
- ⇒ Son socialmente equilibradas y comprenden los sentimientos y preocupaciones de los demás, así como su perspectiva.

## 6.2. LA EDUCACIÓN EN EMOCIONES

La educación emocional es «*un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con objeto de capacitarle para la vida y con el objetivo de aumentar el bienestar personal y social*» (Bisquerra, 2000; p. 27). Steiner (2013) indica que la educación emocional es «*inteligencia emocional centrada en el corazón*» (p. 49) y «*cuando somos emocionalmente educados somos capaces de hacer que nuestras emociones trabajen para nosotros y para quienes nos rodean en vez de contra nosotros*» (p. 54). Por tanto, la educación emocional es un proceso de aprendizaje, entrenamiento y desarrollo continuo y permanente. El objetivo es el desarrollo de competencias emocionales, con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social. Steiner (2013) desglosa este gran objetivo en los siguientes:

- ⇒ Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones.
- ⇒ Identificar las emociones de los demás.

- ⇨ Denominar a las emociones correctamente.
- ⇨ Desarrollar la habilidad para regular las propias emociones.
- ⇨ Subir el umbral de tolerancia a la frustración.
- ⇨ Prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas.
- ⇨ Desarrollar la habilidad para generar emociones positivas.
- ⇨ Desarrollar la habilidad de automotivarse.
- ⇨ Adoptar una actitud positiva ante la vida.
- ⇨ Aprender a fluir.

El trabajo con educación emocional se ha de hacer de manera vivencial, continuada, en los entornos donde los niños juegan, se desarrollan, crecen, experimentan..., aunque también resulta muy útil el permitir que el niño experimente con sus emociones y aprenda en un entorno terapéutico y controlado. Entre las orientaciones generales para educar las emociones de los más pequeños destacaríamos:

- ⇨ *Entender a los adultos como el modelo para los niños, aunque no lo hagamos constantemente.* Los más pequeños aprenden más de lo que hacen sus padres que de lo que dicen. Cuando el niño no sabe cómo afrontar una situación, se fija en sus adultos de referencia y lo afrontará de manera similar. Por ello, daremos un buen ejemplo si enfrentamos las situaciones adecuadamente. Pero si, ante una situación complicada, la enfrentamos de forma poco adaptativa, el niño tenderá a repetir el modelo que ve en nosotros.
- ⇨ *Aprovechar cualquier momento para atender a las emociones del niño.* Fijándonos en sus juegos, sus pesadillas, la forma en la que habla a sus amigos o a sus muñecos... Si nos fijamos en sus emociones, podremos entender qué están sintiendo. Todas las emociones son importantes, aunque desde nuestra visión de adultos nos puedan parecer poco relevantes.
- ⇨ *Buscar espacios para hablar y escuchar activamente.* Hay que fomentar una comunicación afectiva y de aceptación, un entorno en el que el niño se sienta acogido, seguro y en el que pueda expresar libremente sus sentimientos y pensamientos sin temor a sentirse juzgado o rechazado. Recordemos que si no propiciamos la comunicación para los aspectos más irrelevantes, difícilmente el niño se sentirá confiado para comunicarnos otras cuestiones que para él sean más importantes. Para ello puede ayudarnos el formular preguntas abiertas. En lugar de «¿qué has hecho hoy?», preguntar «¿Qué tal con tus amigos?».
- ⇨ *Trabajar con el niño la diferencia entre emociones y conducta.* Por ejemplo, si el niño tiene celos de su hermanito recién nacido, puede pegarle como forma de expresar su enfado. Es importante ayudar al niño a reconocer su emoción y expresarle que, aunque no aceptamos ese comportamiento, entendemos sus sentimientos explorando otras formas de expresarlos. El mensaje es que nos importa cómo se siente, entendemos sus sentimientos y podemos buscar otra

manera más adecuada de expresarlos y compartirlos.

El papel de padres y educadores en la educación emocional de los niños es muy importante. Recordemos que las emociones son una parte fundamental en nuestra vida y que, como educadores, debemos ayudarle en su aprendizaje, en tareas como aprender a reflexionar antes de actuar, saber si estamos enfadados y por qué, etc.

La *familia* se considera el entorno idóneo para la educación de las emociones. Permite entrenar la empatía, la gestión de conflictos, la tolerancia ante situaciones que no se resuelven como esperábamos, etc.

Respecto a las recomendaciones para los padres, es importante recordar que la familia es el mejor lugar para el aprendizaje de las habilidades emocionales. Es difícil encontrar en los hijos un adecuado desarrollo de su competencia emocional si sus padres no gestionan adecuadamente sus conflictos. A lo largo de su desarrollo evolutivo, los niños van a ir afrontando sus crisis (como una pelea en el colegio, un suspenso, el divorcio de los padres o el fallecimiento de un familiar), y su afrontamiento será el reflejo del modo en el que la familia lo hace con las suyas. El niño que crece en un entorno sano emocionalmente se sentirá protegido, aumentando su capacidad de afrontamiento ante las situaciones desfavorables.

## 6.3. APLICACIONES

La educación en emociones supone potenciar todas las habilidades que sirven para expresar y controlar los sentimientos de la manera más adecuada. El trabajo para la educación emocional ha de incluir dos componentes identificados por Goleman (1996): el *intrapersonal*, referido a la relación consigo mismo, y el *interpersonal*, en relación con los otros. En el primer componente se incluirían las capacidades para la identificación, la comprensión y el control de las emociones en uno mismo, que se manifiestan en la autoconciencia y el autocontrol. El componente interpersonal se refiere a la capacidad de identificar y comprender las emociones de los otros y a la capacidad de relacionarnos socialmente de una manera positiva. A continuación se incluyen distintas actividades para potenciar cada una de estas áreas. Asimismo, se incluyen actividades relacionadas con la autoestima como parte fundamental de la educación emocional. En todo caso, habría que recordar que la educación en emociones es un proceso que se va desarrollando a través de todo el ciclo vital. A continuación se presentan algunas actividades que pueden servir de guía para el trabajo terapéutico con los niños. En función de la edad y el desarrollo de cada niño, se adaptarán a cada tipo de situación.

### 6.3.1. ¿Cómo me siento? Identificación de emociones y conciencia emocional

Seguendo a Bisquerra (2009, 2011), la conciencia emocional consiste en *conocer las propias emociones y las emociones de los demás. Se consigue a través de la observación del propio comportamiento, así como el de las personas que nos rodean. Supone, por tanto, saber distinguir entre pensamientos, acciones y emociones; comprender las causas y las consecuencias de las últimas, evaluar su intensidad y reconocer y utilizar su lenguaje, tanto en la comunicación verbal como en la no verbal* (p. 26). Dentro de esta capacidad se incluyen, entre otras (Bisquerra y Pérez, 2007):

- a) Toma de conciencia de las propias emociones. Incluye la habilidad de identificar y distinguir con exactitud las propias emociones.
- b) Dar nombre. Ser capaz de poner un nombre a las emociones, haciendo un uso eficaz del vocabulario emocional.

### **Dinámicas y técnicas para trabajar la conciencia emocional**

#### 1. «El collage emocional».

Se elabora un collage con diferentes fotografías que expresen diversas emociones. Una variante puede ser elaborar un collage por cada emoción (por ejemplo: el collage de la tristeza o del enfado). Para ello, en cada cartulina, de diferente color, trabaja una emoción diferente.

#### 2. ¿Me completas la cara? (ejemplo: sonrisa, lágrimas...).

Se presentan al niño dibujos de caras en los que tiene que completar los rasgos para plasmar distintas emociones. Se pide que ponga la etiqueta verbal debajo de la cara (véase figura 6.1).

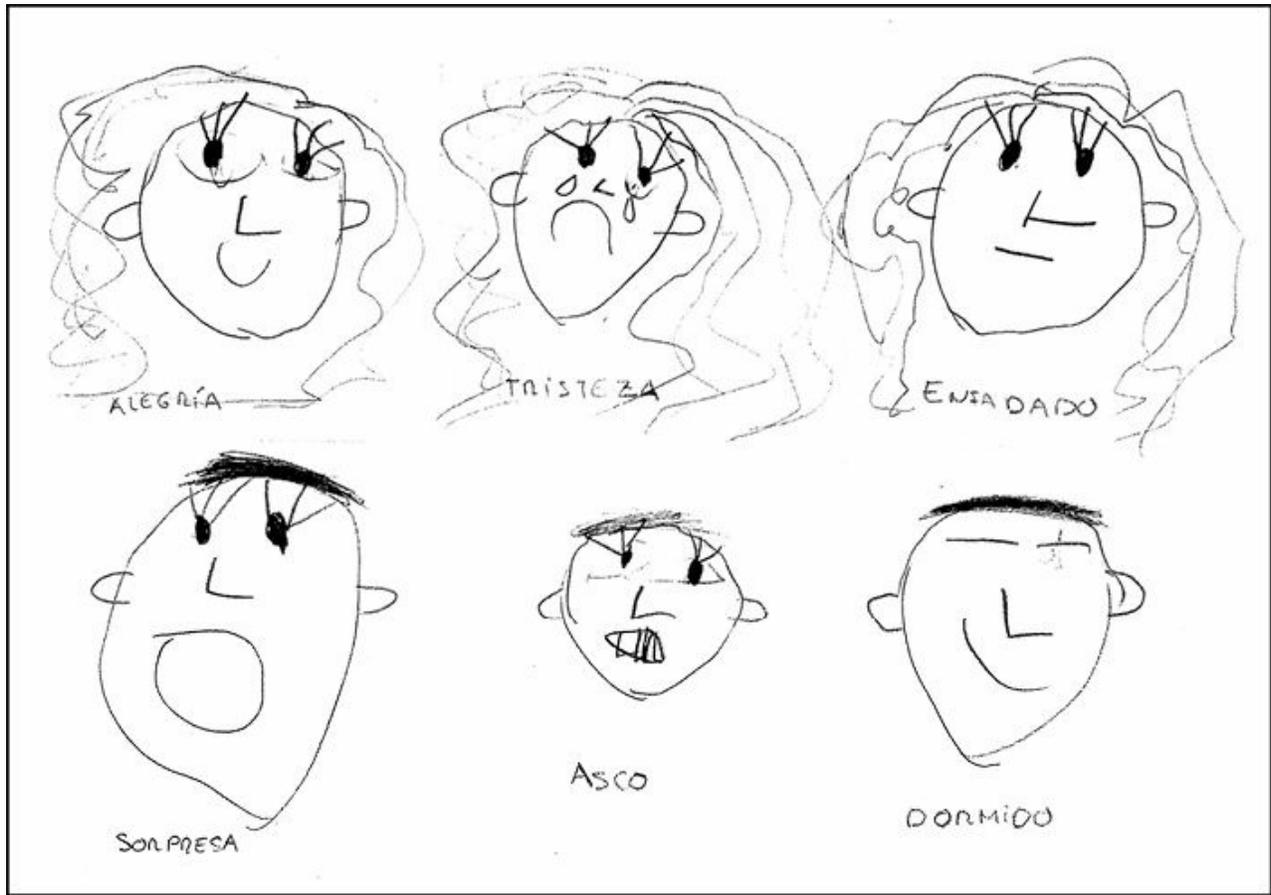


Figura 6.1. Ejemplo del ejercicio ¿Me completas la cara?

### 3. «El diccionario emocional».

Se pide al niño que elabore su propio diccionario con el vocabulario de las diferentes emociones que siente. Ha de escribir la emoción, describirla y anotar cómo le hace sentir. Por ejemplo:

**MIEDO:** Lo sentimos cuando creemos que estamos en peligro o ante una situación que no sabemos cómo acabará. Lo que ocurre es que muchas veces el peligro es imaginario, como cuando oímos un ruido por la noche.

**TRISTEZA:**

**RABIA:**

### 4. Inventando mis historias...

Cada niño/a cuenta una historia sobre él en la que explique cómo se siente y por qué... También podemos pedirle que nos dibuje la historia y explique las emociones de los personajes. Por ejemplo:

Es sábado por la tarde y Pablo se va a ir al cine con su amigo Jordi. Cuando está en la puerta, esperando para que vengan a recogerle, le llama el padre de Jordi y le dice que no podrán ir porque su amigo se ha portado mal y le han castigado. En ese momento Pablo se siente .....

María está haciendo un examen de matemáticas y está muy contenta porque sabe casi todas las respuestas y cree que a tener muy buena nota. Cuando está a punto de entregarlo, su amiga Soraya empieza a hablarle para que le diga los resultados de dos ejercicios. En ese momento, la profesora pasa junto a ellas y les dice que las dos están suspendidas por estar copiando en el examen. En ese momento María se siente .....

#### 5. «Buscando mi personaje de ficción favorito».

Se pide al niño que elija un personaje de ficción porque considera que se parece a él en las emociones que expresa. Durante la actividad, el niño ha de identificar y/o describir sus emociones en varios momentos de la película o el cómic.

### 6.3.2. ¿Cómo se sienten los demás? Empatía y comprensión de las emociones de otros

Para poder entender las reacciones de nuestros amigos o familiares es necesario comprender cómo se pueden sentir en situaciones determinadas. Es importante entrenar al pequeño en la visión empática, para lograr que tenga la capacidad de entender y llevarse bien con los demás. Se trata de que pueda tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas. Para ello se estimulará la capacidad de captar los sentimientos y los puntos de vista de otras personas, así como el interés activo por las cosas que les preocupan. Esta habilidad permitirá, además, conocer y satisfacer las necesidades de otros en una actitud de orientación hacia el servicio.

#### Dinámicas y técnicas para trabajar la empatía

##### 1. «Nos ponemos en el lugar del otro» (adaptado de Convielx, 2012).

Se presentan una serie de situaciones positivas y negativas y se pregunta al niño por cómo se sentirían él y su compañero ante esa situación. Por ejemplo:

1. Llamas por un mote a un compañero.

Tú te sientes..... El otro debe sentirse.....

2. Agradeces a tu compañero de mesa que te haya ayudado con los ejercicios de matemáticas que no entendías.

Tú te sientes..... El otro debe sentirse.....

3. Te enfadas con tu amigo porque ha fallado un gol en el partido del recreo.

Tú te sientes..... El otro debe sentirse.....

4. Tu compañero te coge sin permiso el regalo que te ha traído tu padre de su último viaje.

Tú te sientes..... El otro debe sentirse.....

5. Tu madre compara tus calificaciones con las de tu hermana mayor.  
 Tú te sientes..... El otro debe sentirse.....

2. *¿Cómo se siente el personaje del cuento?*

Se trata de escoger y leer junto al niño/a un cuento en el que podamos pedirle que identifique los sentimientos de los personajes principales y el modo en el que los expresa (véase capítulo 15). Esta misma actividad se puede realizar con películas o series infantiles. Una vez escogido el material en función de la edad del niño, comentaremos con él cómo se ha abordado la cuestión de un personaje determinado, cómo se habrá sentido, por qué cree que se habrá comportado así, etc. (véase figura 6.2).



Figura 6.2. Ejemplo de cuento elaborado por un niño.

Otra posibilidad es pedirle al niño que se invente un cuento donde él es el personaje principal. Después de haberlo contado o dibujado le preguntaremos: «¿Cómo se siente en cada situación ese personaje? ¿Y el resto de personajes del cuento?».

3. «El termómetro de las emociones».

El objetivo de esta actividad es que el niño pueda valorar la intensidad de la emoción que está sintiendo el otro, para poder ponerse en su lugar. Para ellos le mostramos al niño un dibujo de un termómetro y le pedimos que ponga los grados

a la emoción de este momento o a alguna emoción del día de hoy. Después le pedimos que le ponga los grados a la emoción que siente el otro. A continuación se reflexiona sobre ello: ¿Cómo se siente? ¿Por qué se siente así? ¿Qué puede hacer para que se sienta mejor?

#### 4. *Completa los puntos de la historia...*

Se presenta al niño una historia y se le pide que complete los puntos más importantes de ésta. Por ejemplo:

Pedro ha venido hoy al colegio sintiéndose mal porque..... Sé que está mal porque le noto la cara triste, la mirada hacia el suelo y no tiene ganas de jugar con nosotros. Creo que lo que le podría ayudar sería .....

### 6.3.3. ¿Cómo expreso lo que siento? Comunicación de emociones

La expresión adecuada de las emociones es un elemento fundamental del desarrollo emocional. Es importante que el niño/a sepa que todos necesitamos saber lo que estamos sintiendo y que los demás lo sepan. Si expresamos nuestras emociones los demás entenderían mejor nuestros sentimientos y nuestras conductas y nos sentiremos más aceptados. En la medida en la que expresemos cómo nos sentimos, encontraremos la ayuda que necesitamos en los demás. La expresión adecuada de emociones permitirá al niño obtener una respuesta más adecuada por parte de los demás, lo que a su vez reforzará su sentimiento de valía personal.

#### **Dinámicas y técnicas para comunicar emociones**

##### 1. *¿Cómo explico cómo me siento?*

El objetivo de esta técnica es que el niño adquiera las pautas para expresar sus emociones de manera honesta, sin esconderlas y sin mostrarse agresivo ante los otros. Para ello, explicamos la importancia de los mensajes yo: «*Explica cómo te sientes y por qué*». Recordaremos la importancia de: preguntar y no acusar; discutir los temas uno por uno; no utilizar palabras como nunca, siempre, todo, nada; hablar desde la calma. Por ejemplo:

*Me siento muy enfadado cuando tú coges mi material sin permiso y no lo vuelves a dejar en su sitio.*

*Me pongo muy contento cuando pasamos la tarde jugando juntos.*

*Me siento triste .....*

*Siento miedo cuando .....*

##### 2. *¿Qué harías en esta situación?*

Se trata de una variante de la dinámica anterior. En este caso se le presentan a los niños una serie de situaciones y se le propone que escriban cómo explicarían sus sentimientos en cada de ellas. Por ejemplo:

Un compañero te pide que le hagas los deberes de matemáticas. No es la primera vez que lo hace y no quieres hacerlo. ¿Qué le dirías? \_\_\_\_\_

Has quedado con un amigo para ir al cine. Llega media hora tarde y la película ya ha empezado. ¿Qué le dirías? \_\_\_\_\_

Dos amigos te dan de lado, no dejándote que juegues con ellos ni que participes en sus conversaciones. ¿Qué les dirías? \_\_\_\_\_

Oyes a tu madre hablar por teléfono con tu tía. Está hablando de tus notas y comparándolas con la de tu hermano mayor. ¿Qué le dirías? \_\_\_\_\_

### 6.3.4. Autorregulación: manejar adecuadamente las emociones

La regulación emocional permite el control de las emociones con la finalidad de distanciarse de la emoción muy intensa, regularla en uno mismo y en los demás, y mitigar las emociones negativas y potenciar las positivas, sin reprimir o exagerar información. Resulta muy útil explicar al niño que las habilidades de autorregulación actúan como una mochila mental. Al igual que cuando salimos de excursión preparamos la cartera con todo lo necesario, resulta muy útil disponer de una «caja de herramientas psicológicas», o recursos que nos permitan actuar de una manera más calmada cuando nos enfrentemos a situaciones en las que las emociones son demasiado intensas.

#### Dinámicas y técnicas para la autorregulación emocional

##### 1. «El semáforo de las emociones».

Es una forma de regulación emocional que consiste en ayudar al niño a identificar las sensaciones fisiológicas asociadas con emociones negativas con el fin de que pueda adoptar medias distractoras antes de que se dispararen las emociones negativas.

¿Cómo se explica el semáforo?:

**ROJO. STOP.** Cuando nos sentimos muy nerviosos, o estamos muy enfadados, o tenemos mucha rabia por algo que ha pasado... Es el momento de pararnos, tranquilizarnos y contar hasta diez antes de hablar o actuar. Es como si fuéramos en el coche con mucha prisa y nos encontráramos con un semáforo en rojo; tenemos que parar y esperar a que cambie la luz a verde.

**AMARILLO.** Es el momento de PENSAR qué está pasando, cuál ha sido el problema para que nos sintiéramos así. También tenemos que pensar en posibles soluciones y sus consecuencias. Si fuéramos en el coche, el semáforo amarillo nos indica que tenemos que salir.

**VERDE.** Es el momento de ACTUAR y poner en práctica la mejor solución de las que hemos pensado antes. Tras la pausa que nos ha permitido tranquilizarnos y reflexionar, es el momento de circular de nuevo.

### 3. «*Mis trucos para controlar*».

El objetivo de esta actividad es que el niño sea capaz de incluir en su repertorio conductual diversas habilidades que le permitan controlar sus reacciones emocionales, sin expresarlas de manera exagerada o evitarlas. En primer lugar se enseña la importancia de la calma, reduciendo primero las emociones demasiado intensas para después pasar a resolverlas. ¿Qué podemos hacer para calmarnos cuando estamos muy nerviosos? Se instará al niño a que busque las estrategias (o los «trucos») que le ayuden a regular mejor sus emociones, por ejemplo contar hacia atrás, hacer cinco respiraciones profundas, cambiar de espacio durante cinco minutos, imaginar que ponemos nuestra emoción en un congelador para dejarlo enfriar... Se trata de que cada niño elabore su listado y lo ponga en práctica en diversas situaciones de autocontrol emocional.

### 4. «*¿Cómo podemos relajarnos?*».

Sigue los pasos de la respiración utilizando la capacidad que tienen los niños de imaginar. Para ello hay que adaptar las técnicas de relajación y respiración a los pequeños. Podemos también ayudar a que sea el propio niño el que busque entre sus estrategias y recursos propios aquellos que le sean más útiles para relajarse (véase capítulo 4).

## 6.3.5. Autoestima

La autoestima es la valoración que realizamos de nosotros mismos, basada en todos los pensamientos, sentimientos, emociones y experiencias que hemos ido recogiendo a lo largo de nuestra vida. Es un constructo dinámico, fruto de nuevas experiencias e interacciones con los otros significativos, que se va formando y consolidando a través de la imagen que los demás proyectan en sus interacciones con nosotros (Quiles y Espada, 2004). Se considera un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional y cognitivo, una buena salud mental y unas relaciones sociales satisfactorias (Gorrell, 1999).

La autoestima juega un papel importante en la expresión emocional. Cuando potenciamos el bienestar psicológico de los pequeños y su autoestima, éstos experimentan un mayor bienestar psicológico y se muestran más seguros y conscientes a nivel emocional. Así, se incluyen actividades que favorezcan y ayuden a los niños a potenciar sus sentimientos de valía.

### **Dinámicas y técnicas para reforzar la autoestima**

#### 1. «*La carta de mis padres*».

Se pide a los padres o a alguno de los amigos del niño que escriba una carta explicando las principales cualidades y aspectos positivos de éste. Después, se

comenta junto a éste y se reflexiona sobre las cualidades más relevantes y las propuestas de superación.

Querido Alberto. Me hace mucha ilusión poder escribirte una carta explicándote lo contentos que estamos los papis desde que llegaste a nuestra vida. Siempre has sido un niño muy alegre, inquieto y muy interesado por saberlo todo del mundo que te rodea. Aún recuerdo la cara que puso papá cuando le preguntaste por el meteorito que arrasó a los dinosaurios o la cara de tus compañeros cuando trabajasteis el proyecto de los dinosaurios y les explicaste todo lo que habíais aprendido en tus lecturas. Sin embargo, de lo que más orgullosos estamos es de lo buena persona que eres: estás atento a los otros, preocupado por cómo se sienten e intentando ayudar en la medida de tus posibilidades. Eres generoso y entregado, y por eso tus compañeros te quieren tanto. Además, eres un gran estudiante y te esfuerzas en todo lo que haces. Sólo queríamos recordarte lo orgullosos que estamos de ti.

Te queremos mucho: Papá y mamá.

## 2. «*Recuerdos positivos*» (adaptado de Quiles y Espada, 2004).

Se pide al niño que recuerde algún episodio en el que fue objeto de reconocimiento social. El objetivo es que cada uno reflexione sobre las coacciones en las que ha sido capaz de realizar un comportamiento positivo y adaptado por los demás, y que recuerde la emoción positiva que le generó. Por ejemplo, véase el cuadro 6.2.

CUADRO 6.2 ([Descargar o imprimir](#))  
Hoja de trabajo para «*Recuerdos positivos*»

**DESCRÍBELO CON  
DETALLE**

**¿CÓMO TE  
SENTISTE?**

Un amigo te dio las gracias por un favor que le habías hecho

En una reunión con amigos, propusiste una idea que fue secundada por todos

Recibiste una felicitación por el trabajo bien hecho

## 3. *Anuncio de sí mismo.*

Se pide al niño que realice una breve presentación de sí mismo destacando sus aspectos más positivos, como si se tratara de un anuncio publicitario. Una vez que lo ha preparado, se comenta en público y se reflexiona sobre las emociones que se experimentan. Esta técnica admite distintas variantes, como por ejemplo:

- ⇒ Diseñar una página web reuniendo información sobre uno mismo, mostrándola a los demás.
- ⇒ Diseñar un libro que recoja las principales capacidades y logros, y exponerlos

delante de familiares y amigos.

## 6.4. CONCLUSIÓN

A lo largo de este capítulo se han mostrado diversas técnicas y dinámicas para el trabajo en emociones en la infancia. Como ya se ha comentado, la educación emocional no es un trabajo exclusivo del entorno terapéutico, sino que debe ser potenciado en los entornos en los que los niños crecen y se desarrollan. Para ello, es fundamental permitir que tengan un tiempo y espacio adecuados para la expresión emocional. Se deben propiciar situaciones en las que el niño se sienta seguro y confiado para poder verbalizar sus emociones, sin temor a sentirse valorado o juzgado por ello.

La educación emocional sigue una metodología eminentemente práctica, para favorecer la autorreflexión y la adquisición de competencias a través de la práctica. En educación emocional la información por sí misma no es suficiente (Bisquerra, 2011). La utilización de dinámicas y técnicas que permitan la vivencia de las emociones es muy útil en este ámbito.

Como estrategia general, es importante recordar la importancia de reforzar que el niño exprese sus emociones, ayudándole a identificarlas y gestionarlas. En este sentido, las situaciones conflictivas se pueden aprovechar como oportunidades para el aprendizaje y la práctica de las habilidades aprendidas.

## 6.5. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

**Baeza, G. (2005). *Cómo desarrollar la inteligencia emocional infantil*. México: Trillas.**

La autora propone un sistema de educación en emociones basado en la enseñanza de actitudes emocionales positivas, ofreciendo pautas de actuación con niños pequeños. Se trata de una obra muy aplicada, orientada a padres y educadores.

**Vallés Arándiga, A. (2009). *La inteligencia emocional de los padres y de los hijos*. Madrid: Pirámide.**

Este libro ofrece a padres y educadores un amplio conocimiento práctico que permite conocer mejor la capacidad emocional de cada niño, así como ejercicios y actividades para desarrollar cada una de las habilidades que componen la inteligencia emocional. El autor presenta una obra práctica y aplicada a distintas edades y ámbitos.

## Internet

**FAROS: El observatorio de la salud de la infancia y la adolescencia.**  
<http://faros.hsjdbcn.org/>.

En esta web se presenta el proyecto FAROS, del Hospital materno infantil San Joan de Deu, de Barcelona. En esta web, dedicada a la salud infantil, se incluye una sección dedicada a la educación en emociones, poniendo a disposición del público numerosos recursos muy útiles, como los cuentos para gestionar las emociones. Asimismo, desde la página se puede acceder a documentos sobre el tema en los que han colaborado autores muy relevantes en este ámbito, como el profesor Bisquerra o Eduard Punset.

## 6.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Española contra el cáncer. *Las emociones*. Recuperado de [https://www.aecc.es/TeAyudamos/informaryconcienciar/Documents/Las\\_emociones.pdf](https://www.aecc.es/TeAyudamos/informaryconcienciar/Documents/Las_emociones.pdf)
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Bisquerra, R. y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Bisquerra, R., Punset, E., Mora, F., García-Navarro, E., López-Cassá, E., Pérez-González, J. C., Lantieri, L. et al. (2011). *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Espluges de Llobregat (Barcelona): Hospital Sant Joan de Déu. Disponible en la web: [http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/faros\\_6\\_cast.pdf](http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/faros_6_cast.pdf).
- Caruana, M. P. y Tercero, M. P. (2006). *Cultivando emociones. Educación Emocional de 3 a 6 años*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Convielx (2012). *Cuaderno de Educación Emocional*. Elche. Disponible en <http://iesmontserratroig.edu.gva.es/convielx>.
- García E., Martín, M. D. y Domínguez, J. (2004). *Procesos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gorrell, J. (1999). Some contributions of self-efficacy research to self-concept theory. *Journal of Research and Development in Education*, 23(2), 73-81.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (2007). ¿Qué es Inteligencia Emocional? En J. M. Mestre Navas y P. Fernández Berrocal (coords.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 25-45). Madrid: Pirámide.
- Quiles, M. J. y Espada, J. P. (2004). *Educación en la autoestima*. Madrid: CCS.
- Steiner, C. (2013). *Educación emocional*. Sevilla: Jerder.



Parte tercera

## **Procedimientos conductuales**

# 7. CONTROL ESTIMULAR

ESTRELLA ROMERO TRIÑANES

## 7.1. ANTECEDENTES, CONDUCTAS Y CONSECUENCIAS: EL PAPEL DE LOS ESTÍMULOS EN LA REGULACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Las técnicas de control de estímulos se fundamentan en la importancia que presentan las situaciones y las condiciones (los estímulos) en las cuales una conducta se produce y se refuerza, a la hora de determinar la probabilidad de que esa conducta se emita en el futuro. Indudablemente, las consecuencias que siguen a una conducta son un elemento fundamental en el control del comportamiento; pero el marco en el que la conducta aparece desempeña también un papel crucial. La conducta puede o no ser adecuada dependiendo de las situaciones en las que se emita. El ejemplo del semáforo es comúnmente señalado en este ámbito. Cruzar la calle con el semáforo en verde es una conducta adecuada; hacerlo con el semáforo en rojo es una conducta peligrosa. La luz del semáforo acaba siendo un estímulo que controla nuestro comportamiento. Corretear o charlar animadamente son conductas adecuadas en el patio de recreo, durante el tiempo de ocio; no lo son, sin embargo, cuando el profesor está explicando cómo resolver un problema aritmético.

En la terapia infanto-juvenil es común explicar a los agentes de cambio más cercanos a los niños (padres y profesores) que, a la hora de entender la conducta, debemos tener en mente tres componentes: es lo que a veces se llama esquema A-C-C (en inglés, A-B-C: *Antecedent-Behaviour-Consequence*).

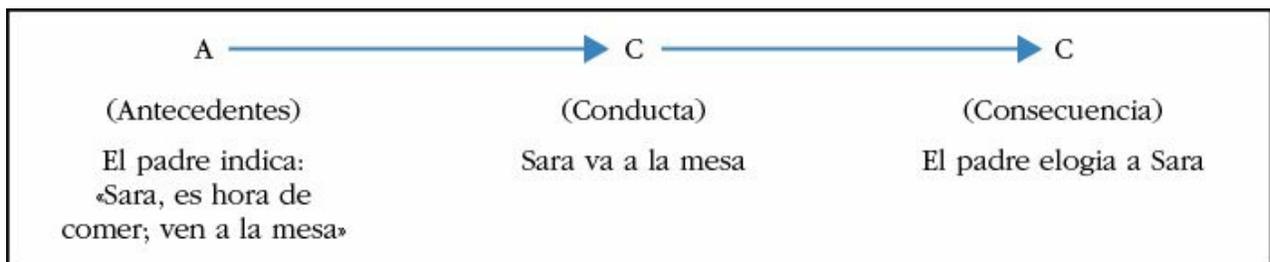


Figura 7.1. Esquema general Antecedente-Conducta-Consecuencia para la regulación del comportamiento.

La necesidad de configurar y estructurar adecuadamente los estímulos

(«Antecedentes») ante los cuales una conducta será reforzada es una parte crucial del aprendizaje de familiares y profesores cuando se enfrentan a dificultades de comportamiento infanto-juveniles. De alguna manera, los niños deben saber que, si se dan las condiciones X, la realización del comportamiento Y acarreará la consecuencia Z. Si cuando el padre dice «*Sara, ven a la mesa*», la niña acude y se sienta, Sara recibirá el elogio de su padre («*Qué rápido has venido, Sara, ¡muy bien!*»). A través de este tipo de interacciones, la instrucción del padre se va convirtiendo en un antecedente (estímulo discriminativo) que indicará a la niña la presencia de un reforzador positivo si realiza la conducta requerida. Los estímulos antecedentes van tomando su parte de control de la conducta.

Aunque el control estimular puede tomar formas muy diversas en la actividad terapéutica, uno de los campos en el que con más frecuencia debe trabajar el psicoterapeuta infanto-juvenil es, precisamente, el de las *instrucciones/órdenes/reglas*. Particularmente, los problemas de comportamiento perturbador son una de las áreas en las que padres y profesores requieren un mayor entrenamiento a la hora de estructurar los antecedentes capaces de promover las conductas apropiadas en los niños.

## **7.2. INSTRUCCIONES Y REGLAS COMO PIEZA CLAVE EN EL CONTROL ESTIMULAR**

Padres y profesores de niños con problemas de comportamiento perturbador son habitualmente conscientes de lo importantes que son las instrucciones a la hora de educar a los niños. Frecuentemente se sienten frustrados porque no consiguen que los niños sigan sus instrucciones, y esto crea un clima negativo en casa y en el colegio. La incapacidad para orientar el comportamiento de los niños a través de sus instrucciones genera enfado, desesperanza y reacciones emocionales negativas que debilitan, aún más, los vínculos afectivos con los niños, y dificultan la puesta en práctica de tácticas educativas apropiadas. Así pues, uno de los aspectos más importantes en el entrenamiento de padres (y también de profesores) es un uso eficaz de las órdenes/instrucciones/reglas para un adecuado control estimular de la conducta.

### **7.2.1. Características de las buenas instrucciones**

#### **7.2.1.1. El número de instrucciones**

Es muy frecuente que el número de instrucciones emitidas por los padres de los niños con problemas de conducta sea excesivo. En el entrenamiento de padres es común encontrarse con familias donde se formula un número de instrucciones que sería abrumador para cualquier niño. En un intento para ejercer un control más estrecho sobre

el comportamiento impulsivo o desafiante de los niños, las instrucciones se multiplican, generando el efecto contrario al que los padres desean.

Algunos trabajos han mostrado que en las familias de los niños difíciles se llegan a emitir 40 órdenes en el plazo de media hora (Webster-Stratton, 2004). Con un número tan amplio de órdenes, es razonable esperar que el comportamiento del niño ante todas ellas no sea supervisado ni reforzado. De este modo, las órdenes pierden su valor como «señal» o para que los niños aprendan cuándo un comportamiento es deseable.

Así pues, una parte del entrenamiento a padres a la hora de emitir instrucciones es reducir el número de instrucciones que se le formulan a los niños, destilando las relevantes y conservando sólo aquellas que los padres estén dispuestos a mantener (y a aplicar las correspondientes consecuencias).

### 7.2.1.2. Evitar acumular y repetir instrucciones

Otro patrón frecuente en las familias de los niños con problemas de ajuste a las normas es la emisión de rápidas secuencias de órdenes: «*Sara, es hora de comer. Deja ese juego, recoge las cosas del suelo, llama a tu hermano, lávate las manos y vente corriendo*». Una sucesión de instrucciones de este tipo resulta muy poco eficaz. Para empezar, si los niños son pequeños (v.g.: en edades preescolares) difícilmente podrán procesar un número amplio de órdenes al mismo tiempo. Estos mismos problemas se pueden encontrar en niños mayores con dificultades de atención, que con frecuencia aparecen asociadas a los problemas de conducta perturbadora. Pero, además, esta secuencia de órdenes carece de eficacia como «antecedente» discriminativo, ya que probablemente los padres no podrán supervisar la respuesta a cada una de esas instrucciones, ni se aplicarán consecuencias para cada una de ellas. De este modo, aunque el niño reciba refuerzo no sabrá cuál de los comportamientos está siendo el recompensado.

Con mucha frecuencia, el problema no es tanto que se secuencien demasiadas instrucciones, sino que los adultos se han habituado a repetir la misma orden una y otra vez. Sólo después de haber repetido la orden un número determinado de veces se aplican las consecuencias, de modo que es la repetición de instrucciones lo que llega a controlar el comportamiento del niño.

Ante esto, el entrenamiento de padres debe hacer hincapié en que las instrucciones deben darse una vez, de forma clara y pausada, evitando asumir que el niño va a tratar de ignorar las primeras instrucciones que le formulemos. Después de que la instrucción se formule, es necesario esperar, observar cuál es la reacción del niño y aplicar el refuerzo.

### 7.2.1.3. Instrucciones claras, específicas y directas

Otro de los principios importantes a la hora de dar instrucciones a los niños, enfatizada unánimemente por los expertos en problemas de comportamiento externalizante (v.g.: Barkley y Benton, 2000), es que las instrucciones deben ser claras y específicas. Con frecuencia, los adultos se han habituado a dar instrucciones genéricas, como «*Pórtate bien*», «*Sé buena*», «*Cuidado con lo que haces*» o «*¿Vamos a estar aquí toda la tarde?*», asumiendo que los niños deben entender y responder adecuadamente a sus demandas, o bien asumiendo que dando órdenes «encubiertas» los niños mostrarán menos reactancia. Sin embargo, los niños deben recibir con claridad el mensaje de qué es lo que pretendemos, del modo más específico posible: «*Haz los deberes*», «*Comparte el sofá con tu hermano*», «*Camina por la acera*» o «*Recoge los juguetes*», por ejemplo.

A veces, las órdenes indirectas asumen la forma de preguntas: «*¿No es la hora de hacer los deberes?*», «*¿Vas a lavarte los dientes?*», lo cual no indica con suficiente claridad que estamos transmitiendo una instrucción. Tampoco son eficaces las órdenes que parecen implicar también al emisor, cuando en realidad lo que queremos es que el niño realice la tarea: «*Vamos a ir lavando las manos*», «*Vamos a recoger los juguetes*».

Las instrucciones, además, deben ser breves; los adultos con frecuencia ofrecen explicaciones prolijas para sus instrucciones: «*Pon el abrigo; ya sabes que siempre te resfrías cuando sales en camiseta por la mañana, y después siempre te quejas de que te duele la garganta, tenemos que ir al médico a que te pongan inyecciones, y te tienes que quedar sin ir a jugar a casa de Pablo*». Muchos padres entienden que estas explicaciones, haciendo que los niños comprendan la lógica de las instrucciones, harán que sus hijos estén más dispuestos a seguir la orden. Sin embargo, es muy probable que un mensaje de este tipo, con la argumentación a continuación de la instrucción, dé lugar a una contra-argumentación por parte del niño (v.g.: «*No me voy a resfriar, hoy no hace frío y todos van al colegio en manga corta; mira a Marta que siempre va en camiseta...*»), generando una confrontación de argumentos poco productiva a continuación de la orden. Aunque es razonable que los niños (especialmente cuando han desarrollado un cierto nivel de maduración cognitiva) reciban algún tipo de explicación para algunas normas e instrucciones, esta explicación debe ser en todo caso breve, para evitar distraer la atención del niño sobre la instrucción concreta que queremos comunicar. Además de incluir una explicación, ésta deberá preceder a la orden (de modo que sea ésta la que adquiera protagonismo y recencia en la comunicación con el niño), o bien ser proporcionada una vez que la conducta tiene lugar: «*Estupendo, Laura, con el abrigo no será tan fácil que te resfríes*».

#### 7.2.1.4. Instrucciones en positivo

Uno de los errores comunes por parte de los adultos es la tendencia a emitir instrucciones en términos de «*No hagas...*», «*Para de...*», «*Deja de...*». Este tipo de prohibiciones o instrucciones «en negativo», frecuentes en los padres de niños con

conductas perturbadoras, más que guiar el comportamiento transmiten desaprobación y crítica por parte de los adultos. Los padres de los niños con problemas comportamentales deben aprender a reformular sus instrucciones en positivo: «*Camina despacio*», en lugar de «*No vayas tan rápido*»; «*Quédate sentado*» en lugar de «*Para de levantarte*»; o «*Ayúdame a poner la mesa*» en lugar de «*Deja de molestar mientras hago la cena*».

Además, es necesario cuidar el tono emocional con el que se emiten las instrucciones (Larroy y de la Puente, 2007). Las instrucciones expresadas con hostilidad generan reacciones hostiles, y desencadenan el efecto contrario al buscado. Las instrucciones han de formularse con un tono calmado y positivo, sin sarcasmos ni críticas implícitas (v.g.: «*¡Deja de molestar que me tienes harta!*», «*¡Quítate los zapatos que los traes hechos un asco!*»). En relación con lo anterior, la proximidad física es un parámetro importante dentro de los componentes no verbales de las instrucciones. Las instrucciones deben emitirse desde una posición de cercanía física, de forma que el mensaje sea firme y asertivo. Dar una instrucción desde lejos dificulta, de hecho, que el mensaje se realice con el volumen y tono de voz apropiados.

#### 7.2.1.5. Instrucciones realistas

Las instrucciones deben ajustarse a lo que, razonablemente, puede esperarse de los niños, de acuerdo con su edad y sus dificultades específicas. Dar instrucciones poco realistas es una vía abocada al fracaso, una fuente de frustración para adultos y niños. Es poco realista, por ejemplo, esperar que un niño de tres años permanezca sentado y en silencio durante una hora; esa misma expectativa es poco realista para niños mayores con problemas de atención y/o impulsividad. Las instrucciones deben ajustarse a las posibilidades de los niños, y, en todo caso, las exigencias se irán adaptando a medida que los niños vayan avanzando en la superación de sus dificultades.

#### 7.2.1.6. Primero... luego...

Un formato de instrucciones que es útil cuando queremos desarrollar conductas que a los niños les resultan particularmente difíciles es el formato «Primero... luego...». En este caso, el adulto debe formular en primer lugar la instrucción, y a continuación señalar cuál será la consecuencia positiva de seguir la instrucción. «*Primero haz los deberes, y luego jugamos con el tren nuevo*», «*Cuando recojas los juguetes, podrás ver los dibujos de Dora*». Esta forma de dar instrucciones deja claro al niño cuál será el refuerzo contingente a su comportamiento, y le señala que esa consecuencia positiva sólo será administrada una vez que el niño obedezca a la instrucción que le estamos indicando. Las reacciones de los niños ante estas instrucciones pueden adoptar la forma de protestas e intentos por invertir el orden de las cosas: primero jugar y luego hacer los deberes, por ejemplo. Es importante instruir a los padres para que se mantengan firmes a la hora de

aplicar las consecuencias, ignorando las protestas de los niños, y, una vez que el niño ha obedecido, administrar el reforzador de un modo inmediato.

### 7.2.1.7. Avisos y «momentos conductuales»

A veces los padres dan instrucciones de un modo súbito, mientras los niños están realizando actividades que los adultos les han permitido. Puede ocurrir que la orden tenga que ser obedecida en un momento muy determinado, pero muchas otras veces es factible dar a los niños un aviso, para que puedan «prepararse» ante el cambio de situación. Esto genera menos frustración, menos resistencias y más voluntad para obedecer por parte de los niños. Por ejemplo, si el niño está entretenido jugando con un videojuego, podemos darle un aviso temporal: «*Alex, dentro de cinco minutos tendrás que lavarte los dientes*». Si el niño está leyendo un cuento podemos señalarle que, al acabar esa hoja, tendrá que venir a cenar.

Para conductas que son difíciles de instaurar se ha mostrado útil la técnica del «impulso» o «momento conductual» (*behavioral momentum*), particularmente en niños pequeños (hasta 6-7 años; Cipani, 1999). La técnica consiste en facilitar («impulsar») la obediencia ante instrucciones «difíciles», presentando antes otras instrucciones más sencillas, de forma que se cree una disposición a seguir instrucciones por parte del niño.

La técnica implica, en primer lugar, clarificar cuál será la instrucción «objetivo», aquella que al niño le es difícil obedecer. Generalmente, los padres tienen pocas dificultades en identificar cuáles son aquellas instrucciones que resultan más problemáticas para sus hijos. No obstante, puede utilizarse un sistema de registro durante una o dos semanas, durante las cuales los padres apunten las instrucciones que, a priori, pueden considerarse problemáticas y registren cada día con qué frecuencia los niños obedecen esas órdenes. En segundo lugar, deben identificarse las instrucciones «fáciles», aquellas que los niños obedecen sin dificultad. Éstas deben referirse a comportamientos simples, que puedan realizarse en pocos segundos. No necesariamente tienen que ser instrucciones esenciales para el comportamiento cotidiano. Por ejemplo, «*Dame un abrazo*», «*Choca esos cinco*», «*Mírame la nariz*» pueden ser útiles como órdenes sencillas. Éstas son identificadas también con los padres y, de todas maneras, para asegurarse de que los niños tienen una alta probabilidad de seguir estas instrucciones, durante una o dos semanas los padres registran también el grado en que esas instrucciones se cumplen. Los padres deben dar esas instrucciones al menos cinco veces durante ese período y registrar la reacción del niño («obedece» o «desobedece»). En el cuadro 7.1 se presenta un ejemplo de ficha de registro para la identificación de instrucciones «fáciles». Un esquema análogo puede seguirse para la identificación de las instrucciones «difíciles».

CUADRO 7.1

Ejemplo de hoja de registro para la identificación de instrucciones fáciles en la técnica de «momento conductual»

INSTRUCCIÓN	FECHA/HORA	OBEDIENCIA (MARCAR X)	DESOBEDIENCIA (MARCAR X)
1. Dame un abrazo	Lunes 2 marzo (8:40)	X	
	Lunes 2 marzo (9:20)	X	
	Miércoles 4 marzo (16:00)	X	
	Jueves 5 marzo (17:15)	X	
	Viernes 6 marzo (18:30)	X	
2. Choca esos cinco	Lunes 2 marzo (9:10)	X	
	Martes 3 marzo (16:40)	X	
	Miércoles 4 marzo (20:30)		X
	Viernes 6 marzo (15:30)	X	
	Sábado 7 marzo (11:10)	X	
3. Mírame la nariz	Miércoles 4 marzo (8:30)	X	
	Jueves 5 marzo (8:15)	X	
	Jueves 5 marzo (17:10)	X	
	Viernes 6 marzo (18:20)	X	
	Domingo 8 marzo (13:10)	X	
4. Enséñame los calcetines	Martes 3 marzo (8:30)	X	
	Martes 3 marzo (19:20)		X
	Miércoles 4 marzo (16:10)	X	
	Miércoles 4 marzo (20:10)	X	
	Sábado 7 marzo (12.30)	X	

Una vez identificadas las instrucciones difíciles y las fáciles, el terapeuta entrenará a los padres en la secuencia del «momento conductual», que consiste en que antes de formular la instrucción difícil, los padres deben emitir una secuencia de instrucciones

fáciles (entre 3 y 5). Las instrucciones deben darse cerca del niño, en forma de secuencia rápida, con claridad y siguiendo todas las directrices que hemos descrito hasta el momento (v.g.: 1. «*Dame un abrazo*», 2. «*Mírame la nariz*», 3. «*Enséñame los calcetines*»). Esta secuencia se debe emitir procurando que no haya interrupciones ni distracciones en la interacción entre el adulto y el niño. A continuación se formulará la instrucción difícil (v.g.: «*Recoge los juguetes*»). La obediencia ante cada una de estas instrucciones debe elogiarse (v.g.: «*¡Gracias, Alex!*», «*¡Qué bien!*» «*¡Me ha encantado ese abrazo!*»). El elogio debe proporcionarse con entusiasmo, aunque deben ser elogios breves que permitan continuar ágilmente con la secuencia de instrucciones. La obediencia ante la instrucción difícil debe tener como consecuencia, además, un reforzador «extra», como una actividad gratificante para el niño (v.g.: leer juntos un cuento o ver los dibujos favoritos de la televisión).

Una consideración importante respecto al momento conductual es que la secuencia de instrucciones «fáciles» no debe vincularse siempre a una instrucción «difícil». La secuencia de instrucciones fáciles (siempre acompañada de atención, elogios u otro tipo de reforzadores) debe emitirse cada día, aisladamente, dentro de las rutinas cotidianas. Esto evitará que el niño acabe asociando las instrucciones fáciles a la instrucción difícil, lo cual dañaría el «momento» y la adherencia a la sucesión de instrucciones. En el cuadro 7.2 se resume el esquema de reglas que los padres deben seguir para la aplicación de esta técnica.

#### CUADRO 7.2

##### Esquema de reglas para implementar la técnica de «momento conductual»

1. Situarse cerca del niño para empezar la secuencia de instrucciones.
2. La secuencia de instrucciones (las fáciles y la difícil) debe formularse con rapidez.
3. Elogiar al niño después de que obedezca cada una de las instrucciones.
4. Una vez que el niño obedezca ante la instrucción difícil, se deberá elogiar con entusiasmo, y además, de modo inmediato, se reforzará al niño con una actividad gratificante.
5. La secuencia de instrucciones fáciles debe emitirse cada día dentro de las actividades cotidianas, sin ligarse siempre a la instrucción difícil.

Aunque el momento conductual es una técnica generalmente eficaz, pueden existir dificultades y fracasos en su aplicación. Generalmente, los fracasos vienen dados por fallos en alguno de los pasos del proceso, por lo que el terapeuta deberá analizar en qué medida la técnica se está aplicando correctamente. Es posible, por ejemplo, que los adultos no hayan reforzado adecuadamente la obediencia ante las instrucciones, o que los niños no obedezcan a las instrucciones que fueron catalogadas como «fáciles»; en este

caso, no se crea el «momento conductual» adecuado, por lo que los padres no deberían continuar con la instrucción difícil hasta que los niños hayan cumplido con toda la secuencia de instrucciones fáciles. Si, repetidamente, el niño desobedece una instrucción fácil, se debe reconsiderar la secuencia, y sustituir esa instrucción por otra que realmente genere una alta tasa de cumplimiento en el niño. En todo caso, si la técnica fracasa y es difícil para los padres corregir las dificultades que están teniendo a la hora de aplicarla, puede ser necesario cambiar de estrategia y, si la instrucción «difícil» es considerada suficientemente en la crianza del niño, puede ser necesaria la adición de consecuencias negativas (castigo).

#### 7.2.1.8. Consistencia y firmeza en el uso de las instrucciones y sus consecuencias

Una característica más general de las buenas instrucciones es la consistencia en su aplicación.

La consistencia se refiere, por una parte, al acuerdo entre los adultos encargados de la crianza del niño. Un problema frecuente a la hora de controlar los comportamientos disruptivos es la falta de consistencia entre diferentes agentes encargados de la educación del niño. La falta de consistencia entre los padres a la hora de emitir instrucciones es una dificultad común, que dificulta notablemente la asunción de las normas y, además, genera conflicto en la familia. Por ello, es importante que los adultos de la familia concuerden en qué normas son consideradas esenciales, para evitar incurrir en contradicciones básicas a la hora de intentar regular el comportamiento del niño. Además, es importante que cada uno de los adultos conozca la instrucción que el otro adulto emitió y que ambos se apoyen a la hora de aplicar las consecuencias de la obediencia o desobediencia del niño.

Por otra parte, la consistencia en el uso de las instrucciones también hace referencia a la constancia a lo largo del tiempo a la hora de formular instrucciones y administrar reforzadores. En este sentido, un aspecto importante que el terapeuta debe transmitir a los padres es la necesidad de señalar cuáles van a considerarse «reglas» o normas básicas que deben ser explícitas y conocidas por los niños (Romero, Villar, Luengo, Gómez-Fraguela y Robles, 2014). Estas normas señalan los límites importantes para garantizar la armonía familiar, y pueden tener que ver con los horarios, las tareas escolares, formas no agresivas de interacción o cualquier otro aspecto que en la familia se considere de cumplimiento básico. Esas reglas se revisarán periódicamente para adaptarse a nuevas situaciones o para ajustarse a las tareas que los niños deben desarrollar a medida que van creciendo. Pero, una vez establecidas, los padres deben asumir que el incumplimiento de esas reglas debe ir asociado, consistentemente, a consecuencias negativas. Es esperable que los niños pongan a prueba estas reglas justamente para explorar los límites y conocer si, efectivamente, se trata de una norma esencial o de una petición ocasional. Los adultos deben ocuparse de ser muy firmes a la hora de afrontar las reacciones de los niños. Las protestas de los niños no deben considerarse como acciones hostiles hacia los adultos,

sino como una forma de aprender qué es lo aceptable y lo inaceptable.

Cuando las instrucciones son desobedecidas, se recomienda proporcionar a los niños un aviso sobre la consecuencia que ello implicará. Una vez que la instrucción se formula (y debe hacerse una sola vez), se ha de esperar entre 5 y 10 segundos, proporcionando al niño la oportunidad de obedecer; además, el adulto podrá así resistir el impulso de repetir la orden o dar explicaciones. Si el niño no obedece, los avisos del tipo «*Si... entonces...*» son especialmente apropiados: «*Si no compartes los juguetes con tu hermano tendrás que ir a tiempo fuera*». De nuevo se esperará unos segundos en silencio, sin repetir la instrucción. Si el niño cumple con la instrucción, se aplicará el elogio de un modo inmediato, siendo cuidadosos de no incluir, con el elogio, reproches, críticas o sarcasmos (v.g.: «*Por fin lo entendiste*» o «*A ver si la próxima vez lo haces a la primera*»). En caso de que el niño no obedezca, entonces se aplicará la consecuencia negativa. Después, una vez que el castigo se ha aplicado, el niño ha de tener la oportunidad de seguir la instrucción que le hemos dado, por lo que de nuevo le formularíamos nuestra petición (v.g.: «*Víctor, comparte los juguetes con tu hermano*»). En la figura 7.2 se presenta, en forma de diagrama, el ciclo de Antecedente-Conducta-Consecuencias (ACC) correspondiente a la emisión de instrucciones.

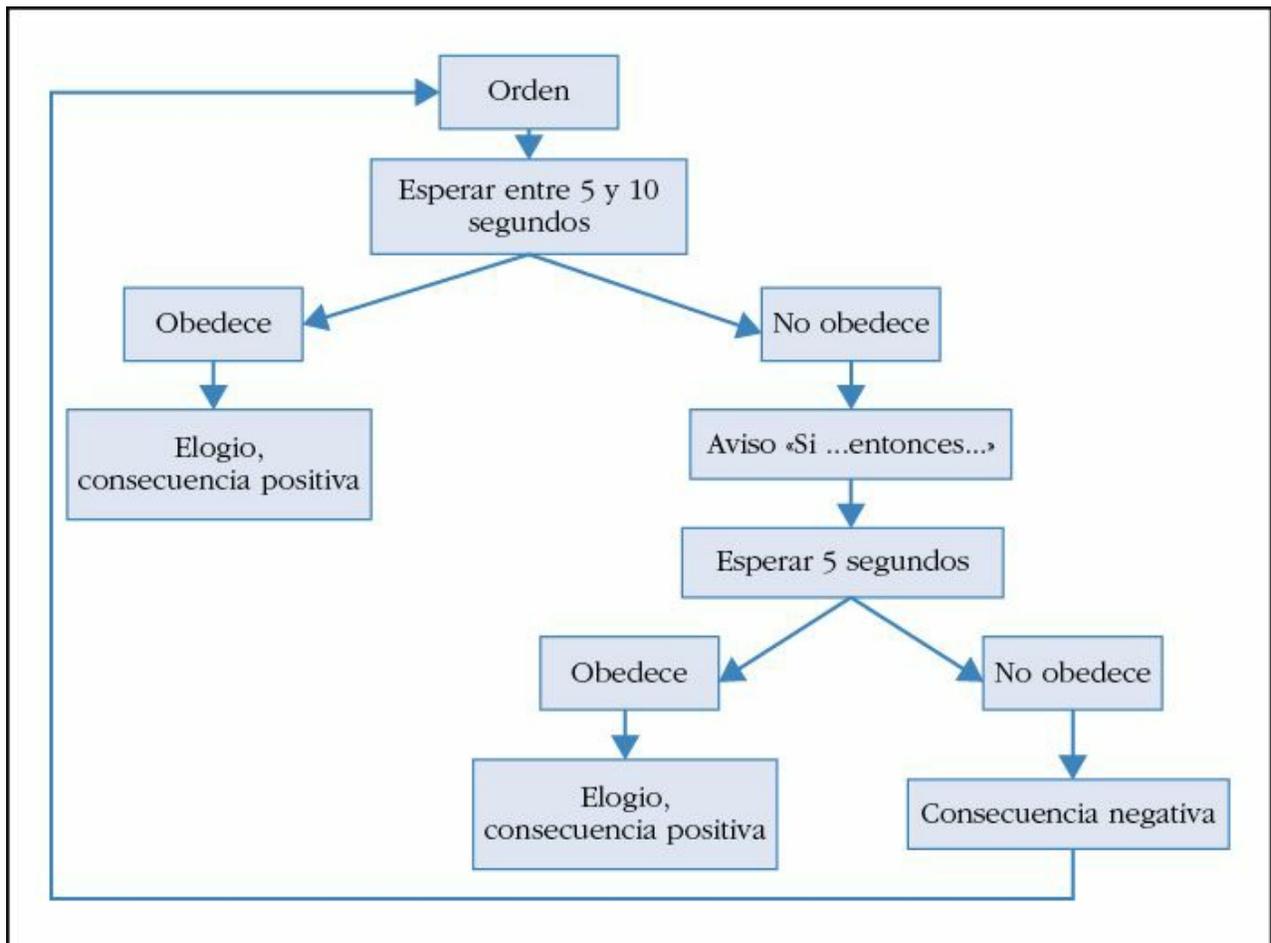


Figura 7.2. Diagrama del proceso Antecedente-Conducta-Consecuencias en la emisión de instrucciones.

A modo de recapitulación, las características básicas de las buenas instrucciones se presentan en el cuadro 7.3.

CUADRO 7.3  
Características de las buenas instrucciones

1. Limitar el número de instrucciones a las que se consideren importantes y necesarias.
2. Las instrucciones, de una en una (dos como máximo).
3. Expresarlas una sola vez y esperar unos segundos en silencio.
4. Concisas y directas.
5. Pero respetuosas y calmadas.
6. Formuladas en positivo, no como prohibiciones.
7. Ajustadas a las posibilidades del niño.
8. Respetando en lo posible las actividades que esté realizando el niño.
9. Adelantando avisos, si es posible.
10. Aplicar con firmeza y consistencia las instrucciones y sus consecuencias.

### **7.2.2. Instrucciones y reglas en el contexto escolar**

El papel de las interacciones escolares en el desarrollo de los problemas de conducta infantiles es bien reconocido por la psicopatología del desarrollo. Las dificultades para manejar el comportamiento perturbador constituyen, de hecho, una queja frecuente por parte del profesorado, y la colaboración (y la consistencia) entre la familia y la escuela es una recomendación repetida para la intervención eficaz en los comportamientos externalizantes (Romero et al., 2014). En este sentido, las intervenciones multicomponente, que implican a familias y a profesores, son reconocidas por su impacto y su eficacia en el tratamiento de los problemas de comportamiento perturbador (v.g.: Lochman y Wells, 2002).

En este contexto, la estructuración de los «antecedentes» estimulares es uno de los pilares de la intervención con el profesorado a la hora de enfrentarse a los problemas de desobediencia en el aula, falta de responsabilidad con las tareas de clase, dificultades de control del movimiento o falta de atención. Es necesario dejarles claras a los profesores

las ventajas de un contexto estructurado, ya que éste ayuda a los alumnos con más dificultades a conocer mejor «dónde se mueven», qué pueden y qué no pueden hacer, qué se espera de ellos y cómo conseguir que los demás valoren sus esfuerzos. La creación de un contexto predecible y seguro facilitará la adquisición de las conductas deseadas y la promoción de la responsabilidad en los niños.

Un paso esencial a la hora de proporcionar estructura al contexto estimular son las reglas del aula. Generalmente los profesores asumen que en sus aulas existen reglas y que son conocidas por todos. Sin embargo, un examen minucioso de esas reglas hace pensar, en muchos casos, que esas reglas son muy mejorables y probablemente no están cumpliendo su función, especialmente con los niños más problemáticos.

Los profesores deben ser instruidos en una formulación adecuada de reglas y en la adecuada comunicación de esas reglas a los niños. De acuerdo con las pautas más generales que fueron revisadas en páginas anteriores, las reglas que se establezcan para el aula deben estar formuladas en positivo, deben ser las mínimas imprescindibles (no más de 5 o 6) y, además, deben ser claras y objetivables; es decir, cualquier observador debe poder identificar cuándo se está cumpliendo y cuándo no se está cumpliendo la regla. Normas como «*Ten respeto al profesor*», «*Llévate bien con los compañeros*» o «*Compórtate bien en clase*» son demasiado genéricas y poco eficaces para promover comportamientos positivos. Generalmente, se anima a los profesores a que debatan con sus alumnos la importancia de las reglas y que los alumnos colaboren en la determinación de esas reglas. Una vez establecidas, las reglas deben ser un estímulo visible para todos. Un cartel donde las reglas aparezcan bien explicitadas es una condición necesaria para un buen funcionamiento como reguladoras de la conducta. En el cuadro 7.4 se presentan algunas reglas que frecuentemente son consideradas útiles por los profesores de niños con problemas de conducta. Las llamadas «reglas de cumplimiento» (obedecer las instrucciones del profesor a la primera) son generalmente priorizadas por los profesores, y su uso es de hecho recomendado, ya que enfatiza la importancia que se le asignará al cumplimiento de las instrucciones en la dinámica de la clase. Es importante que los profesores tengan en cuenta, a la hora de seleccionar las reglas, si las consideran realmente esenciales, ya que, como se señaló anteriormente, el incumplimiento de las reglas debe ir asociado a consecuencias negativas.

CUADRO 7.4  
Ejemplos de reglas posibles a establecer en el aula

#### REGLAS DE CUMPLIMIENTO

1. Haz lo que tu profesor pide inmediatamente.
2. Sigue las instrucciones del profesor.

### **REGLAS DE PREPARACIÓN**

1. Trae los deberes hechos.
2. Ten preparado el material de la clase cuando comience.

### **REGLAS DE INTERACCIÓN**

1. Levanta la mano cuando quieras hablar.
2. Habla con tus compañeros sólo cuando el profesor lo permita.

### **REGLAS DE PUNTUALIDAD**

1. Estate en tu silla cuando llegue el profesor.
2. Llega a clase puntual.

### **REGLAS DE MOVIMIENTO**

1. Levántate de la mesa sólo cuando tengas permiso del profesor.
2. Ten los pies en su sitio.

### **REGLAS DE TRANSICIÓN**

1. Camina por los pasillos en silencio.
2. Recoge el material y prepara el de la clase siguiente antes de que ésta comience.

La presentación de las reglas a los alumnos debe realizarse de un modo activo y participativo, buscando la implicación de los niños. Es recomendable, de hecho, pedir a los alumnos que escenifiquen cómo seguir cada regla en diferentes situaciones: uno ejerciendo de profesor, otros ejerciendo su papel de alumnos y otros observando si la regla se está cumpliendo y/o señalando qué hacer para cumplirla. Se puede escenificar primero un mal cumplimiento y luego un buen cumplimiento, destacando las diferencias entre ambas actuaciones. Además, como parte del proceso de presentar las reglas, durante unas horas alguno de los alumnos (a un niño con problemas de comportamiento perturbador puede asignársele con éxito esta tarea) se encargará de vigilar y avisar cada vez que toda la clase esté siguiendo una regla determinada. Es importante encargar al niño que avise del cumplimiento, y no del incumplimiento de la norma, con el fin de realzar qué significa cumplir la regla y evitar la posición de «acusador» por parte del niño que vigila. En el momento en que el niño vigilante dé el aviso de que la regla está siendo cumplida, el grupo será reforzado con elogios, un aplauso u otro reforzador social.

Por lo demás, el entrenamiento a profesores sobre cómo formular las instrucciones/órdenes verbales en su interacción con los niños debe seguir las pautas que fueron

presentadas en el apartado anterior. Los profesores deben entender que las instrucciones deben ser específicas, en positivo, de una en una (máximo dos), con voz suave, no deben repetirse ni se debe «sermonear» al niño cada vez que le damos una orden, las instrucciones deben darse desde la cercanía física y manteniendo el contacto visual, dando tiempo al niño para el cumplimiento de la orden. Además, cuando sea posible, es preferible dar las instrucciones de forma individual; incluso cuando queremos que varios niños lleven a cabo la misma conducta, dar la instrucción a cada uno de ellos (y elogiar a cada uno) aumentará su eficacia.

Además de una buena formulación de reglas e instrucciones verbales, se han descrito otras modalidades específicas del control de estímulos en el contexto escolar, que se han mostrado eficaces para niños con problemas de comportamiento. Así, Glynn y Thomas (1974), en un trabajo comúnmente citado en la literatura sobre manejo de los problemas de comportamiento en la escuela, describen una técnica sencilla de discriminación de estímulos, capaz de potenciar conductas apropiadas a la situación en niños con dificultades de atención y conducta perturbadora. En este caso, la profesora quería que los niños atendiesen en silencio cuando ella estaba impartiendo sus explicaciones, y que, sin embargo, estuviesen trabajando en sus cuadernos en el momento apropiado. Para ello, los niños dibujaron dos carteles, uno de ellos con indicaciones del tipo «Atiende a la profesora»; el otro con indicaciones como «Haz la ficha del cuaderno». A lo largo de la clase se hacía sonar una señal cada poco tiempo, y, cuando esto ocurría, los niños debían autoobservar si estaban haciendo lo que marcaba el cartel que se exponía en ese momento. Si estaban atentos cuando el cartel lo requería, anotarían una marca en una ficha elaborada específicamente para ello. Las marcas acumuladas se canjearían, posteriormente, por tiempo de juego.

Por otra parte, es posible utilizar un sistema de señales para indicar cuándo el profesor está disponible para atender preguntas y peticiones a niños pequeños que demandan atención con mucha frecuencia. Es común que haya niños en el aula que tienden a reclamar la atención del profesor en todo tipo de situaciones, incluyendo aquellas en las que el profesor está ocupado atendiendo a otros niños, dando instrucciones o preparando nuevas tareas. En estos casos, es frecuente que el profesor refuerce estas solicitudes de atención de un modo errático e intermitente, lo cual fortalece aún más la conducta. Por ello, el profesor puede desplegar algún tipo de señal que indique cuándo estará disponible para responder preguntas y atender demandas y cuándo no. Por ejemplo, cuando el profesor se coloque una pegatina roja en su jersey, esto indica que no estará disponible para responder, y que se ignorarán todas las demandas de atención que lleguen en ese momento. Cuando se coloque la pegatina verde, el profesor estará disponible para atender a los niños. Previamente, el profesor avisará de las contingencias asociadas a cada estímulo: «*Cuando tenga la pegatina roja, no podré atenderos*», «*Cuando tenga la pegatina verde, podré atenderos*».

### 7.3. OTRAS MODALIDADES DE CONTROL ESTIMULAR

Junto con el buen manejo de instrucciones y reglas para ejercer un control eficaz sobre el comportamiento, el control de estímulos puede adoptar otras formas de utilidad en la terapia de niños y adolescentes.

Dentro de las técnicas de control estimular se ha incluido, por ejemplo, el *modelado* (v.g.: Martin y Pear, 2007). La exposición de los niños a muestras de comportamiento que induzcan a realizar una conducta similar forma parte de múltiples aproximaciones, desde la terapia a las dificultades conductuales. Dentro de los programas de entrenamiento a padres, éstos son instruidos comúnmente en la utilización del modelado para instaurar las conductas apropiadas en el repertorio comportamental de los niños. Por ejemplo, una resolución adecuada (no impulsiva) de conflictos en el hogar servirá de aprendizaje para una resolución pacífica de conflictos por parte de los niños y los adolescentes; la utilización racional de la televisión (o de los videojuegos) será un apoyo esencial para que los niños adquieran hábitos adecuados en su uso; hablar con un tono de voz calmado y respetuoso, seguir hábitos de higiene adecuados o incluso seguir las instrucciones sin remolonear (si un adulto llama a cenar, los otros miembros de la familia acudirán diligentemente) son elementos importantes para promover comportamientos apropiados. Además, el control de la exposición a modelos agresivos en la televisión y en videojuegos es otra de las vías que se recomienda en el tratamiento de la agresividad infantil.

Por otra parte, el modelado es un procedimiento ampliamente utilizado en el propio entrenamiento de padres (incluyendo modelado en vivo y modelado a través de escenas de vídeo; Romero et al., 2014) (véase capítulo 18), de profesores y de niños (v.g.: para el entrenamiento en habilidades sociales) (véase capítulo 11), técnicas de autocontrol o resolución de problemas (Lochman y Wells, 2002). La exposición a modelos que guarden semejanza con la persona a que está siendo entrenada (v.g.: en edad, condición social) es especialmente eficaz, por lo que, en el entrenamiento de niños, la actuación de otros niños como modelos es una práctica recomendable. La combinación de instrucciones (indicando cómo realizar la conducta), modelado (observar cómo lo realizan otras personas), ensayo conductual (realizar la conducta en un contexto seguro), retroalimentación (dar información sobre cómo se ha ejecutado) y reforzamiento (premiar la ejecución) resulta especialmente recomendable cuando queremos entrenar en habilidades, ya sea a adultos o a niños.

La *guía física* es otra modalidad del control estimular. La técnica implica la utilización del contacto físico para inducir al individuo a realizar una conducta. Ejemplos de la utilización de la guía física incluirían conducir a la silla, calmadamente, a un niño inquieto con dificultades para permanecer sentado, acompañar al niño a su habitación y ayudarlo a meterse en la cama (cuando ello supone un aspecto problemático en las rutinas diarias), o acompañar físicamente al niño que tiene miedo en la oscuridad. La guía física también

se combina con otras estrategias como instrucciones, modelado y reforzamiento.

Finalmente, el control de estímulos implica también la *estructuración del ambiente*, de forma que éste, a través de la historia previa de refuerzos, induzca a la emisión del comportamiento que queremos instaurar o fortalecer. En múltiples ocasiones la configuración de las situaciones y la elección de los momentos resultan cruciales para el desarrollo de conductas adecuadas. Los padres de niños que tienen dificultades para hacer los deberes deben saber, por ejemplo, que se debe asignar un espacio específico para esta tarea, donde los niños dispongan del material necesario y donde haya privacidad y ausencia de distractores y ruidos. Los niños con problemas a la hora de irse a la cama se beneficiarán de configurar ciertos «rituales» en los momentos previos, incluyendo tomar un baño, leer un cuento, escuchar música o beber un vaso de leche. Presentar las comidas de modo atractivo, mezclar los productos menos apetecibles con los más deseados o crear un ambiente relajante, sin televisión ni ruidos ni otras actividades distractoras, ayudará en los problemas que frecuentemente se presentan a la hora de la comida.

En definitiva, configurar adecuadamente los antecedentes de la conducta es una tarea de sustancial importancia dentro de los procedimientos conductuales para la intervención en las dificultades infanto-juveniles. La combinación del control estimular con patrones adecuados de reforzamiento constituye un eje clave para el cambio conductual en múltiples aspectos del funcionamiento psicosocial; una consideración cuidadosa de cómo los estímulos regulan la conducta debe ser un paso esencial en el análisis de los problemas de niños y adolescentes.

## 7.4. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

**Larroy, C. y de la Puente, M. L. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados*. Madrid: Pirámide.**

Este libro se dirige directamente a padres que se enfrentan a problemas de ajuste a las normas en los hijos. De un modo sencillo y comprensible se explican las claves conductuales para entender la conducta desobediente, y la forma de utilizar eficazmente procedimientos conductuales, incluyendo un adecuado uso de las normas, instrucciones y límites, en la resolución de problemas cotidianos.

**Martin, G. y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (8.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Prentice-Hall.**

De un modo didáctico y bien ejemplificado, este texto resultará de gran ayuda en la introducción a los principios de las técnicas conductuales. El control de estímulos es

abordado a lo largo de varios capítulos (v.g.: 8, 16, 17), con explicaciones sencillas sobre su uso en diferentes tipos de problemas.

**Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A. y Robles, Z. (2014).** *EmPeCemos. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles.* Madrid: TEA.

Manual para el entrenamiento de padres con dificultades para manejar el comportamiento perturbador de sus hijos. En él se describen pormenorizadamente las sesiones de entrenamiento (incluyendo la correspondiente al uso de instrucciones y reglas), y se ofrece material práctico de trabajo para la terapia con padres, incluyendo fichas de registro, notas y escenas para el modelado audiovisual.

## 7.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barkley, R. A. y Benton, C. M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes.* Barcelona: Paidós.
- Cipani, E. (1999). *Helping parents help their kids. A clinical guide to six child problem behaviors.* Filadelfia: Brunner/Mazel.
- Glynn, E. L. y Thomas, J. D. (1974). Effect of cueing on self-control of classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 299-306.
- Larroy, C. y de la Puente, M. L. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados.* Madrid: Pirámide.
- Lochman, J. E. y Wells, K. C. (2002). The Coping Power program at the middle-school transition: Universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 540-554.
- Martin, G. y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (8.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A. y Robles, Z. (2014). *EmPeCemos. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles.* Madrid: TEA.
- Webster-Stratton, C. (2004). *Incredible Years: A trouble-shooting guide for parents of children aged 2-8 years.* Washington: Incredible Years Press.

# 8. REFORZAMIENTO POSITIVO

DIEGO MACIÀ ANTÓN, PABLO JOSÉ OLIVARES-OLIVARES Y JOSÉ OLIVARES  
RODRÍGUEZ

## 8.1. INTRODUCCIÓN

Ana tiene cuatro años. A medianoche suele despertarse en su habitación y empieza a llamar a sus padres y después a llorar, todo ello hasta que, unas noches su madre y otras su padre, van a su habitación, se acercan a la cama e intentan calmarla. Ana, entre sollozos, dice que tiene miedo y que quiere que se queden con ella. El final de la situación es que Ana es llevada a la cama con sus padres para que pueda dormir. Los padres de Ana se quejan de que cada vez es más frecuente esta conducta.

Carlos tiene nueve años. Está en clase escuchando atentamente al profesor. En un momento de la explicación levanta la mano para preguntar una duda; el profesor considera la pregunta muy pertinente a lo que está explicando y, como en ocasiones anteriores, elogia a Carlos exclamando en voz alta que: *la pregunta es ¡muy interesante!*

Javier tiene seis años. Tras salir del colegio se dirige hacia casa con su madre. Por el camino entran en un supermercado para comprar algunos alimentos. Nada más entrar, Javier corre en dirección al expositor donde sabe que hay todo tipo de dulces y coge uno. Su madre le dice que no, que lo deje y le razona que es la hora de llegar a casa y merendar. Javier mira a su madre, mira alrededor y... se deja caer al suelo entre gritos y «una especie de llanto/grito/gemido» que hace que todas las personas que están cerca de él tengan que mirarlo. Su madre, que sabe por experiencia que no podrá convencerle ni calmarle, accede a comprarle unas gominolas, «*¡pero sólo una bolsita, si te callas!*». La desesperación de la madre de Javier es que esto es cada vez más frecuente.

Marina tiene diez años. Está sentada en su mesa de estudio haciendo los deberes del colegio mientras su madre la observa con atención; al finalizar exclama un: «*¡uf, ya he terminado!*». Su madre inmediatamente se acerca, mira los trabajos y, viendo que efectivamente ha terminado, le da un beso y una palmadita en la espalda, animándola a levantarse e ir a jugar con sus primos, pues ha trabajado y realizado sus tareas escolares.

Los comportamientos de Ana, Carlos, Javier y Marina tienen algo en común: está «actuando», ¡para bien o para mal!, uno de los principios básicos del condicionamiento operante: *el reforzamiento positivo*. Este principio establece que si, en una situación determinada, una persona hace algo que se sigue de un *reforzador positivo* (algo agradable o gratificante para el sujeto), entonces es más probable que esa persona haga la misma cosa de nuevo cuando se encuentre en una situación similar.

El estudio científico de los efectos de la recompensa tiene su inicio en los trabajos de E. L. Thorndike (1874-1949) sobre el aprendizaje en los animales. Años más tarde, B. F. Skinner (1904-1990) inició sus investigaciones sobre reforzamiento, formulando la que denominó *ley del refuerzo*: si una respuesta va seguida de una consecuencia positiva, entonces aumentará la probabilidad de dicha respuesta en una situación similar, y si es aversiva decrecerá. Para Skinner, cualquier respuesta está controlada por sus consecuencias en el ambiente; los cambios o la ausencia de cambios en el ambiente que siguen inmediatamente a una respuesta hacen que ésta aumente en frecuencia, disminuya o permanezca estable.

En el cuadro 8.1 pueden verse los *principios operantes básicos*. Éstos describen la relación funcional entre la respuesta y los diferentes sucesos ambientales (antecedentes y consecuentes) que influyen en la misma. De los principios básicos del condicionamiento operante se derivan las *técnicas operantes* de terapia/modificación de conducta, que implican la manipulación de los antecedentes y/o consecuentes que controlan la respuesta-problema con el fin de provocar cambios en ésta. Así, el *reforzamiento positivo* es también una técnica (un procedimiento), que consiste en presentar un *reforzador positivo* de forma contingente a una respuesta con el objetivo de incrementarla o mantenerla.

CUADRO 8.1  
Principios operantes básicos

PRINCIPIO BÁSICO	PROCEDIMIENTO	EFFECTOS SOBRE LA CONDUCTA	EJEMPLOS
<b>REFORZAMIENTO POSITIVO</b>	Es la presentación de un estímulo positivo (agradable para la persona) contingentemente a la realización de una respuesta.	Aumenta la probabilidad de dicha respuesta.	El elogio del profesor, « <i>muy interesante tu pregunta</i> », reforzará la respuesta del alumno de participar en clase.
<b>REFORZAMIENTO NEGATIVO</b>	Consiste en la retirada (escape) o en la no presentación (evitación) de un estímulo aversivo contingentemente a una respuesta objetivo.	Aumenta la probabilidad de dicha respuesta.	Darle a un niño lo que pide —exige— entre gritos y llantos para evitar las molestias de esa conducta disruptiva, incrementará la probabilidad en los padres de actuar del mismo modo en el futuro.
<b>EXTINCIÓN</b>	Cese de la presentación de un acontecimiento reforzante tras la respuesta.	Reducción o eliminación de la misma.	Ignorar «la palabra malsonante» de nuestro hijo pequeño incrementa la probabilidad de que no la repita al no recibir atención.
	Presentación de un	Debilitamiento	El profesor, a un niño que ha tirado un

<b>CASTIGO POSITIVO</b>	estímulo aversivo contingentemente a la respuesta-problema.	y/o eliminación.	papel en clase, le indica que recoja ese y el resto de papeles que pueda haber por el suelo.
<b>CASTIGO NEGATIVO</b>	Retirada de un estímulo positivo contingentemente a una respuesta no deseada.	Debilitamiento y/o eliminación.	Impedir que el niño siga jugando con la consola por haber golpeado a su hermano menor.
<b>CONTROL DE ESTÍMULOS</b>	Reforzamiento de una respuesta en presencia de un estímulo, pero no en presencia de otros.	En el primer caso se incrementa la respuesta, en el segundo decrece.	Un adolescente mostrará un lenguaje determinado ante su grupo de amigos, posiblemente repleto de «palabrotas», mientras que en compañía de sus padres o abuelos su lenguaje será distinto.

Entendemos por *reforzador* un evento o estímulo de distinto tipo (social, material, de actividad, etc.) que sigue a una respuesta e incrementa la probabilidad de ocurrencia de la misma (en los ejemplos de Ana la atención, de Carlos el elogio, de Javier las golosinas y de Marina un refuerzo social y de actividad). Pero para que una consecuencia altere una respuesta en particular debe ser *contingente* a su ocurrencia, es decir, si aparece tras la realización de la respuesta-objetivo y solamente después de dicha respuesta; no hay contingencia cuando una consecuencia se presenta independientemente de lo que haga la persona. Existen dos clases de reforzadores: positivos y negativos. Un *reforzador positivo* es cualquier evento cuya presentación contingente después de una respuesta da lugar a un aumento o mantenimiento de ésta; por su parte, un *reforzador negativo* es cualquier evento aversivo cuya eliminación después de una respuesta aumenta la probabilidad de la misma.

El *reforzamiento positivo* es el principal procedimiento para instaurar o fortalecer conductas, y está presente casi de forma permanente en la vida cotidiana y como técnica o estrategia de cambio en el ámbito clínico.

En la vida diaria estamos reforzando de forma positiva a nuestro hijo o alumno cuando: le expresamos manifiestamente nuestra alegría al articular los primeros sonidos con un «supuesto» significado; elogiamos la calidad de un trabajo realizado en clase; le sonreímos o le damos una palmadita en la espalda al verle hacer los deberes; le felicitamos ¡a veces con cierta incredulidad! cuando vemos que al terminar de jugar recoge sus juguetes; le damos un beso por haber cumplido una orden; le elogiamos y aumentamos «la paga» esa semana por obtener unas buenas calificaciones escolares, etc. También podemos recordar los ejemplos iniciales de Carlos y Marina. Pero, junto a estos comportamientos deseables, también los padres o profesores pueden estar reforzando de forma inadvertida otro tipo de conductas, en este caso desadaptativas. Así ocurre cuando en una situación determinada unos padres dan una reprimenda verbal a su hijo por hacer algo inadecuado («¡no hagas ese ruido que estás molestando!» o «¡no molestes a tu hermano!»), lo que puede actuar de forma inadvertida como reforzador positivo, pues

proporciona atención social, considerada el más potente reforzador para las personas. También podemos recordar los ejemplos expuestos al inicio del capítulo, en los que la respuesta de los padres posiblemente aumentaba la probabilidad de incrementar o mantener las respuestas disruptivas (v.g.: rabietas, oposicionismo, etc.) de Javier o el comportamiento de Ana relacionado con el dormir.

En el ámbito clínico son ejemplos de reforzamiento positivo: el elogio y la alabanza del psicólogo cuando el niño nos entrega un registro semanal de «noches secas» en la intervención ante un problema de enuresis; la atención con leves movimientos de asentimiento con la cabeza cuando nos cuenta algo positivo; la entrega de fichas por parte de los padres en un programa de «economía de fichas» de forma contingente a la emisión de una respuesta adecuada; un comentario de aprobación y elogio cuando el joven realiza correctamente una respuesta en el marco de un entrenamiento en habilidades sociales, etc.

Las técnicas basadas en el modelo operante constituyen con frecuencia el elemento central de las estrategias o programas de intervención en el ámbito clínico infantil y un elemento importante en la mayoría de las estrategias de tratamiento psicológico. Estas técnicas se han utilizado tanto para adquirir o fortalecer respuestas existentes adaptativas como para reducir/eliminar comportamientos inadecuados o desadaptativos. Particularmente, *el reforzamiento positivo* que veremos en este capítulo es el principal procedimiento para instaurar o fortalecer respuestas.

## **8.2. PROGRAMA DE REFORZAMIENTO POSITIVO: PROCEDIMIENTO**

El modo principal y más recomendable de cambiar el comportamiento de un niño o un adolescente es el *reforzamiento positivo*; los programas de reforzamiento son útiles para incrementar y fortalecer determinadas respuestas que ya estén presentes en el repertorio conductual del niño. Siguiendo a Martin y Pear (2008) y a Olivares, Macià, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares (2013), vamos a considerar las pautas o pasos que ha de seguir un programa de reforzamiento positivo y los factores que influyen sobre su eficacia.

De forma sistemática, un programa de reforzamiento positivo ha de incluir los pasos siguientes:

1. *Especificar con precisión la(s) respuesta(s) a incrementar y obtener su línea base.*

La respuesta que queremos que se incremente en su frecuencia de aparición, intensidad o duración debe ser definida de forma operativa, es decir, especificada con precisión de forma observable y cuantificable. Es necesario huir de comportamientos

vagamente definidos. No se puede reforzar «ser bueno en casa» o el «ser un buen estudiante»; por el contrario, sí puede reforzarse una respuesta concreta de cooperación con su hermano, preguntar en clase al profesor una duda, obedecer una orden concreta de sus padres, hacer los deberes durante un tiempo previamente determinado, etc. Si trabajamos con «categorías de conducta genéricas», al no haber definido con exactitud las respuestas de forma específica, corremos el riesgo de que el profesor, los padres o el propio terapeuta estén reforzando respuestas que pueden, o no, estar relacionadas con la respuesta final deseada. Ser específicos aumentará la probabilidad de que se aplique de forma consistente el programa de reforzamiento a manifestaciones concretas de las respuestas consideradas.

Definir de forma operativa la respuesta a incrementar nos permite establecer por medio de la observación y el registro de lo observado la *línea de base*. Antes de empezar a aplicar el programa de reforzamiento positivo a unas respuestas específicas, es necesario establecer su frecuencia, duración o intensidad. Para evaluar la respuesta hemos de seguir los siguientes pasos: *a)* establecer una estrategia de observación (qué, quién, cómo, dónde y cuándo); *b)* confeccionar un instrumento sencillo (registro) para anotar lo observado (frecuencia, duración, intensidad, etc.), y *c)* construir una gráfica de lo anotado. De este modo, durante toda la intervención podremos seguir su evolución, determinando los efectos de nuestro programa, e introducir si fuera necesario cambios en el mismo. Los cambios en los parámetros de frecuencia, duración y/o intensidad de la conducta son los puntos de referencia para juzgar la eficacia del reforzador y evaluar los efectos de la intervención.

## 2. Identificación y selección de los reforzadores.

Como hemos comentado, los *reforzadores positivos* son eventos que, al presentarse de forma contingente, aumentan la frecuencia de la respuesta a la que siguen.

Existen diferentes *tipos de reforzadores*:

- a) *Materiales*: son aquellos estímulos que poseen una entidad física con la que el niño puede entrar en contacto. Pueden ser productos *comestibles*, como chicles, caramelos, frutos secos, zumos, postres especiales, etc.; también artículos *manipulables*, como balones, muñecos, videojuegos, bicicletas, tebeos, rompecabezas, libros, etc.; o cualquier otro objeto cuyo disfrute tenga valor reforzante para el sujeto, como una habitación para él solo, llevar su camiseta favorita, etc. (reforzadores *de posesión*). Los reforzadores *simbólicos o canjeables*, como los puntos, bonos, fichas, etc., pueden entrar en este apartado.
- b) *Reforzadores de actividad*: hacen referencia a actividades que resultan agradables o placenteras para el niño o el adolescente. Ver la televisión, practicar algún deporte, jugar con la consola, disfrutar de más tiempo de recreo, ir de excursión, jugar con sus padres, ir a la feria, etc.

- c) *Reforzadores sociales*: son aquellas respuestas que realizan otras personas dentro de un determinado entorno social. Comprenden expresiones verbales positivas, como elogios, alabanzas, felicitaciones, frases de ánimo; expresiones faciales, como sonrisas, guiños de ojos, miradas atentas, etc.; contactos físicos, como besos, abrazos, caricias, palmadas en la espalda, apretones de manos, etc.

Frente a algunas críticas del supuesto uso abusivo de los reforzadores materiales en *modificación de conducta*, habría que argumentar que aproximadamente el ochenta por ciento de los problemas de conducta se pueden manejar por medio de reforzamiento social o de actividad. Por otra parte, es importante reconocer el importante efecto emocional del refuerzo, lo que le convierte en una de las fuentes más poderosas de emociones positivas para quienes lo reciben y para quienes lo aplican. Esto lo han podido constatar muchos padres al empezar a aplicar estrategias positivas de intervención en el ámbito familiar en el marco del entrenamiento parental, o los propios terapeutas en la relación que se establece con sus pequeños clientes/pacientes, por ejemplo cuando les muestran orgullosos las gráficas semanales con los logros alcanzados.

Pero no todo aquello que padres, profesores, etc., puedan considerar agradable ha de ser un reforzador positivo para un niño o un adolescente determinado; por otra parte, lo que puede ser reforzador para alguien en una situación determinada puede no serlo en otra distinta (un beso de una madre a un adolescente puede pasar de refuerzo positivo en casa a una situación incómoda —aversiva— si se hace ante el grupo de amigos). Los sucesos o eventos que han de servir para aumentar o disminuir la ocurrencia futura de una respuesta son específicos de cada persona.

Aunque la experiencia del terapeuta es muy útil y el conocimiento de los padres respecto a las aficiones y gustos de sus hijos muy importante, no se puede conocer de antemano los estímulos que van a funcionar como reforzadores positivos con un niño o adolescente determinado y en un momento dado. Por tanto, *la identificación de reforzadores* exige una comprobación empírica en cada caso. Para facilitar la *selección de reforzadores* el terapeuta puede utilizar las siguientes estrategias:

- a) Entrevistas al propio niño o adolescente, o a otras personas relacionadas con él, como padres, profesores, tutores, etc., para recoger información sobre los objetos, actividades o manifestaciones de aprobación social que prefiere.
- b) Menús de reforzadores, listas de posibles reforzadores de distintas clases de entre los cuales el niño puede escoger.
- c) Observación de las actividades del niño o adolescente en su tiempo libre, de los objetos que consume o compra con su dinero, etc. Lo que un niño o un adolescente hace cuando puede actuar con libertad suele indicarnos el tipo de estímulos o eventos que para él poseen propiedades reforzadoras.

3. *Iniciar la estrategia de cambio aplicando el refuerzo positivo a la(s) respuesta(s)*

*deseada(s).*

Muchas de las intervenciones en niños o jóvenes basadas en técnicas operantes suelen llevarse a cabo en su medio natural. Son generalmente los propios padres (*programas de entrenamiento parental*), o los profesores (*programas de modificación de conducta en el aula*), los que debidamente formados en los principios de estas estrategias de intervención actuarán bajo la supervisión del psicólogo como coterapeutas. Este procedimiento de intervención ante un problema de conducta presenta varias ventajas: en primer lugar, que la intervención la realizan quienes más tiempo pasan y tienen mayor control sobre la conducta del niño, y en segundo lugar, que al desarrollarse la intervención en el medio natural se facilita el mantenimiento y la generalización de los logros alcanzados.

Antes de iniciar la aplicación del procedimiento basado en el principio de reforzamiento positivo informaremos al niño o al adolescente de las respuestas que queremos que cambie y de las razones por las que las consideramos deseables. Intentaremos convencerle y llegar a un acuerdo sobre los objetivos que nos proponemos, pidiendo su colaboración. El «acuerdo conductual» puede ser escrito o simplemente verbal.

Se han establecido una serie de factores que influyen sobre la eficacia del reforzamiento positivo:

- a) *Seleccionar y utilizar varios reforzadores estimando la cantidad óptima.* Esto permite evitar el efecto de saciación y el cansancio, lo que haría que dejase de ser algo deseado. La decisión sobre la cantidad depende de varios factores: el tipo de reforzador, el estado de saciedad o privación del niño, el esfuerzo que se requiere para dar la respuesta, etc.; en cualquier caso, el reforzador ha de ser importante para el niño o el adolescente.
- b) *Administrar los reforzadores de forma inmediata a la ejecución de la respuesta deseada.* Si pasa cierto tiempo entre la ejecución de una conducta y la administración del reforzador, éste pierde el carácter de tal, al no asociarse el evento agradable a la conducta realizada. Cuanto menor es el niño menor ha de ser la demora en el tiempo de espera para la obtención del refuerzo. Por otra parte, es importante, en las etapas iniciales de una intervención, administrar los reforzadores de forma inmediata; a medida que avanza el programa de modificación de conducta y la respuesta se efectúa de forma consistente, se puede ir aumentando de forma gradual el tiempo entre la respuesta y el reforzador.

Un error frecuente relacionado con este principio es el que cometen muchos padres, por ejemplo, al pretender mejorar el desempeño escolar de sus hijos estableciendo un listado de premios en función de las calificaciones (en muchos casos bimensuales o trimestrales); esto puede tener un cierto carácter de incentivo para el niño, pero lo realmente efectivo es el refuerzo día a día del trabajo que

pueda realizar para, al final, obtener unas mejores calificaciones.

- c) *La administración de los reforzadores debe ser contingente con la ejecución de la respuesta-objetivo.* Sólo se administran reforzadores si se ha emitido la respuesta y solamente después de dicha respuesta; no hay contingencia cuando una consecuencia se presenta independiente de lo que haga el niño.
- d) *Facilitar instrucciones* que indiquen qué respuestas concretas serán seguidas de un reforzador facilita el cambio. Del mismo modo, el hacer explícita la norma por la que una respuesta concreta está siendo reforzada: «¡Muy bien!, Carlos, vamos a jugar los tres a tu juego preferido por haber obedecido a mamá!». Pero debemos evitar acompañar el reforzamiento positivo ante una respuesta adecuada de una crítica o reproche por su conducta habitual («¡Muy bien! Me ha gustado que recojas las cosas de tu habitación. ¡Siempre lo tienes todo de cualquier manera!»).
- e) *Ajustarse al programa de reforzamiento fijado.* Un programa de reforzamiento es una regla que especifica qué emisiones de una respuesta dada se reforzarán. Pueden ser:

- i) *Programas de reforzamiento continuo:* se refuerza cada vez que se produce la respuesta-objetivo (cada vez que un niño desobediente obedece una orden de su madre recibe un elogio u otro tipo de reforzador).
- ii) *Programas de reforzamiento intermitente:* cuando sólo se refuerzan algunas de las ocurrencias de las respuestas-objetivo emitidas por el niño o el adolescente.

A su vez, los programas de reforzamiento intermitente implican la administración del refuerzo siguiendo dos posibles criterios:

- i) Un criterio *temporal (programas de intervalo)*; esto es, depende del transcurso de períodos de tiempo específicos.
- ii) Un criterio de *número de respuestas* entre reforzamientos consecutivos (*programas de razón*).

En los *programas de razón* se refuerza una de cada «x» respuestas determinadas (por ejemplo, podemos establecer que los padres reforzarán una de cada tres veces que el niño pide las cosas sin exigencias, correctamente). Estos programas pueden ser a su vez de *razón fija* (RF), se refuerza la conducta-objetivo siempre tras un número fijo de emisiones (en el ejemplo anterior RF:3, la consecuencia reforzante se administra de forma contingente a la tercera ocasión en que el niño solicita las cosas sin exigencias); o pueden ser de *razón variable* (RV), de modo que el niño es reforzado tras emitir un número determinado de respuestas-objetivo, en función de un determinado promedio (por ejemplo, en un programa de RV:3 podemos reforzar las emisiones 1, 5 y 9 manteniendo el

promedio de tres).

En los *programas de intervalo* el refuerzo se aplica contingentemente a la emisión de la primera respuesta-objetivo que ocurra después de que ha pasado cierto período de tiempo previamente establecido, período que puede ser fijo o variable. En los *programas de intervalo fijo* (IF) siempre transcurre el mismo período de tiempo entre la última respuesta reforzada y la siguiente. En los *programas de intervalo variable* (IV) la duración de dichos intervalos entre refuerzos cambia, pero de acuerdo a un promedio previamente establecido.

Estos cuatro programas de reforzamiento tienen efectos distintos. Los programas de reforzamiento continuo son los más apropiados en el inicio de la intervención, pero posteriormente se debe cambiar a un programa de reforzamiento intermitente (generalmente de razón variable), con el fin de acercarnos a las condiciones de reforzamiento propias del ambiente natural.

El reforzamiento intermitente es más adecuado por varios motivos: i) las conductas sometidas a este tipo de programa de reforzamiento son más resistentes a la extinción; ii) no se presenta el problema de saciación, y iii) se favorece el mantenimiento y la generalización del programa, así como la retirada de éste.

- f) Los gráficos utilizados para el seguimiento de la línea base y la valoración de la intervención pueden utilizarse para que el niño o el adolescente observe su propio progreso, actuando también como un elemento de reforzamiento. Con niños estos gráficos han de ser sencillos de cumplimentar y divertidos.
- g) Tras fortalecer un comportamiento determinado mediante el uso del reforzamiento positivo debemos asegurar el *mantenimiento* en el futuro de la conducta modificada y la *generalización* a otras situaciones similares. Como se ha comentado, facilita la generalización el llevar a cabo nuestra intervención en el medio natural del niño, utilizando a los propios padres y profesores como agentes reforzadores; por su parte, pasar de forma gradual del reforzamiento continuo al reforzamiento intermitente facilita el mantenimiento, al igual que lo hace la progresiva sustitución de reforzadores *programados* (generalmente materiales) por reforzadores *naturales*, fundamentalmente de tipo social.

#### 4. Valoración y seguimiento.

La valoración de los resultados de la intervención en modificación de conducta es continua; a medida que avanza la intervención, la información proporcionada por los registros y las gráficas permitirá *valorar los cambios en la conducta-problema*, permitiéndonos en un momento determinado comprobar que se han alcanzado los objetivos. Del mismo modo, se establecerán *seguimientos* tras la finalización de la intervención (generalmente a los 3, 6, 12 y 24 meses) con el fin de asegurarnos que la respuesta está siendo reforzada y que se mantienen los resultados alcanzados.

## 8.3. TÉCNICAS BASADAS EN EL REFORZAMIENTO POSITIVO PARA LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS RESPUESTAS

Hemos expuesto cómo los programas de reforzamiento son utilizados para *incrementar-fortalecer* las respuestas adecuadas/adaptativas; sin embargo, en muchas ocasiones la respuesta no existe en el repertorio del niño y, por tanto, utilizar el reforzamiento para incrementar la probabilidad de aparición no es posible, pues la respuesta que no se da nunca no puede ser reforzada. Cuando el objetivo es la *adquisición* de nuevas respuestas, se pueden utilizar algunas técnicas desarrolladas desde el modelo operante y basadas en el reforzamiento positivo para este fin: el *moldeamiento*, el *encadenamiento* y la *instigación/desvanecimiento*.

Estas técnicas han demostrado su eficacia como parte de programas de intervención en distintos ámbitos. Están presentes en los programas de entrenamiento de habilidades de autonomía personal y sociales dirigidos al aprendizaje de niños con discapacidad intelectual, y se han utilizado en los programas de aprendizaje de hábitos de estudio, entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas, intervención en el mutismo selectivo, en el habla de niños con trastorno del espectro autista, etc.

### 8.3.1. Moldeamiento o aprendizaje por aproximaciones sucesivas

Es una técnica que se utiliza para instaurar respuestas que el niño o el adolescente no posee, las realiza raramente o de forma muy elemental; la respuesta-meta se consigue mediante el reforzamiento de pequeños pasos o aproximaciones hacia esa respuesta final. Se empieza por reforzar otra respuesta presente en el repertorio conductual del niño y que se parece, aunque sea vagamente, a la respuesta-meta deseada, y de forma progresiva se refuerzan nuevas aproximaciones, cada vez más semejantes; es decir, se refuerza cada pequeño paso que se aproxime a la respuesta final deseada y se van dejando de reforzar las anteriores aproximaciones a ésta. Vamos moldeando, «dando forma», de manera progresiva a la respuesta deseada.

Martin y Pear (2008) establecen una serie de factores que según ellos influyen en la eficacia del moldeamiento y que nos indican el procedimiento a seguir para aplicar dicha técnica:

1. *Especificar la conducta final deseada.* La definición de la respuesta final debe establecerse identificando todas sus características o dimensiones que pueden ser moldeadas: topografía (la forma de la respuesta, por ejemplo los movimientos específicos implicados en coger correctamente los cubiertos para comer), frecuencia (número de veces que ocurre en un período de tiempo determinado), duración (la cantidad de tiempo en que se da una respuesta), latencia (tiempo entre que aparece un estímulo y se inicia la respuesta) e intensidad (fuerza, por ejemplo

utilizar un volumen adecuado al hablar con alguien). Esta definición aumenta la probabilidad de que se refuercen consistentemente las aproximaciones sucesivas a dicha respuesta.

Por ejemplo, si estamos trabajando con un niño con discapacidad intelectual para que aprenda a saludar a sus cuidadores, podemos definir dicha respuesta como: mirar al interlocutor a la cara y decirle: «*Hola Pedro* (por ejemplo), *buenos días* (tardes o noches)» y establecer el resto de dimensiones.

2. *Elegir el comportamiento de punto de partida.* Debe ser una respuesta que se presente con suficiente frecuencia para ser reforzada y se aproxime al comportamiento final deseado, es decir, que alguna característica de la respuesta final esté presente.

En el ejemplo del niño que queremos que aprenda a saludar, la respuesta de partida puede ser cuando el niño al entrar en el aula de trabajo se acerca al educador y le mira.

3. *Establecer los pasos intermedios del moldeamiento* a través de los cuales se pretende alcanzar la conducta final. Antes de iniciar el proceso de aprendizaje es necesario especificar cuáles son los pasos que sucesivamente iremos dando para llegar a la respuesta término, pasos que podremos modificar una vez iniciado el aprendizaje.

En el caso que estamos utilizando como ejemplo la respuesta final que se desea es que el niño mire a la cara al educador y le diga con un volumen de voz adecuado «*Hola —nombre—, buenos días*». Como punto de partida, se ha cogido el acercarse y mirar al educador. Podemos plantearnos avanzar desde ese comportamiento, pasando por: acercarse y realizar cualquier gesto dirigido hacia el educador en respuesta al saludo de éste, acompañar el gesto con un sonido, decir ¡hola!, decir ¡hola! mirando a la cara al educador, etc.

4. *Aplicación del procedimiento.* Primero se han de *seleccionar los reforzadores adecuados*, y cada vez que aparezca la respuesta inicial (respuesta punto de partida) reforzarla inmediatamente (primero utilizaremos un programa de reforzamiento continuo, y tras los primeros ensayos intermitente); cuando el niño domine ésta se pasa al siguiente paso, y a la vez que se van reforzando las nuevas respuestas se van dejando de reforzar las anteriores, es decir, no se refuerzan aquellas respuestas situadas en pasos anteriores.

Es importante en este punto ir estableciendo un ritmo adecuado de progreso. Se trata de determinar el tamaño de cada paso y el tiempo que vamos a permanecer en cada uno de ellos. Es recomendable: *a)* que los pasos intermedios sean lo suficientemente pequeños, pues esto permite que el niño lo pueda realizar, si bien hay que evitar que le aburra; *b)* no pasar muy pronto de un paso al siguiente, y *c)* retroceder desde un paso determinado si el niño no es capaz de dar esa respuesta.

En múltiples ocasiones el niño puede tener dificultades para realizar el paso

correspondiente; en ese caso se le puede ayudar mediante la técnica de *instigación y desvanecimiento*. Se utilizarán ayudas (*instigadores*), es decir, estímulos — verbales, gestuales, ambientales o físicos— que promueven el inicio de una respuesta. Así, podríamos decirle al niño que nos mire (*instigador verbal*), y acompañar esa frase con el hecho de coger suavemente su cabeza con nuestras dos manos y dirigir su mirada a nuestra cara (*instigador físico*), lo que sería reforzado de forma inmediata, social y materialmente. Estas ayudas se van retirando progresivamente.

Una vez aparece la respuesta-meta se ha de establecer firmemente utilizando un programa de reforzamiento continuo, y conseguido esto se pasará a reforzamiento intermitente.

### 8.3.2. Encadenamiento

Esta técnica se utiliza para instaurar nuevas conductas que pueden suponer cierta complejidad para el niño o el adolescente. Con el objetivo de facilitar su aprendizaje se descompone la respuesta-final en respuestas más sencillas que se trabajan por separado; cuando éstas son aprendidas se encadenan y forman la respuesta-objetivo. Cada respuesta sencilla supone un eslabón de la cadena que conforma la conducta-objetivo. Desde el punto de vista operante se produce un encadenamiento de estímulos discriminativos ( $E_D$ ) y respuestas ( $R_s$ ), en el que cada respuesta, salvo la última que va seguida por un reforzador, es a su vez el estímulo discriminativo de la siguiente.

La diferencia entre el moldeamiento y el encadenamiento es que en el primero las respuestas previas deben extinguirse al avanzar el proceso de aprendizaje; por el contrario, en el encadenamiento las conductas previas han de mantenerse tanto durante como después del aprendizaje de la conducta-final.

El procedimiento de aplicación sigue los siguientes pasos:

1. *Seleccionar la conducta-final que queremos que el niño adquiera.* Por ejemplo, dentro de un programa de entrenamiento en habilidades de autonomía personal queremos que un niño con discapacidad intelectual aprenda a prepararse de forma autónoma un bocadillo para su merienda.
2. *Identificar «los eslabones» que han de componer la conducta compleja.* Se analiza la tarea, se identifican y describen los componentes de la conducta final, que serán lo bastante sencillos como para ser aprendidos sin gran dificultad. En nuestro ejemplo:
  - a) Poner sobre la mesa un plato y una espátula de mantequilla.
  - b) Abrir la bolsa del pan de molde, sacar dos rebanadas y dejarlas sobre el plato.
  - c) Abrir el frigorífico y sacar la mantequilla, el queso y el jamón.

- d) Extender la mantequilla en una cara de las dos rebanadas de pan con la espátula.
- e) Colocar una loncha de queso y otra de jamón sobre una de las dos rebanadas.
- f) Cerrar el bocadillo poniendo encima la otra rebanada.

3. *Seleccionar los reforzadores a utilizar.* Se debe reforzar mediante elogios la ejecución correcta de cada paso. Al finalizar el último el niño debe recibir un reforzador (social, material o de actividad). En nuestro ejemplo, junto a los elogios, el comerse el propio bocadillo supone ya un importante refuerzo. Los elogios pueden eliminarse de forma paulatina, manteniéndose la cadena por el reforzador final.
4. *Aplicación del procedimiento.* Antes de pedir al niño que actúe, realizaremos nosotros la secuencia completa de la conducta (*modelado*) describiendo verbalmente lo que vamos realizando en cada paso. También pueden utilizarse instrucciones, ayudas físicas y moldeamiento para el aprendizaje de cada una de las respuestas que actúan a modo de eslabones de una cadena.

El procedimiento de aplicación puede llevarse a cabo de tres formas distintas:

- a) *Presentación íntegra de la tarea:* el primer estímulo de la secuencia es la instrucción: «*por favor prepárate el bocadillo*». A partir de ahí el niño intenta todos los pasos desde el principio hasta el final de la cadena en cada ensayo y los repite hasta que aprende todos los pasos. Se aplica cuando la dificultad para el niño no es elevada.
- b) *Encadenamiento hacia adelante.* Primero se entrena el paso inicial (en nuestro ejemplo: poner sobre la mesa un plato y una espátula de mantequilla) y se refuerza; posteriormente se trabaja con el primero y el segundo (abrir la bolsa del pan de molde, sacar dos rebanadas y dejarlas sobre el plato) y se refuerza la ejecución correcta del segundo; luego los tres primeros pasos, reforzándose cuando se realiza el tercero, etc., hasta que se adquiere la cadena entera, que será reforzada.
- c) *Encadenamiento hacia atrás.* Se sigue un proceso inverso al anterior. Consiste en iniciar la enseñanza de una respuesta compleja por el último eslabón, que es el que se refuerza. Tras dividir la tarea, primero se entrena la última respuesta que será reforzada; establecido el último paso, posteriormente se vincula el penúltimo con éste, el antepenúltimo con el penúltimo y el último, y se continúa así hasta el eslabón inicial de la cadena. Siguiendo con nuestro ejemplo, para enseñar al niño a prepararse el bocadillo empezaremos ayudándole a prepararlo completando todos los pasos menos el último (cerrar el bocadillo poniendo encima la otra rebanada), que tendrá que realizar él solo y que será reforzado (en este caso el poder comer el bocadillo ya es en sí mismo un refuerzo). Luego, cuando ya ejecuta esa respuesta de forma

correcta, se deja que haga solo también el paso anterior (colocar una loncha de queso y de jamón sobre una de las dos rebanadas) y el reforzador se administra cuando se ejecutan las dos respuestas. Se continúa el proceso incluyendo progresivamente el resto de respuestas. Cuando quede establecida la conducta pasaremos a un programa de reforzamiento intermitente.

### 8.3.3. Instigación y desvanecimiento

En muchas ocasiones, para el aprendizaje de nuevas conductas recurrimos al uso de *instigadores o ayudas* de distinto tipo (véase cuadro 8.2); por ejemplo, si queremos que un niño aprenda a subir los peldaños de una escalera alternando los pies en cada escalón podremos utilizar una «guía física» (coger con una mano el pie del niño y guiarle en el movimiento adecuado); repetida esa acción varias veces, cuando el niño empieza a realizar dicha respuesta el terapeuta de forma progresiva va retirando esa ayuda. El procedimiento de *instigación y desvanecimiento* supone la introducción de instigadores o ayudas que facilitan el aprendizaje de una respuesta y su posterior retirada de forma gradual —una vez que la respuesta se ha introducido o moldeado previamente—, transfiriendo el control del estímulo desde las ayudas (instigadores) a los estímulos discriminativos (E<sub>D</sub>) naturales, quedando la conducta bajo su control y permitiendo que dicha respuesta se mantenga en el repertorio conductual del niño en ausencia del apoyo externo.

CUADRO 8.2  
Tipos de señales instigadoras que facilitan el desarrollo de una conducta

ESTÍMULOS INSTIGADORES	EJEMPLOS
<b>VERBALES</b>	Instrucciones verbales que describen al niño la conducta a realizar de forma correcta. Pedir o indicar al niño que coja correctamente el lápiz o que recoja los juguetes.
<b>GESTUALES</b>	Movimientos, generalmente de las manos, sin contacto, que indican la conducta a realizar. Señalar con el dedo la línea marcada en el suelo que el niño ha de seguir.
<b>GUÍA FÍSICA</b>	Ayuda física que guía la acción a realizar. Coger la mano del niño que sostiene la cuchara para guiarle a la hora de llevársela a la boca.
<b>MODELADO</b>	Realizar una demostración de la conducta correcta que queremos que lleve a cabo el niño. Realizar ante el niño todo el proceso de un correcto cepillado de dientes: abrir el tubo de pasta, poner dentífrico sobre el cepillo, cepillarse...

## AMBIENTALES

Llevar a cabo cambios en el entorno para facilitar la ocurrencia de una conducta.

Modificar la distribución de los pupitres en el aula para favorecer la interacción social, o incorporar la presencia de la madre o un hermano para facilitar la emisión de una conducta verbal.

Si queremos que un niño con discapacidad intelectual nombre correctamente un objeto, se le puede mostrar e introducir un «instigador verbal»; por ejemplo, ante la foto de una bicicleta diremos repetidas veces en voz alta la palabra: «*bicicleta*»; cuando el niño ha aprendido a asociar la palabra al objeto empezamos a desvanecer nuestra ayuda, dejando cada vez más tiempo entre la presentación del objeto y nuestra instigación verbal (demora del tiempo), o bien haciendo cada vez menos extensa nuestra guía: en lugar de decir «*bicicleta*» diremos «*bicicle...*», posteriormente «*bici...*», etc.

El procedimiento de la técnica de desvanecimiento consta de dos fases, en las cuales se administra reforzamiento positivo de forma contingente a la emisión de las respuestas:

1. *Fase aditiva*, en la que se proporcionan ayudas de distinto tipo hasta que el niño consigue emitir la respuesta-objetivo.
2. *Fase sustractiva*, en la que, de forma gradual, una vez consideramos que se ha consolidado la respuesta, se van retirando las ayudas. Este proceso puede realizarse de distintas formas:
  - a) *Disminuyendo la intensidad del instigador* a partir del momento en que consideramos consolidada la conducta. Por ejemplo: disminuyendo el volumen de la voz en la ayuda verbal, realizando menos fuerza en el momento de ayudarlo a levantar la pierna para subir un peldaño, etc.
  - b) *Demorando el tiempo* de forma progresiva en cada intento antes de ayudar.
  - c) *Disminuyendo la extensión de la ayuda* de forma que cada vez ésta sea menor; por ejemplo, si queremos que un niño con discapacidad aprenda a decir «*pelota*», disminuimos la ayuda verbal gradualmente pasando de «*pelota*» a «*pele...*», «*pe...*».

El moldeamiento supone el cambio gradual de una respuesta; en el desvanecimiento el cambio gradual se produce en el estímulo.

## 8.4. APLICACIONES

Las aplicaciones de la *técnica de reforzamiento positivo* en distintos ámbitos de la psicología aplicada son muy numerosas (Kazdin, 1996; Miltenber, 2013; Martin y Pear, 2008).

El *reforzamiento positivo* como procedimiento de cambio de conducta es un componente presente prácticamente en la totalidad de las intervenciones preventivas o

terapéuticas utilizadas en psicología para abordar los distintos problemas y trastornos infantojuveniles. En la práctica clínica sería casi imposible encontrar una intervención en la que no estuviese presente en mayor o menor medida esta estrategia.

El reforzamiento positivo es un componente importante de cualquiera de las principales técnicas de tratamiento en terapia/modificación de conducta (exposición, modelado, resolución de problemas, autoinstrucciones, imágenes emotivas, etc.); en la medida que estas técnicas se conceptualizan como estrategias para el aprendizaje y plantean objetivos y tareas a realizar por el niño o el adolescente, el reforzamiento positivo está siempre presente como una de las estrategias más potentes para este aprendizaje y cambio de respuestas. Del mismo modo, el terapeuta, al intervenir con el objetivo de cambiar la conducta durante todo el proceso de intervención, la realización de las tareas fijadas o la consecución de cualquiera de los objetivos marcados, tendrá que acompañarlos necesariamente de reforzamiento social; así, cuando el niño lleva a cabo las «tareas para casa» o nos informa de un cambio positivo, por ejemplo el niño enurético que nos presenta un autorregistro con siete noches de cama seca, será reforzado por el psicólogo.

Por otra parte, debemos tener siempre presente, en el contexto de una adecuada relación terapéutica, el valor que generalmente el niño otorga a los refuerzos que provienen del psicólogo en forma de comentarios, elogios, halagos, una mirada cómplice, una palmadita en la espalda, etc.

De este modo, el *reforzamiento positivo* es un elemento central, junto a otras técnicas operantes, en los *programas de entrenamiento parental* (véase capítulo 2), donde se instruye a los padres en los principios del aprendizaje operante, para que posteriormente puedan emplear de forma contingente los reforzadores positivos en la vida diaria y producir los cambios deseados. El entrenamiento a padres es la estrategia de tratamiento de primera elección para niños con problemas o trastornos de conductas disruptivas: agresividad, desobediencia y conducta disocial (Macià, 2007). En el cuadro 8.3 aparecen algunos de los programas y sus direcciones de internet que cuentan con más apoyo empírico y experimental, según el meta-análisis realizado por Ludahl, Risser y Lovejoy (2006).

CUADRO 8.3  
Programas de entrenamiento parental

PROGRAMA	PÁGINA WEB
<i>Ayudando al niño desobediente.</i> R. McMahon y R. L. Forehand	<a href="http://www.strengtheningfamilies.org">www.strengtheningfamilies.org</a>
<i>Terapia de Interacción Madre/Padre/Hijo.</i> J. G. Querido y S. M. Eyberg	<a href="http://www.pcit.org">www.pcit.org</a>
<i>Triple P. Programa de Padres Positivos.</i> M. R. Sanders, C. Markie-Dadss y K. M. T. Turner	<a href="http://www.triplep.net">www.triplep.net</a>

La *práctica reforzada* es uno de los tratamientos «bien establecidos experimentalmente» para intervenir en problemas de miedos y fobias específicas (a la oscuridad, a los animales, al agua, a viajar en autobuses públicos, etc.) en la infancia y la adolescencia (Méndez, Rosa-Alcázar, Orgilés, Santacruz y Olivares, 2003). Esta técnica operante consiste en aproximaciones sucesivas a los estímulos fóbicos en vivo —práctica—, seguidas de consecuencias positivas —reforzadas—, y puede completarse con instrucciones e instigación y retroalimentación.

El reforzamiento positivo es también un componente importante en las intervenciones dirigidas a los problemas o trastornos relacionados con la adquisición de los hábitos básicos de autonomía personal, fundamentalmente sueño, alimentación y control de esfínteres (Ortigosa, Villalba y Riquelme, 2012).

Respecto a las técnicas para establecer conductas, son consideradas estrategias de intervención útiles para el trabajo con niños con discapacidad intelectual, con un trastorno del espectro autista, mutismo selectivo, etc. La combinación de refuerzo positivo y desvanecimiento estimular es el tratamiento más utilizado en la intervención en niños que limitan su comunicación oral a personas muy íntimas y en situaciones específicas, generalmente el hogar —mutismo selectivo— (Olivares, Macià y Méndez, 1993).

Se ha comprobado que los niños con un trastorno del espectro autista aprenden considerablemente cuando se aplican técnicas operantes, siendo los únicos procedimientos que han ofrecido evidencias claras de efectividad (González-Menéndez, Williams y Pérez-González, 2003). Los paquetes de tratamiento han utilizado procedimientos como: reforzamiento diferencial, moldeamiento, instigación y desvanecimiento, tiempo fuera de reforzamiento, etc., para el aprendizaje de un amplio número de habilidades, desde mirar a los ojos e imitar, a habilidades más complejas como lenguaje, académicas, sociales, etc.

## 8.5. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

**Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.**

El objetivo de este manual es exponer las distintas técnicas operantes y su aplicación en distintos ámbitos. Esta segunda edición incluye aportaciones recientes en la investigación y la práctica de la modificación de conducta.

**Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla.* Madrid: Pearson Prentice Hall.**

Se presentan las distintas técnicas operantes, destacando los factores que influyen sobre su eficacia y las pautas para la aplicación eficaz, con múltiples ejemplos para su aplicación en la práctica.

**Miltenberger, R. G. (2013). *Modificación de conducta. Principios y procedimientos.* Madrid: Pirámide.**

La obra recoge los principios y procedimientos básicos del análisis aplicado de la conducta. Expone ampliamente la evaluación funcional, los procedimientos de intervención y numerosos ejemplos de aplicaciones.

### **Internet**

***ABA España.*** [www.aba-elearning.com](http://www.aba-elearning.com)

Asociada a la *Association for Behavior Analysis International*, su objetivo es la promoción del análisis de la conducta. En su página web aparece información sobre congresos, cursos de formación online, artículos, etc.

***European Association of Behavior Analysis.*** <http://www.europeanaba.org>

La Asociación Europea de Análisis de Comportamiento (EABA) es una organización cuyo objetivo es promover el análisis de comportamiento en Europa y proporcionar un foro internacional en este continente para el estudio y la discusión de asuntos de interés para el análisis del comportamiento.

***European Journal of Behavior Analysis.*** <http://www.ejoba.org>

La Revista Europea de Análisis del Comportamiento está publicada por la Asociación Noruega de Análisis de la Conducta, con el objetivo de publicar trabajos experimentales y teóricos relevantes para el análisis del comportamiento.

***Fundación B. F. Skinner.*** [www.bfskinner.org](http://www.bfskinner.org)

La fundación se fundó en 1988 con el apoyo del propio Skinner, y en su página web se ofrece información bibliográfica, artículos, material audiovisual sobre la obra de B. F. Skinner y el análisis experimental de la conducta.

***Grupo contextos.*** [www.conducta.org](http://www.conducta.org)

Grupo de profesionales que pretenden potenciar el desarrollo del análisis de conducta.

En las distintas secciones de la página web se encuentra amplia información sobre libros, artículos, foros de debate, noticias, enlaces a otras páginas web, etc.

**Journal of Applied Behavior Analysis.**  
[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1938-3703/](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1938-3703/)

Publicación de la Sociedad para el Análisis Experimental de la Conducta. Fundada en 1968, su objetivo fundacional era la publicación de las aplicaciones del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social.

## 8.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González-Menéndez, A. M., Williams, G. y Pérez-González, L. A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el autismo. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 17-56). Madrid: Pirámide.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas* (2.<sup>a</sup> ed.). México: Manual Moderno.
- Ludahl, B., Risser, H. J. y Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Macià, D. (2007). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (8.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Pearson Prentice-Hall.
- Méndez, F. X., Rosa-Alcázar, A. I., Orgilés, M., Santacruz, I. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y la adolescencia. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid: Pirámide.
- Miltenberger, R. G. (2013). *Modificación de conducta. Principios y procedimientos* (5.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo selectivo. Una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 68, 771-791.
- Olivares, J., Macià, D., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2013). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Pirámide.
- Ortigosa, J. M., Villalba, F. y Riquelme, A. (2012). Intervención en problemas de hábitos básicos de autonomía personal: sueño, alimentación y control de esfínteres. En L. M. Llavona y F. X. Méndez (eds.), *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 115-131). Madrid: Pirámide.



# 9. REFORZAMIENTO DIFERENCIAL, EXTINCIÓN Y CASTIGO

ESTRELLA ROMERO TRIÑANES

## 9.1. PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR CONDUCTAS: CONSIDERACIONES GENERALES

A la hora de intervenir sobre los problemas de comportamiento en niños y adolescentes, con mucha frecuencia la reducción de conductas negativas es una de los objetivos a perseguir. Muchos padres buscan ayuda teniendo en mente las conductas difíciles de sus hijos (desobedecen, se pelean, dicen mentiras, se burlan de los demás, gritan, destrozan sus cosas, protestan, tienen rabietas, etc.); estos problemas se convierten en el centro de toda su atención y todas sus energías se concentran en reducirlos o eliminarlos. Por tanto, desde la terapia infanto-juvenil es importante poder contar con herramientas eficaces para que estos comportamientos disminuyan, y para ello existe un menú relativamente variado de procedimientos basados en principios conductuales, como veremos a lo largo de este capítulo.

No obstante, y aunque es muy probable que tengamos que enseñar a padres (y/o a profesores) a utilizar este tipo de procedimientos, es necesario tener en cuenta que una prioridad, antes de utilizar técnicas de reducción de comportamientos, es promover comportamientos positivos. Uno de los primeros aprendizajes habituales en los programas de entrenamiento para padres con niños «difíciles» es un cambio de enfoque para centrarse en las fortalezas de los niños, en aquellos comportamientos positivos que éstos son capaces de emitir, para potenciarlos y premiarlos («pillar al niño haciendo algo bueno»), así como desarrollar nuevos comportamientos apropiados en el repertorio conductual del niño. Aprender a reducir conductas es usualmente una «lección» posterior, una vez que este cambio de enfoque ha tenido lugar, y los adultos han tenido la oportunidad de comprobar que sus niños realizan también comportamientos adecuados y son capaces de aprender a partir del reforzamiento positivo.

Una metáfora habitual, de hecho, en los programas de entrenamiento de padres consiste en presentar a las técnicas de reducción de comportamientos en la parte superior de una estructura piramidal (v.g.: Webster-Stratton, 2002), indicando que deberán ser técnicas menos utilizadas que las basadas en el desarrollo de conductas positivas. Además, su posición en la parte superior de la pirámide indica que sólo podrán ser eficaces cuando tengan su sustento en una base robusta y amplia de interacciones

positivas entre padres e hijos, donde el refuerzo positivo debe desempeñar un papel esencial.

En este capítulo examinaremos los procedimientos más comunes utilizados, desde una óptica conductual, para la reducción de comportamientos. Estos procedimientos varían en el grado en que son intrusivos. Mientras que algunos se basan en el uso del refuerzo positivo para reducir conductas (reforzamiento diferencial), otros instan a dejar de aplicar reforzadores positivos (extinción), privar de la oportunidad de que una conducta negativa se refuerce (tiempo fuera), suprimir reforzadores (coste de respuesta), presentar masivamente un reforzador (saciación) o hacer que el niño corrija la conducta negativa (sobrecorrección). Cada una de las técnicas tiene mayor o menor utilidad dependiendo de la naturaleza de la conducta que se quiere reducir, del tipo de reforzador que la esté manteniendo, del contexto en que ocurra la conducta y de otros parámetros que se irán mencionando a lo largo de las páginas siguientes.

## **9.2. REFORZAMIENTO DIFERENCIAL (RD)**

Las técnicas de RD intentan reducir la emisión de un comportamiento utilizando el reforzamiento positivo, por lo que supone una técnica «amable» y constructiva, que no implica la introducción de consecuencias aversivas para el individuo. El RD puede adoptar diferentes formatos, como se describe a continuación.

### **9.2.1. RD de tasas bajas de conducta (RDTB)**

Esta modalidad de RD tiene como objetivo reducir, pero no eliminar, una conducta. Puede utilizarse, por tanto, con conductas que, aun pudiendo no ser totalmente inadecuadas, se emiten con demasiada frecuencia. Ejemplos de conductas a las que puede aplicarse incluirían la intervención excesiva en clase por parte de un niño hiperactivo, levantarse en exceso de la silla o discusiones excesivas entre hermanos.

La aplicación de esta técnica requiere una observación previa que permita conocer cuál es la frecuencia con la que se está emitiendo la conducta en condiciones naturales (línea base). Una vez que tenemos esta información, podemos aplicar el procedimiento con diferentes modalidades.

Una de ellas es reforzar la conducta si ésta se distancia de la conducta anterior durante un período de tiempo mínimo («RDTB de respuesta espaciada»). Por ejemplo, la profesora atiende la demanda de atención del niño cuando ésta ocurre al menos después de 10 minutos de la anterior. Para facilitar la implicación del niño, un reloj a la vista puede servir de señal. El intervalo de tiempo ha de elegirse de acuerdo con los datos recabados en el estudio de la línea base, y se podrá ir ampliando gradualmente a medida que la conducta se va espaciando de la anterior.

Otra versión consiste en preestablecer un intervalo y aplicar el refuerzo si se han emitido menos de dos conductas («RDTB *de intervalo*»). Si se emiten dos conductas, el intervalo volvería a comenzar, y se aplicaría el reforzador si al final del nuevo intervalo se ha logrado el objetivo. Por ejemplo, mientras Pablo hace los deberes, el padre establece que se le reforzará con un pequeño regalo si al cabo de 15 minutos éste se ha levantado de su asiento una vez o menos. De nuevo, la longitud del intervalo podrá ir ampliándose a medida que el niño va reduciendo la frecuencia de su conducta. Esta modalidad puede resultar especialmente conveniente para su aplicación con niños pequeños, a los que se les da feedback regular para controlar su comportamiento.

Finalmente, otra posibilidad es administrar el reforzador si al final de una sesión completa de observación («RDTB *de sesión completa*») se ha emitido un número de conductas inferior al que especifiquemos previamente. Por ejemplo, el profesor refuerza con poder escoger un juego de grupo para la clase, si Blanca, durante la clase previa al recreo, interrumpe menos de tres veces. Una consideración importante en esta modalidad es que el refuerzo se aplica, demorado, al final de un período de tiempo que puede ser relativamente largo, por lo que es necesario valorar, de acuerdo con la edad y las características del niño, si es una opción apropiada.

### **9.2.2. RD de otras conductas (RDO)**

En esta modalidad de RD se administra el refuerzo cuando, en un intervalo preestablecido, *no* se emite la conducta que queremos reducir. Por ejemplo, si a lo largo del recreo Abel no inicia ninguna de las pequeñas peleas que son frecuentes en él, el profesor le premia con cinco minutos extra de juego. El nombre de la técnica responde a que, durante este tiempo, el niño emitirá otras conductas que, por tanto, están siendo reforzadas. No obstante, dado que, en realidad, el reforzamiento es contingente a la *omisión* de una determinada conducta, esta modalidad de RD se denomina también «RD de omisión» o «entrenamiento en omisión».

La técnica se considera especialmente útil para reducir con rapidez las conductas agresivas y autodestructivas. Para ser aplicada, al igual que en la modalidad RDTB, es necesario establecer una línea base, para determinar qué período de tiempo es apropiado proponer. Establecer un período de tiempo demasiado largo privaría al niño de recibir refuerzo y restaría eficacia a la técnica; establecer un período demasiado corto daría lugar a una administración excesiva de refuerzos, lo cual también privaría de utilidad al procedimiento. En general, se recomienda empezar por intervalos más breves, para que el niño pueda recibir refuerzos e ir ampliando los intervalos poco a poco. Otra consideración importante sobre el RDO es que, especialmente cuando en un niño coexisten varias conductas negativas, al administrar el refuerzo podemos estar recompensando otra conducta inapropiada. Por ello, en niños que presentan múltiples comportamientos problemáticos puede ser conveniente someter simultáneamente varias

conductas negativas a RDO (aplicar el refuerzo si Abel no se pelea ni insulta durante el recreo), o bien optar por otros procedimientos de reducción de conductas.

### 9.2.3. RD de conductas incompatibles (RDCI)

En esta modalidad del RD la clave está en reforzar conductas que sean incompatibles con aquella que queremos reducir. Así, el profesor puede reforzar la cooperación de Inés con sus compañeros cuando la conducta a reducir es la de pelear con ellos. Los padres pueden reforzar a Rodrigo cuando éste juega en silencio, si la conducta objetivo es la de hacer ruido.

Una versión del RDCI se encuentra en el llamado *entrenamiento en reacciones de competencia*, utilizado para el tratamiento de los tics. Por ejemplo, para el tratamiento de la tricotilomanía se puede fortalecer en el niño la conducta de sujetar el libro cuando está leyendo, agarrar un cojín o un peluche cuando está viendo la televisión, y meter las manos en los bolsillos cuando está aburrido.

En general, es recomendable, para el RDCI, que la conducta alternativa, incompatible, forme parte ya del repertorio conductual del niño. En caso contrario, es necesario instaurar ese comportamiento (v.g.: a través de técnicas como el moldeamiento), lo cual retrasa los efectos del procedimiento. No obstante, existen casos en los cuales merece la pena invertir tiempo y esfuerzo en el modelado de conductas incompatibles. En el entrenamiento de autocontrol en niños se ha mostrado muy útil la «técnica de la tortuga», por ejemplo (véase capítulo 14). A través de un cuento, instrucciones y moldeado, se enseña a los niños a realizar una conducta incompatible con la agresión (y con las rabietas y otras conductas impulsivas): adoptar la posición de una tortuga replegándose en su caparazón, para relajarse cada vez que se encuentren en una situación frustrante. El entrenamiento tiene lugar con el terapeuta, y en la vida cotidiana padres y/o profesores reforzarán el uso de la técnica.

Un esquema de las principales características de los procedimientos de RD se presenta en el cuadro 9.1.

CUADRO 9.1  
Características fundamentales de las técnicas de RD

MODALIDAD	PROCEDIMIENTO	CONSIDERACIONES PARA UNA APLICACIÓN EFICAZ	APLICACIONES
RDTB	<b>RDTB de respuesta espaciada</b> Reforzar si la conducta se repite después de un período mínimo de tiempo.	Determinar la línea base. Elegir cuidadosamente el intervalo y/o la frecuencia admisible de la conducta. Ajustar el intervalo y/o	Comportamientos no necesariamente inadecuados; tolerables, pero excesivos.

	<b>RDTB de intervalo</b> Reforzar si, después de un intervalo prefijado, se han producido menos de dos conductas.	frecuencia a los progresos del niño. Elegir reforzadores adecuados. Procedimiento relativamente lento. Inadecuado cuando se necesitan reducciones rápidas.	
	<b>RDTB de sesión completa</b> Reforzar si, después de una sesión de observación, se han producido menos de un número determinado de conductas.		
<b>RDO</b>	Reforzar la no emisión de la conducta objetivo durante un intervalo determinado.	Determinar línea base. Elegir cuidadosamente el intervalo. Elegir reforzadores adecuados. Precaución ante la posibilidad de reforzar otras conductas indeseables.	Todo tipo de conductas, incluyendo agresivas y autolesivas.
<b>RDI</b>	Reforzar la emisión de conductas incompatibles con la conducta que se desea reducir.	Elegir cuidadosamente la conducta incompatible. Instaurar la conducta incompatible si ésta no es ya emitida por el niño. Considerar que el efecto, aunque duradero, no es rápido.	Todo tipo de conductas, especialmente hábitos nerviosos.

### 9.3. EXTINCIÓN

Uno de los procedimientos más utilizados en la terapia infanto-juvenil para reducir o eliminar problemas de comportamiento en los niños es la extinción. En esencia, el procedimiento consiste en suprimir el reforzamiento a una conducta que previamente ha sido reforzada.

Con el nombre más coloquial de la técnica de «ignorar», la extinción es una de los procedimientos más eficaces (aunque más difíciles de entrenar) en las intervenciones dirigidas a padres de niños con problemas de comportamiento perturbador. Su uso está indicado para conductas molestas e irritantes, pero no peligrosas. Pataletas, lloriqueos y protestas cuando a los niños se les prohíbe hacer algo son ejemplos de comportamientos donde la técnica de ignorar resulta especialmente útil. Este tipo de conductas son comúnmente reforzadas por la atención que se les presta; la retirada del reforzamiento dará lugar a que el comportamiento se realice cada vez con menos frecuencia. Si la técnica se aplica de un modo adecuado, los efectos de la extinción pueden ser muy duraderos; de hecho, es una técnica que, una vez aprendida y aplicada apropiadamente,

es altamente apreciada por los adultos implicados en el tratamiento de niños con comportamiento perturbador.

La aplicación de la extinción exige, como requisito fundamental, que se eliminen todos los reforzadores (o la parte más importante de éstos). Esto implica que, cuando se produzca la conducta a extinguir (v.g.: una pataleta), esta conducta debe ser ignorada no sólo no contestando verbalmente a ella, sino también evitando el contacto visual (adoptando una expresión neutra, tranquila, no amenazante) y evitando también el contacto físico (Romero et al., 2014). De hecho, moverse a otra parte de la habitación o incluso desplazarse a otro lugar cercano pueden ser acciones necesarias para asegurar que la conducta no está siendo reforzada. Un aspecto importante en este procedimiento es que las personas que forman parte del entorno del niño deben ser incorporadas también a la aplicación de la técnica. Es decir, la técnica no funcionará si, aunque los padres ignoren, otros niños o adultos prestan atención al comportamiento que queremos extinguir. Si no podemos conseguir que esas otras figuras ignoren el comportamiento del niño (en un restaurante, por ejemplo, o en un aula donde no se logra que otros niños dejen de prestar atención), entonces la extinción no será la técnica más apropiada.

Otro aspecto importante para potenciar la eficacia de la extinción es que puede (y es conveniente) combinarla con otros procedimientos. Así, una vez que el comportamiento negativo va disminuyendo, puede ser útil utilizar la distracción, especialmente con niños pequeños. Cuando, después de ser ignorada, la rabieta de Andrea comienza a ceder, su padre puede dirigir su atención a otra actividad: «*Vamos a poner la mesa... ¿Qué postre vamos a tomar hoy?*». Otra forma de utilizar la distracción es que los propios padres intenten distraerse a sí mismos ante las reacciones de los niños; v.g.: charlar con otra persona o ponerse a hacer alguna actividad de casa. Si el niño percibe que el adulto está distraído e implicado en otra actividad, esto contribuirá a aminorar sus reacciones. Cuando hay otros niños en la situación comportándose apropiadamente, es útil elogiar el buen comportamiento del otro niño. Si Álvaro protesta por las verduras de la cena, mientras que Quique come tranquilamente, el adulto puede mejorar la técnica de ignorar elogiando a Quique: «*¡Qué bien comes las verduras, Quique!*».

Por otra parte, es muy recomendable la combinación de la extinción con el reforzamiento positivo de conductas apropiadas. Una vez que el niño deja de lloriquear, protestar, molestar, etc., los adultos deben prestar atención (en pocos segundos) a su conducta y reforzar el comportamiento positivo: hablar con el niño, sonreír y elogiar el buen comportamiento que esté realizando en ese momento. La combinación de elogio y refuerzo de conductas alternativas es óptima para romper el ciclo de atención a las conductas perturbadoras.

A la hora de aplicar la extinción, es muy importante tener en cuenta que la conducta del niño al principio va a empeorar. Los adultos deben estar preparados para ello. El comportamiento negativo tiende a escalar (posiblemente incluyendo conductas agresivas moderadas), y de ese modo los niños comprueban hasta qué punto los adultos están

dispuestos a ceder. Las personas que vayan a aplicar la técnica deben ser firmes y esperar a que el comportamiento negativo descienda. Como se señaló anteriormente, a veces puede ser necesario desplazarse a otro lugar para ignorar el mal comportamiento. No obstante, ese lugar ha de ser próximo (v.g.: una habitación contigua), y el adulto debe poder supervisar el comportamiento del niño y estar dispuesto a volver de inmediato en el momento en que el niño deje de emitir la conducta negativa.

Se sabe también que, después de extinguido, un comportamiento puede volver a ocurrir después de un tiempo (*recuperación espontánea*). Generalmente, cuando el comportamiento se reanuda, lo hace con menos fuerza. Si esta recuperación se produce, la aplicación de la extinción repetidamente será eficaz para una supresión duradera de la conducta.

Así pues, mantener la extinción a pesar del empeoramiento de la conducta y aplicarla consistentemente son piezas esenciales para un uso eficaz de esta técnica. Con frecuencia, la intervención dirigida a padres de niños con problemas de conducta incluye el entrenamiento en técnicas de autocontrol (Romero et al., 2014; Webster-Stratton, 2002), que ayuden a los padres a gestionar sus propias reacciones negativas ante la escalada de la conducta del niño. No obstante, si los adultos son incapaces de soportar calmados el empeoramiento de la conducta, puede ser recomendable utilizar estrategias diferentes a ignorar. Por ejemplo, establecer una regla con avisos: tres avisos para parar el comportamiento inapropiado, y tras el tercer aviso se aplicaría el tiempo fuera.

En el cuadro 9.2 se presentan las características fundamentales de la extinción.

## CUADRO 9.2 Características fundamentales de la extinción

1. *Aplicaciones*: Conductas molestas, irritantes, pero no peligrosas (e.g., rabieta, protestas, lloriqueos).

2. *Procedimiento*:

- ⇒ Seleccionar los comportamientos a extinguir e identificar los reforzadores más importantes.
- ⇒ Informar que el procedimiento se va a aplicar.
- ⇒ No administrar reforzadores cuando la conducta aparezca (no prestar atención, evitar contacto ocular y físico, etc.).
- ⇒ Sostener las condiciones de extinción hasta que el comportamiento remita.
- ⇒ Reforzar el comportamiento positivo en cuanto aparezca.

3. *Consideraciones para una aplicación eficaz*:

- ⇒ Elegir conductas que realmente puedan ser ignoradas.
- ⇒ El comportamiento del niño habitualmente empeora. Es necesario mantener la extinción en estas condiciones.
- ⇒ El comportamiento extinguido puede reaparecer con menor intensidad. La aplicación repetida de la extinción da lugar a resultados duraderos.
- ⇒ Utilizar la distracción cuando el comportamiento mejora.
- ⇒ Mantener un tono emocional calmado.

- ⇨ Desplazarse físicamente si es necesario, pero volviendo a la situación para prestar atención en cuanto el comportamiento negativo desaparezca.
- ⇨ Combinar con el reforzamiento positivo de conductas alternativas.

## 9.4. PROCEDIMIENTOS DE CASTIGO

Hasta el momento se han tratado en este capítulo procedimientos de reducción de conductas o bien basados en la aplicación del reforzamiento positivo (RD) o bien en la extinción de reforzamientos positivos previos. Aunque siempre es preferible aplicar procedimientos lo menos intrusivos posible, puede ocurrir que estos procedimientos más «positivos» no resultan totalmente eficaces, y sea necesario aplicar otras técnicas que supongan consecuencias negativas para el comportamiento a reducir. Existen diferentes modalidades de aplicación de «consecuencias negativas» o procedimientos de castigo, y cada uno de ellos puede tener su utilidad para diferentes tipos de conductas o situaciones.

### 9.4.1. Tiempo fuera (TF)

El tiempo fuera (o «tiempo fuera de reforzamiento positivo») es una de las técnicas de reducción de conductas más conocidas y utilizadas tanto en el ámbito familiar como en el escolar. La técnica, en su forma más estándar, consiste en trasladar al niño a una situación menos reforzante, una vez que se ha realizado la conducta que quiere reducir (Martin y Pear 2007). Durante el TF el niño no tendrá la oportunidad de obtener reforzamiento positivo. De alguna manera, podríamos considerar al TF como una forma más extrema de la técnica de ignorar (McMahon y Forehand, 2003), y es especialmente útil para conductas problemáticas que es necesario detener inmediatamente, como pelear, golpear cosas o emitir otras conductas destructivas.

El TF, cuando es aplicado adecuadamente, es una técnica altamente eficaz, no sólo porque interrumpe la conducta negativa, sino porque, sin ser una técnica violenta, es suficientemente desagradable para que el niño perciba que está siendo castigado; además, da tiempo tanto al adulto como al niño para calmarse tras un estado emocional alterado.

La aplicación del TF requiere los siguientes pasos:

1. Se le debe explicar al niño, de antemano, en una situación relajada, de un modo sencillo y directo, cómo se va a aplicar la técnica. El niño debe saber qué tipo de conductas acarrearán el TF y en qué consistirá éste. Es importante que la aplicación del TF esté bien programada de antemano, para evitar aplicaciones indiscriminadas o provocadas por el enfado momentáneo de los adultos.
2. Previamente a la aplicación de la técnica se habrá establecido el lugar y la duración del TF. Éste puede ser una silla en un lugar poco transitado (especialmente para niños pequeños), aunque es conveniente contar con una habitación en caso de que

el niño se levante repetidamente de la silla. La clave de la elección del lugar es que éste no sea divertido, que no haya elementos atractivos, como juguetes o televisión, y que sea un lugar seguro para el niño. En cuanto a la duración, el TF debe ser lo más breve posible. Se suele utilizar como regla general que, en niños pequeños (hasta cinco años), un minuto por año de edad es una duración adecuada. Entre cinco y ocho años, 10 minutos es una duración razonable, y a partir de nueve años puede utilizarse un máximo de 15 minutos. En cualquier caso, para salir del TF es necesario que el niño esté calmado al menos durante dos minutos.

3. Cuando se produzca la conducta problemática (v.g.: golpear objetos ante la frustración de tener que dejar de jugar para hacer los deberes) se le indicará al niño que, dado que esa conducta ha tenido lugar, de acuerdo con las reglas establecidas deberá ir en ese momento a TF. El niño puede ir solo a TF o puede acompañársele; de ser así, los adultos deben hacerlo calmadamente y en silencio.
4. Si el niño se resiste a ir a TF o discute sobre ello, la primera estrategia es ignorar estas conductas. Si persisten o se producen comportamientos agresivos, se añadirá un minuto más de duración, y esto se le hará saber al niño. Se seguirán añadiendo minutos hasta un máximo de cinco minutos «extra» si el niño sigue resistiéndose a ir a TF. Si añadiendo este tiempo el niño continúa resistiéndose, entonces se le dará un aviso señalándole que, si no va a TF en ese momento, esto tendrá consecuencias en forma de pérdida de privilegios (v.g.: «*Si no vas a TF ahora, no podrás jugar con la videoconsola hoy*»).
5. Durante el período de TF pueden producirse también comportamientos de escape (el niño se levanta de la silla o sale de la habitación antes de tiempo). Si esto ocurre, calmadamente se debe acompañar al niño a la silla o a la habitación. En caso de que se niegue a quedarse, se aplicará también un aviso sobre la consecuencia negativa que esto acarreará (v.g.: «*Si no te quedas en TF, no podrás ver la televisión durante todo el día*»). Si durante el TF el niño produjese desorden o daños en objetos, el niño será el responsable de reparar la situación.
6. Una vez que finalice el TF, el niño debe tener la oportunidad de volver a la situación original y los adultos deben estar atentos a su comportamiento para elogiarlo en el momento en que se produzca una conducta apropiada. El niño ya ha experimentado las consecuencias negativas de su conducta, de acuerdo con lo que se le había avanzado, de forma que se deben evitar reprimendas o reproches adicionales. El niño debe aprender que el comportamiento positivo recibe atención y aprecio por parte de los padres.

Los problemas que pueden aparecer con el TF son generalmente remontables con una planificación eficaz y una práctica adecuadamente guiada e implementada. Así, por ejemplo, es necesario subrayar a padres y/o profesores que el TF debe reservarse para

determinados tipos de conductas (dos o tres); los adultos incurren a veces en un uso excesivo del TF, de forma que los niños llegan a tener pocas oportunidades para mostrar un comportamiento positivo. Otro problema que debe evitarse es el reforzamiento inadvertido mientras el niño está en TF. Sin darse cuenta, algunos adultos interactúan con los niños cuando éstos protestan, o responden a las preguntas del niño («¿Aún no pasaron todos los minutos?», «¿Cuánto falta?»), o bien se acercan continuamente al lugar del TF para ver cómo se está comportando el niño. Estos pequeños detalles pueden ser muy reforzantes para los niños y restan eficacia a la técnica.

Finalmente, los terapeutas deben insistir en la necesidad de persistir y de mostrar consistencia a la hora de aplicar el TF. Muchos padres/profesores pueden verse desanimados en los primeros ensayos cuando el niño protesta o presenta un comportamiento muy alterado durante el TF. Ante este desánimo, se les debe persuadir de que el TF no es una solución mágica, pero que si se practica adecuadamente su efecto es muy duradero. Las técnicas de distracción, relajación y autocontrol para padres durante el TF pueden ser, en este sentido, muy convenientes. Es recomendable también que, en la medida de lo posible, haya consistencia en la aplicación del TF para un mismo tipo de conductas en diferentes situaciones, para potenciar la generalización de sus efectos. Así, por ejemplo, hay ocasiones en las que el TF puede aplicarse incluso en lugares públicos (v.g.: restaurantes, tiendas), haciendo salir al niño al coche o a un banco del parque. Incluso cuando esto no es posible, se le puede dar un aviso anunciándole que, de continuar con el comportamiento, habrá un TF al llegar a casa. El acuerdo entre las diferentes figuras que educan al niño es, de nuevo, un componente crucial. La consistencia a la hora de determinar qué conductas merecerán TF, cómo se aplicará, cómo se supervisará y cómo se apoyarán los diferentes adultos al administrar el TF es un requisito para el buen uso de este procedimiento.

El cuadro 9.3 muestra los aspectos más importantes para un uso eficaz del TF.

### CUADRO 9.3 Características fundamentales del TF

1. *Aplicaciones:* Conductas perturbadoras, especialmente conductas agresivas o destructivas, que es necesario detener de un modo inmediato.
2. *Procedimiento:*
  - ⇒ Determinar qué conductas se someterán a TF y establecer lugar y tiempo.
  - ⇒ Explicar la técnica al niño en un momento tranquilo.
  - ⇒ Al producirse la conducta problemática, enviar al niño a TF de un modo calmado y evitar reforzarle durante la aplicación de la técnica (evitar discutir, prestar atención).
  - ⇒ Si se presenta una resistencia continuada a ir a TF, incrementar el tiempo hasta 5 minutos más; si esto no funciona, emitir un aviso sobre otra consecuencia negativa (e.g., retirada de privilegios).
  - ⇒ Ante las protestas y otras conductas molestas durante el TF podrán aplicarse también retirada de

- privilegios.
- ⇒ Para finalizar el TF el niño habrá tenido que estar al menos dos minutos calmado.
- ⇒ Al finalizar el TF el niño volverá a la situación original y, cuanto antes, sus conductas positivas serán reforzadas.

3. *Consideraciones para una aplicación eficaz:*

- ⇒ Elegir sólo dos o tres conductas para la aplicación del TF.
- ⇒ No desistir ante las dificultades comportamentales que puedan surgir durante la aplicación de la técnica.
- ⇒ Considerar que el TF requiere un cierto número de ensayos para que el comportamiento negativo se reduzca.
- ⇒ No aplicar el TF si, con ello, el niño consigue escapar de una situación poco agradable.
- ⇒ Si es necesario, entrenar a los padres en tácticas de distracción y autocontrol para el uso del TF.
- ⇒ Aplicar el TF cuando se produzcan las conducta objetivo, en diferentes situaciones.
- ⇒ Aplicar el TF con coherencia y apoyo mutuo entre las diferentes figuras que educan al niño.

### **9.4.2. Coste de respuesta y retirada de privilegios**

El coste de respuesta consiste en la retirada de algún reforzador positivo cuando aparece la conducta que se quiere reducir o eliminar. Realizar la conducta supondrá perder tiempo de juego, tiempo de televisión, dinero de la paga u otro(s) reforzador(es) que sean apreciados para el niño. En general, se propone el coste de respuesta como una técnica a utilizar cuando otros procedimientos menos aversivos (v.g.: extinción, RD o incluso TF) no resultan eficaces. En cualquier caso, como todas las técnicas de reducción de conductas, el coste de respuesta deberá combinarse con procedimientos para potenciar conductas alternativas positivas. El coste de respuesta es una técnica rápida, que puede usarse temporalmente para reducir comportamientos indeseados, al tiempo que se fortalecen los comportamientos alternativos apropiados.

El uso más habitual de la técnica de coste de respuesta tiene lugar en el contexto de programas de economía de fichas, donde se manejan «puntos» canjeables por reforzadores tangibles (véase capítulo 10). Por ejemplo, en una clase se establece un sistema de ganancia de puntos por buenos comportamientos, y se determina que la realización de determinadas conductas (v.g.: molestar a otros compañeros mientras trabajan) supondrá la pérdida de un número específico de puntos. Los puntos se podrán canjear posteriormente por tiempo extra de juego, ver un vídeo que les gusta u otras actividades reforzadoras.

Para la aplicación de la técnica es necesario:

1. Informar al niño de cómo se va a aplicar la técnica: en qué condiciones y con qué comportamientos se va a producir el coste de respuesta. Es importante también que los niños conozcan cuántos puntos ganan y/o pierden en cada momento, y de cuántos puntos disponen.
2. El coste de respuesta puede aplicarse cuando el niño dispone de una cantidad

suficiente de reforzadores, de forma que la retirada pueda realizarse sin que el niño quede privado de ellos, o en «número rojos». A veces se utiliza el sistema de *prima de respuesta*: de entrada, se le proporcionan al niño un conjunto de fichas canjeables, y de ahí se van retirando fichas cuando el comportamiento negativo se produzca.

3. Puede no resultar sencillo determinar el «coste» específico que tendrá la conducta que queremos reducir. La pérdida de reforzadores debe ser sustancial, para tener efecto como reductor de conducta, pero no desproporcionada («más» no es necesariamente «mejor»), y debe poder aplicarse en sucesivas ocasiones, cuando la conducta negativa tenga lugar. Para establecer la cantidad de reforzadores a retirar se podrá ensayar con diferentes cuantías y registrar el resultado; si en los primeros ensayos se observa que la conducta no se reduce, se deberá aumentar el coste. Este incremento, de todas maneras, no debe ser gradual (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1983), ya que esto podría llevar a un efecto de habituación. Es preferible dejar unos días y volver a aplicar el coste de respuesta con una nueva magnitud, o bien realizar un incremento fuerte e inmediato, y, de nuevo, tomar nota de sus efectos.
4. La retirada de los reforzadores debe producirse de forma inmediata, pero, como siempre, procurando un tono emocional calmado, que no transmita crítica u hostilidad.

Un problema que puede generarse asociado al uso del coste de respuesta es la aparición de reacciones emocionales negativas (rabietas, explosiones de ira), como ocurre en otras técnicas de castigo. Cuando esto ocurre, la primera opción es ignorar, y si esto no es posible, por la magnitud de las reacciones, la aplicación de un coste de respuesta «extra» o la utilización de otras técnicas de castigo (v.g.: TF) generalmente resuelven satisfactoriamente el problema.

Al margen del uso en el marco de la economía de fichas, en las intervenciones con padres de niños con comportamiento perturbador es frecuente también la utilización de la retirada de reforzadores («coste de respuesta») en forma de «retirada de privilegios» (entendiendo como «privilegios» actividades o acontecimientos deseados para el niño). Así, ante comportamientos de desobediencia a instrucciones, o ante la infracción de reglas familiares básicas, una posibilidad es la de privar al niño de alguna actividad reforzante (jugar con la videoconsola, escuchar música, conectarse a Internet, ir a casa de Patri a jugar) durante un período determinado de tiempo. Un procedimiento habitual para aplicar la retirada de privilegios se presenta en el cuadro 9.4.

CUADRO 9.4  
Procedimiento de aplicación de la retirada de privilegios

1. Formular una instrucción («Ponte a hacer los deberes»).
2. Esperar durante 5-10 segundos.
3. Si el niño no obedece, darle un aviso: «*Si no haces los deberes ahora, te quedarás sin jugar con la videoconsola hoy*».
4. Esperar otros 5-10 segundos.
5. Si el niño no ha obedecido, indicarle la retirada del privilegio: «*Como no te has puesto a hacer los deberes, hoy no podrás jugar con la videoconsola*» (inmediatamente la videoconsola se guarda).
6. Se repite la instrucción y la secuencia anterior, utilizando un segundo privilegio (v.g.: «ver la televisión»).
7. Si la desobediencia persiste, se aplica la «retirada total de privilegios».
8. Cuando el niño haga aquello que se solicitó, saldrá de la «retirada total de privilegios». El primer y el segundo privilegio, con todo, sí son retirados como consecuencia de no haber seguido la instrucción en los primeros momentos.

Como se observa en el cuadro, la secuencia de aplicación sigue una estructura común para la aplicación de consecuencias negativas, incluyendo un aviso previamente a la retirada del reforzador. Como añadido, en este caso la instrucción se repite y, si de nuevo no se cumple, se retira un segundo privilegio. Si aun así persiste la conducta desobediente, se aplica la llamada «retirada de todos los privilegios», que consiste en privar al niño de las actividades reforzadoras más significativas (ver la televisión, escuchar música, salir a jugar, etc.). Estos privilegios se podrán recuperar cuando el niño siga la instrucción que se le ha dado. No obstante, los primeros dos privilegios se tendrán que retirar como consecuencia del incumplimiento las dos primeras veces. Se debe recordar también que, cuando se incumplen reglas básicas previamente establecidas y comunicadas a los niños, el castigo se aplica de forma inmediata, sin necesidad de aviso previo.

### 9.4.3. Saciación

Las técnicas de saciación consisten en la repetición de estímulos reforzadores o de respuestas hasta que dejan de resultar atractivos. De hecho, se distinguen dos modalidades: «*saciación de estímulo o de reforzador*» (administrar un reforzador repetidamente para que pierda su valor recompensante) y «*saciación de respuesta, práctica negativa o práctica masiva*» (hacer que el individuo repita la conducta que se quiere reducir hasta que resulte desagradable). Las características fundamentales de la saciación se presentan en el cuadro 9.5.

CUADRO 9.5

## Características fundamentales de la saciación como técnica de reducción de conductas

1. *Aplicaciones:* Tics, acumulación de objetos, conductas estimuladas por la curiosidad en niños pequeños, tabaquismo, etc.
2. *Procedimiento:*  
Puede adoptar dos modalidades:
  - ⇨ Administrar repetidamente un estímulo reforzador.
  - ⇨ Hacer repetir masivamente la conducta que se quiere reducir.
3. *Consideraciones para una aplicación eficaz:*
  - ⇨ Los efectos son rápidos, pero transitorios.
  - ⇨ Deben combinarse con el desarrollo de conductas alternativas deseables.
  - ⇨ Se evitará su aplicación en conductas peligrosas.

Sus ámbitos clásicos de aplicación son los tics (v.g.: hacer repetir voluntariamente un tic facial durante un período de 10 minutos), conductas de acumulación de objetos, conductas en niños pequeños que están promovidas por la novedad/curiosidad (v.g.: encender cerillas, manipular objetos nuevos en la casa) y el tabaquismo.

En la aplicación de la saciación, un aspecto importante a considerar es que es una técnica con efectos rápidos, pero transitorios. Por ello, resulta especialmente conveniente combinarla con técnicas de promoción de conductas alternativas deseables.

### 9.4.4. Sobrecorrección

En lo básico, la técnica de la sobrecorrección consiste en hacer que la persona remedie (en exceso) las consecuencias negativas que haya causado su conducta. No obstante, también aquí se distinguen dos procedimientos: 1) hacer que la persona repare (con creces) las consecuencias negativas de su conducta (v.g.: Alejandro desordena su habitación, y, como castigo, deberá ordenar la habitación y, además, la sala de estar); a esto se llama «*sobrecorrección restitutiva*»; 2) hacer que la persona realice repetidamente una conducta apropiada, incompatible con la conducta que se quiere reducir (v.g.: Sandra se niega a dedicar 10 minutos a hacer los ejercicios de Matemáticas; como consecuencia, deberá dedicar media hora a hacer ejercicios de Matemáticas y Lengua); este procedimiento lleva el nombre de «*práctica positiva*». Un principio importante en la sobrecorrección es que las consecuencias sean, de alguna manera, «lógicas», es decir, relacionadas con la conducta que se quiere eliminar. Será poco razonable, por ejemplo, que, como consecuencia de negarse a hacer los ejercicios de Matemáticas le pidamos al niño lavar el coche tres veces. De hecho, la relación «lógica» entre las conductas y las consecuencias hacen que la técnica de la sobrecorrección evoque menos reacciones negativas (protestas, agresión) que otras técnicas de castigo

como el coste de respuesta o el TF.

Campos de aplicación usualmente asociados a la sobrecorrección son los comportamientos perturbadores, los comportamientos estereotipados (v.g.: conductas autoestimulatorias en niños con psicosis o dificultades cognitivas) y problemas en el control de esfínteres. Así, el llamado *entrenamiento en cama seca*, utilizado para el tratamiento de la enuresis, incluye procedimientos de sobrecorrección: levantarse repetidamente para ir de la cama al baño y restaurar la situación una vez que el niño orina en la cama.

La forma de aplicación de la sobrecorrección sigue, esencialmente, la misma pauta que la implementación de otros procedimientos de castigo: Cuando el niño desobedece una instrucción, se le da un aviso («si no haces X, entonces tendrás que Y»). Si, tras 5-10 segundos de espera, el niño desatiende el aviso, se aplica la sobrecorrección de forma inmediata. Si el niño aún se niega a realizar la sobrecorrección inmediatamente, se añadirá más tiempo (o más tareas) a la sobrecorrección (v.g.: «Como no te has puesto a ordenar la habitación, tendrás que ordenar el estudio, además de la sala»). En caso de que la negativa continúe podría aplicarse la retirada total de privilegios, tal y como se explicó en el apartado anterior.

En cuanto el niño esté realizando la actividad sobrecorrectora se debe adoptar una postura neutra, sin reproches ni reprimendas («Siempre hay que castigarte para que hagas las cosas»), pero también sin refuerzos positivos. La aplicación de la sobrecorrección, de nuevo, ha de implicar consistencia y apoyo entre los adultos que están educando al niño, y la técnica ha de poder ser aplicada en diferentes situaciones cuando se produzca el mismo tipo de conductas. Además, como en otros procedimientos de castigo, la técnica tendrá efectos más potentes si se combina con el reforzamiento de conductas alternativas cuando la persona no esté en el período de corrección. En el cuadro 9.6 se presentan las características fundamentales de la sobrecorrección como procedimiento para la reducción/eliminación de conductas.

#### CUADRO 9.6

##### Características fundamentales de la sobrecorrección como técnica de reducción de conductas

- 1 *Aplicaciones:* Comportamientos perturbadores, estereotipias, control de esfínteres.
- 2 *Procedimiento:*  
Puede adoptar dos modalidades, combinables entre sí:
  - ↪ Restituir, con creces, los daños causados por la conducta negativa.
  - ↪ Practicar repetidamente la conducta apropiada.
- 3 *Consideraciones para una aplicación eficaz:*
  - ↪ Aplicar conductas sobrecorrectoras que tengan cierta relación «lógica» con la conducta a reducir.

- ⇒ Aplicar la sobrecorrección de forma inmediata y con consistencia por parte de diferentes personas y en diferentes situaciones.
- ⇒ Su aplicación requiere tiempo, por lo que ha de valorarse cuidadosamente su viabilidad.
- ⇒ Combinar con técnicas de desarrollo y promoción de conductas positivas alternativas.

En general, se considera que la sobrecorrección tiene efectos relativamente rápidos y que pueden ser duraderos. Además, el hecho de que la consecuencia esté relacionada con la conducta a eliminar le añade un valor educativo que muchos padres y profesores aprecian, y esto es algo relevante en la terapia infanto-juvenil, ya que facilita la adherencia al procedimiento. La realización de la conducta correctora, que en sí es una conducta positiva, deseable, puede tener incluso efectos positivos de modelado sobre otros niños que observen la situación.

Con todo, a la hora de aplicar la sobrecorrección también es necesario tener en cuenta que es una técnica que requiere tiempo para su aplicación y su supervisión, por lo que la viabilidad de su aplicación debe valorarse en función de la disponibilidad de tiempo por parte de los adultos que estén a cargo del niño.

#### **9.4.5. Principios importantes al aplicar el castigo**

A lo largo de las páginas anteriores se han puesto de manifiesto, de un modo más o menos explícito, ciertas directrices comunes a la aplicación de procedimientos de castigo. Estos principios deben ser tenidos en cuenta siempre que, en la intervención sobre problemas de comportamiento infanto-juvenil, se decida recurrir al castigo como técnica de reducción de conductas.

##### **1. Inmediatez**

Los castigos han de aplicarse de forma inmediata, de forma que los niños perciban el nexo que existe entre su conducta y la consecuencia. Aplicar castigos de forma retardada (v.g.: Ana, de seis años, destroza los juguetes y su padre aplica como consecuencia no poder ir a la fiesta de cumpleaños de su amigo que tendrá lugar dentro de 10 días) es una forma muy poco eficaz de aplicar consecuencias negativas. Esto es especialmente importante en niños pequeños, pero incluso en niños mayores la inmediatez debe maximizarse.

##### **2. Magnitud y duración del castigo apropiados a la edad y proporcionales a la gravedad de la conducta**

El castigo debe tener suficiente intensidad para servir como modificador del comportamiento negativo. No obstante, la determinación de su intensidad y su duración debe ser adecuadamente guiada por el terapeuta. Padres y profesores pueden tener la expectativa de que los castigos deben ser, invariablemente, duros para que el niño

aprenda. O, al contrario, pueden percibir que cualquier castigo es una opción demasiado «cruel» para los niños y, finalmente, se ven incapaces de aplicarlo. La magnitud del castigo deberá ajustarse según la edad del niño (dejar a un niño sin poder salir al parque durante una semana es excesivo para un niño de cuatro años) y a la gravedad de la conducta (dejar a un niño de siete años sin televisión durante 10 días por haber molestado con ruidos durante la cena es claramente desproporcionado). En todo caso, se preferirán los castigos cortos. Los castigos demasiado largos dejan al niño sin oportunidades para mostrar un buen comportamiento, recibir atención por la buena conducta y revertir el ciclo de comportamientos perturbadores.

### **3. Firmeza y consistencia**

La necesidad de ser firme y consistente a la hora de aplicar el castigo ha sido remarcada ya en varias ocasiones. Es esperable que, ante las primeras aplicaciones del castigo, los niños intenten explorar los límites y prueben si realmente los adultos van a aplicar las consecuencias negativas en todas las ocasiones. Los adultos deben estar preparados para ello, y dispuestos a ignorar las protestas y discusiones que los niños pueden iniciar cuando se aplica el castigo. Del mismo modo, la consistencia entre los diferentes agentes de cambio y la consistencia a la hora de aplicar el castigo en diferentes situaciones son, como hemos visto, elementos muy importantes para garantizar la eficacia en la reducción de la conducta.

### **4. Reglas y utilización de señales de aviso**

El castigo ha de procurar promover la responsabilidad de los niños. Éstos deben percibir que el castigo no es una reacción caprichosa ni momentánea de los padres, sino que es la consecuencia de su comportamiento, a partir de ciertas reglas conocidas; los niños deben percibir que tienen la opción de emitir un comportamiento negativo (y por tanto, recibir castigo) o no hacerlo. Para ello, el uso de reglas es una estrategia importante para el cambio de conductas en casa o en la escuela. Los niños deben saber cuáles son las reglas básicas y deben saber qué consecuencias acarreará el incumplimiento de esas reglas. Por otra parte, cuando el castigo se aplica como consecuencia de la desobediencia a una instrucción específica (no una regla básica), hemos visto que se recomienda el uso de avisos: «*Si no te lavas los dientes ahora, entonces no vamos a leer el cuento*». El uso de avisos contribuye a que el niño perciba que puede decidir entre recibir el castigo o no, dependiendo de su comportamiento, y, además, con la aplicación repetida del castigo la propia señal de aviso podrá hacer que cese la conducta inapropiada.

### **5. Aplicar el castigo sin hostilidad**

Aunque esto puede resultar difícil, especialmente cuando el comportamiento a reducir

es muy molesto o peligroso, el castigo debe ser aplicado sin transmitir claves de enfado, con un tono de voz calmado, transmitiendo que la aplicación del castigo es algo previsible, en función de las normas establecidas, y que no responde al enfado transitorio del adulto.

## **6. Borrón y cuenta nueva**

Una vez que el niño cumple con la consecuencia negativa que le hemos asignado, debe tener la oportunidad de comportarse adecuadamente, volviendo a la situación original y, sin recibir comentarios negativos, poder desempeñar una conducta apropiada, que debe ser reforzada por los adultos. Si el niño ha recibido la consecuencia negativa de su conducta, ese debe ser un capítulo cerrado, y el desarrollo de comportamientos apropiados, con técnicas basadas en el reforzamiento positivo, debe ser prioritario (véase capítulo 8).

Como hemos visto, existe un abanico relativamente amplio de posibilidades para aminorar o eliminar los comportamientos poco deseables. Estas técnicas siempre serán preferidas al castigo físico. El uso del castigo físico debe evitarse por varias razones. Por una parte, generalmente responde al enfado de los adultos (que puede estar motivado por el comportamiento del niño y/o por muchas otras circunstancias); con el uso del castigo físico los niños aprenden que las consecuencias de su conducta tienen que ver, sobre todo, con el nivel de ira de adultos, y no tanto con su conducta. Además, el uso del castigo físico provoca que los niños tiendan a evitar al adulto que castiga, lo cual no favorece en absoluto la red de interacciones positivas, necesarias para un buen manejo del comportamiento infantil. A esto hay que añadir que el castigo físico está modelando la agresión física, más que los comportamientos prosociales a la hora de resolver conflictos. Por otra parte, el castigo físico puede tener efectos negativos sobre el desarrollo emocional de los niños, incluyendo dificultades en el desarrollo de la autoconfianza (Martin y Pear, 2007; Webster-Stratton, 2002).

Existen diferentes recursos alternativos al castigo físico. Pero, en todo caso, recordemos que los procedimientos de reducción del comportamiento siempre deben ser menos utilizados que las estrategias de la promoción de comportamientos positivos. Asimismo, de acuerdo con la filosofía «piramidal» que presentan los programas de intervención con padres y profesores, estas técnicas tendrán una eficacia óptima cuando se asientan en un «capital» de interacciones positivas entre los adultos y los niños (Romero et al., 2014). Por ello, aun cuando la meta fundamental sea la reducción de conductas, las intervenciones deben insistir en potenciar las relaciones gratificantes y el refuerzo de los comportamientos apropiados.

## **9.5. RECURSOS**

## Lecturas recomendadas

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

De un modo sistemático y secuencial, el libro enseña a los padres el buen uso de las técnicas más utilizadas para la reducción de conductas, en el contexto de la intervención sobre problemas de comportamiento disruptivo. El libro incluye material valioso (v.g.: esquemas, cuestionarios) para una adecuada comprensión de los principios que subyacen al cambio de conducta, y para una aplicación eficaz.

**Labrador, F. J. (2010).** *Técnicas operantes II: Reducción de conductas*. En F. J. Labrador (coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 313-338). Madrid: Pirámide.

Este capítulo, dedicado a las técnicas operantes, revisa de un modo detallado y bien estructurado los principios, aplicaciones y pasos para la aplicación de las distintas técnicas para la reducción de conductas. Aunque el capítulo no se centra específicamente en la aplicación en terapia infanto-juvenil, la utilización de cuadros y diagramas facilita la comprensión de las claves más importantes para la implementación de estas técnicas en diferentes contextos y poblaciones.

**Martin, G. y Pear, J. (2007).** *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (8.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Prentice-Hall.

Este manual ofrece buenos capítulos, muy comprensibles y con abundantes ejemplos, sobre el uso de las principales técnicas de reducción de estímulos abordadas en páginas anteriores: reforzamiento diferencial (capítulo 7), extinción (capítulo 4) y castigo (capítulo 13).

**Olivares, J. y Méndez, F. X. (2010).** *Técnicas de modificación de conducta* (6.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.

Dentro de la presentación de las principales técnicas de modificación de conducta, el capítulo dedicado a Técnicas Operantes (cap. IV) desarrolla de un modo claro y bien estructurado las técnicas de reducción/eliminación de conductas: reforzamiento diferencial, extinción, coste de respuesta, tiempo fuera, saciación y sobrecorrección.

**Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A. y Robles, Z. (2014).** *EmPeCemos. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles*. Madrid: TEA.

En este manual para el entrenamiento de padres, varias secciones se dedican a técnicas de reducción de conducta, incluyendo extinción (ignorar), TF y coste de respuesta/retirada de privilegios. El libro ofrece instrucciones detalladas y material

práctico para la implementación de estas técnicas con padres de niños con comportamiento perturbador.

## 9.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martin, G. y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla* (8.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- McMahon, R. J. y Forehand, R. L. (2003). *Helping the noncompliant child. Family-based treatment for oppositional behavior*. Nueva York: Guilford.
- Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A. y Robles, Z. (2014). *EmPeCemos. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles*. Madrid: TEA.
- Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G. R. (1985). *Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes*. México: Trillas.
- Webster-Statton, C. (2002). *Incredible Years: A comprehensive course divided into three programs for school-age children*. Seattle, Washington: Incredible Years Press.

# 10. SISTEMAS DE ORGANIZACIÓN DE CONTINGENCIAS: ECONOMÍA DE FICHAS Y CONTRATO CONDUCTUAL

M.<sup>a</sup> ISABEL COMECHE MORENO Y MIGUEL ÁNGEL DÍAZ SIBAJA

## 10.1. INTRODUCCIÓN

Las intervenciones que se realizan en el ámbito infanto-juvenil requieren, con frecuencia, considerar de forma simultánea diversas conductas objetivo, fomentando la ocurrencia de unas, las adecuadas, y disminuyendo o eliminando la aparición de las inadecuadas. Esto supone la reorganización simultánea de las contingencias de reforzamiento que están manteniendo la ocurrencia, o la ausencia, de dichas conductas. Para facilitar esta tarea de forma estructurada y sistemática, el terapeuta puede valerse de dos diferentes sistemas de organización de contingencias: la economía de fichas y los contratos conductuales. Estos procedimientos utilizan básicamente estrategias de reforzamiento (por la emisión de las conductas que se quiere fomentar), que pueden ser combinadas y complementadas, cuando se considere conveniente, con procedimientos de castigo negativo, normalmente el coste de respuesta, por la ocurrencia de las conductas que se quiere eliminar.

Aunque, como se verá a continuación, cada uno de estos procedimientos tiene sus peculiaridades, los dos comparten la posibilidad de ser utilizados en una amplia variedad de contextos y en un amplio rango de edad; los límites de su aplicación vienen dictados básicamente por el nivel de comprensión del menor de las normas que en el programa se establecen. En este sentido, cabe señalar que la facilidad de plasmar de forma gráfica las condiciones de una economía de fichas hace que sea un procedimiento que se pueda utilizar desde edades muy tempranas. Por el contrario, el contrato conductual requiere que las partes implicadas (en este ámbito niño/s y padres, cuidadores o profesores) sepan leer y entender los términos que en dicho contrato se especifican, por lo que su aplicación está más indicada con niños mayores y con adolescentes.

## 10.2. ECONOMÍA DE FICHAS

Ayllon y Azrin (1968) idearon este procedimiento, hace ya casi 50 años, para motivar a los pacientes mentales institucionalizados a realizar una serie de conductas deseables.

La eficacia del método en ese ámbito promovió su aplicación a nuevos grupos y contextos (v.g.: escuela, familia), consolidándose finalmente como una de las estrategias más útiles en el ámbito infanto-juvenil para motivar al menor a realizar conductas adecuadas.

Se trata de un procedimiento basado en técnicas operantes (sobre todo en el uso del reforzamiento) y que es, en esencia, bastante simple: cuando el niño realiza la conducta adecuada recibe por ello una o varias fichas (reforzadores generalizados), que posteriormente podrá canjear por alguno de los premios (reforzadores primarios) que previamente se hayan seleccionado. En el mismo programa también pueden incluirse condiciones de castigo negativo contingentes a la emisión de la conducta inadecuada (aunque no es recomendable abusar de ello). Para este fin puede utilizarse el coste de respuesta, perdiendo alguna/s de las fichas previamente ganadas, o el tiempo fuera, estableciendo un período durante el que no se pueden canjear fichas por premios.

La aplicación de estas técnicas operantes, organizadas y estructuradas en un programa o sistema de economía de fichas, ofrece más ventajas que el uso de estos procedimientos de forma aislada o no sistemática. Entre las posibles ventajas se citan a continuación algunas de las más relevantes para las intervenciones en el ámbito infanto-juvenil:

- ⇒ La posibilidad de dispensar el reforzador justo cuando se da la conducta adecuada, sin necesidad de interrumpirla. Por ejemplo, si se da una ficha por cada tarea escolar que realiza el menor, se motiva su tarea de estudio sin interrumpirle; luego, cuando acaba los deberes, puede canjear las fichas obtenidas por una actividad reforzante, como tiempo de juego en el ordenador.
- ⇒ La ficha, al tener una base física, tiene un efecto motivador a medio y largo plazo, ya que el niño la tendrá hasta que la cambie por otro reforzador. Además, el propio hecho de juntar o reunir las fichas (cartulinas, puntos, estrellas, etc.) es en sí un aliciente para el menor.
- ⇒ El uso de las fichas permite cuantificar los reforzadores, de modo que el niño aprende a identificar el valor de realizar la conducta adecuada y de los premios que recibe.
- ⇒ Al poder cambiar las fichas por distintos reforzadores se evitan los problemas de saciación y, de forma simultánea, se respetan e identifican las preferencias de cada niño, algo especialmente importante cuando la economía se realiza en grupo.

En la aplicación práctica del procedimiento, las posibles variaciones en la cuantificación y selección de las conductas y de los reforzadores, para adaptarse a las características de cada caso, hacen que cada economía de fichas sea única, por lo que para su diseño se requiere un adecuado conocimiento de las características y procedimiento a seguir.

## 10.2.1. Procedimiento de aplicación de un programa de economía de fichas

Para instaurar un programa de economía de fichas se hace necesario seguir una secuencia de tareas, que habitualmente se estructuran en las tres fases que se explican a continuación.

### 10.2.1.1. Fase de diseño de la economía

Antes de poner en marcha una economía de fichas es imprescindible seleccionar los elementos que componen el programa (conductas, fichas y reforzadores) y definir las reglas de su aplicación. Veamos cada uno de estos aspectos:

**Conductas a modificar.** En primer lugar se deben seleccionar las conductas-objetivo a incluir en el programa, identificando y definiendo de manera clara y precisa aquellos comportamientos que se quieren modificar. Esta selección deberá ser acordada entre el terapeuta y los agentes que solicitan la ayuda (padres, profesores, etc.), teniendo siempre presente la conveniencia de seleccionar conductas que puedan seguir siendo reforzadas una vez finalizado el programa y, por tanto, puedan mantenerse como parte del repertorio habitual del menor. En todo caso, debe tratarse de conductas que el niño sepa ya realizar, aunque no lo haga con asiduidad, ya que lo que se pretende con el programa es, precisamente, motivarle a realizar con frecuencia esos comportamientos, de modo que queden consolidados en su repertorio. Siempre que sea posible, hay que procurar formular las conductas en términos positivos, como comportamientos a fomentar (v.g.: llevar la muda al cesto de la ropa sucia, prestar atención a las explicaciones del profesor, etc.), en vez de hacerlo en términos negativos como conductas a eliminar (v.g.: dejar la muda tirada en la ducha, distraerse mientras el profesor explica, etc.).

**Fichas a ganar** (o perder). Se debe seleccionar un soporte físico que represente las fichas o puntos a ganar. Puede servir cualquier tipo de ficha propiamente dicha, o bien otros soportes que pueda resultar atractivos para los pequeños que participan en el programa (cartulinas con puntos, estrellas, pegatinas, etc.). Si se utiliza un soporte fácil de obtener (y falsear), es importante que los padres o profesores validen cada una de las fichas o puntos que entregan (v.g.: con su firma, con el sello del centro escolar, etc.). Cuando la edad y nivel de comprensión de los participantes lo permita, pueden incluirse fichas de diversos valores (v.g.: en función de su tamaño o color).

**Reforzadores.** Son los premios por los que el niño podrá cambiar las fichas o puntos ganados. Es conveniente incluir variedad de reforzadores, incluyendo tanto premios tangibles (v.g.: juguetes, cuentos, cromos, etc.) como reforzadores de actividad (v.g.: ver la televisión, salir al recreo, jugar al ordenador, etc.). Al seleccionar los reforzadores hay que intentar asegurarse de su potencial valor reforzante, algo que es mucho más sencillo en intervenciones individualizadas que cuando el programa se aplica a un grupo de

menores, como suele suceder en el ámbito escolar. En este caso, la diversidad de reforzadores que se ponen a disposición debe ser amplia, para asegurarnos, dentro de lo posible, que todos los participantes van a encontrar algún premio apetecible por el que canjear sus puntos. En todo caso, la asignación del valor de los premios dependerá de diferentes parámetros (v.g.: disponibilidad en el medio, coste real del refuerzo material, esfuerzo requerido para realizar la actividad, etc.), así como de su eficacia para controlar la conducta del niño. Otro aspecto importante a considerar en esta selección es que los reforzadores incluidos en el programa no puedan ser conseguidos por el niño por vías alternativas.

**Reglas y condiciones de aplicación.** Una vez definidos y seleccionados los elementos previos, es necesario especificar claramente las reglas o normas de aplicación del programa. Lo primero será concretar el número exacto de fichas (o puntos) que el niño ganará por la emisión de cada una de las conductas adecuadas incluidas en el programa y, si procede, las que perdería en el caso de emitir las conductas inadecuadas. Junto a ello es imprescindible establecer el valor de cada uno de los reforzadores por los que podría canjear sus fichas, procurando fijar valores que guarden un equilibrio con las posibles fichas ganadas (equilibrio entre los ingresos y los gastos).

Un aspecto relevante que también debe quedar claramente especificado es en qué momento se va a hacer la entrega de las fichas, así como los períodos en los que el niño podrá realizar el canje de los puntos por los reforzadores. Al inicio del programa es conveniente que la entrega de las fichas se realice lo más cercana posible a la emisión de la conducta-objetivo; luego, con el avance del programa, como más adelante se detalla, este plazo deberá irse alargando.

Finalmente, y dependiendo del ámbito de aplicación de la economía, quedaría por especificar la persona o personas encargadas de entregar la ficha y de controlar el acceso y disfrute de los reforzadores. En la escuela, esta tarea suele ser realizada por los profesores en clase u otros cuidadores en los recreos o las horas de las comidas; en el hogar, los encargados suelen ser los padres, aunque podría ser necesario incluir a otros posibles cuidadores.

En algunos contextos, sobre todo cuando se trabaja con niños muy pequeños o con deficiencias intelectuales, puede ser conveniente incluir una fase previa al inicio del programa, para que el menor entienda el valor de la ficha, fase que suele conocerse como de «*muestra de la ficha*». El procedimiento de muestreo consiste en entregar alguna ficha de manera gratuita al niño, es decir, independientemente de la conducta que haya tenido, e inmediatamente después cambiársela por un reforzador que haya demostrado ser eficaz para ese niño. El intercambio debe acompañarse de verbalizaciones del tipo: «*esta ficha puedes cambiarla por...*», de modo que el menor entienda que ese trozo de cartón (papel, plástico, o lo que sea) tiene un valor de intercambio. En estos casos es totalmente imprescindible que los primeros intercambios de fichas por reforzadores se hagan de forma inmediata.

### 10.2.1.2. Fase de aplicación del programa

Una vez acordados los elementos del programa, así como las normas que lo regulan, podrá iniciarse la fase de su aplicación, propiamente dicha. Para ello, debemos comenzar por explicar al niño de manera clara, precisa y concreta qué conductas son las que deseamos que realice (v.g.: lavarse las manos antes de comer, cepillarse los dientes después de cenar) y la cantidad de fichas o puntos que obtendrá cada vez que lo haga. En el caso de que el programa incluya un coste de respuesta, se deberá explicar (también de forma clara, precisa y concreta) cuáles son los comportamientos que generarán una pérdida de fichas (v.g.: sentarse a la mesa con las manos sucias) y la cuantía de esa pérdida. Cuando el programa se aplique a niños muy pequeños, deberemos asegurarnos, mediante una fase de muestreo preprograma, de que realmente las fichas han adquirido el valor de refuerzos generalizados. Asimismo, se les explicará cuáles serán los premios o reforzadores que pueden conseguir y el número de fichas que necesitan en cada caso.

Para facilitar el conocimiento y cumplimiento del programa es conveniente reflejar por escrito los elementos de la economía acordada, entregando una copia de todo ello a cada uno de los implicados (niño/s y padres o profesores). Según el contexto y edad de los participantes, esto puede hacerse mediante un cartel que se sitúe en un lugar visible por todos (en casa, en el aula) o mediante tarjetas individuales que el menor pueda entender y manejar fácilmente. Asimismo, suele ser de utilidad elaborar un registro (individual o grupal, según proceda) donde se vaya anotando el número de fichas ganadas, las canjeadas así como las perdidas, en el caso de que el programa incluya coste de respuesta.

En el proceso de aplicación del programa es necesario tener en cuenta algunas precauciones relevantes, tanto para la entrega de las fichas como para su intercambio por los reforzadores. Así, y puesto que los momentos iniciales del programa son decisivos para motivar la participación de los menores, es conveniente comenzar haciendo que la *entrega de fichas* sea generosa; es decir, que se requiera poco esfuerzo para conseguir la ficha. Además, todas las emisiones de la conducta-objetivo deben ir seguidas de la entrega de las fichas correspondientes (reforzamiento continuo). En un sentido similar debe abordarse el intercambio o *canje de las fichas* por el reforzador, por lo que al inicio del programa conviene que el intercambio de las fichas por los reforzadores se realice sin apenas demora y, además, que el niño pueda conseguir los refuerzos con un número relativamente bajo de fichas.

Según avanza el programa, y la emisión de las conductas deseables se va haciendo más frecuente, se deberán ir introduciendo modificaciones progresivas en las contingencias de reforzamiento, adoptando alguna (o varias) de las cuatro medidas siguientes: 1) reduciendo paulatinamente el número de fichas a ganar por cada conducta-objetivo que realice el niño; 2) exigiéndole que vaya emitiendo más conductas deseables para conseguir las fichas; 3) incrementando poco a poco el número de fichas requeridas

para conseguir un reforzador; 4) ampliando progresivamente el tiempo entre la entrega de las fichas y el momento del intercambio por el reforzador.

En el caso de que se observe que la frecuencia de las conductas-objetivo comienza a disminuir, habrá que plantearse la posibilidad de que el niño se hubiera saciado, por haber adquirido un gran número de reforzadores, o bien que estuviera acumulando fichas para cambiarlas por un reforzador de un valor muy elevado. Para paliar este problema es recomendable incluir dos tipos de reforzadores: unos que sirvan para adquirir refuerzos a corto plazo, que requerirán pocas fichas (v.g.: tiempo extra de recreo, ver la televisión, etc.), y otros para la obtención de refuerzos a largo plazo, que precisarán un gran número de fichas (v.g.: hacer una excursión).

### 10.2.1.3. Finalización del programa

Una vez instauradas y fortalecidas las conductas que se plantearon como objetivos, el paso siguiente será el de transferir el control de dichas conductas a las condiciones normales en las que se dará el comportamiento del niño. De esta forma, se irán retirando progresivamente las fichas y se sustituirán por los reforzadores naturales que estén disponibles en el medio en el que la conducta deberá mantenerse.

El desvanecimiento del programa se conseguirá mediante la modificación progresiva y sistemática de los parámetros que ya se habrán comenzado a manipular a lo largo del programa: reducción del número de fichas que se dan por cada conducta; incremento del criterio para obtener cada ficha; aumento del número de fichas necesarias para ganar reforzadores; incremento del tiempo entre la entrega de las fichas y la posibilidad de cambiar éstas por refuerzos.

Un aspecto que adquiere gran importancia a lo largo del programa, y especialmente en esta fase final, es el reforzamiento social. Es muy importante acompañar la entrega de fichas con frases reforzantes para el menor, de modo que se hagan explícitos aspectos como la satisfacción por el cumplimiento del programa o el reconocimiento del esfuerzo que está haciendo el niño. Es decir, alabanzas o elogios adecuadamente contextualizados, que, a la larga, se deben convertir en uno de los principales mantenedores de la conducta adecuada.

### 10.2.2. Aplicaciones prácticas de la economía de fichas

En la literatura se encuentran numerosas referencias de aplicaciones prácticas de la economía de fichas, tanto a nivel grupal como en intervenciones terapéuticas individualizadas. A continuación veremos algunos ejemplos del uso de este procedimiento en los dos contextos en los que con más frecuencia se utiliza en el ámbito infanto-juvenil, el hogar y la escuela.

### 10.2.2.1. Economía de fichas en el hogar

Las aplicaciones de la economía de fichas en el hogar suelen realizarse mediante intervenciones individualizadas, en las que esta técnica se integra con los demás procedimientos utilizados. Ejemplos de ello pueden encontrarse en diversos estudios de caso único publicados en nuestro país, en los que se describe el empleo de este procedimiento con diferente grado de detalle, pero siempre adecuadamente encuadrado en el ámbito de la intervención global realizada con el menor. Así, Bragado (2008) detalla el caso de un niño de 11 años con un problema de encopresis retentiva secundaria, caso en el que la economía de fichas se utilizó para motivar al menor a vaciar el intestino en el váter; por dicha conducta recibía los puntos estipulados, que luego podía canjear por reforzadores valorados por él, como jugar al parchís, comprar tebeos o ir al cine. Igualmente puede consultarse un ejemplo de utilización de un programa de economía de fichas en el caso de un niño de 5 años con problemas para ingerir alimentos sólidos (Cobos, Gavino y Romero, 2008). Un ejemplo muy detallado de cómo intervenir mediante economía de fichas en un caso de conductas disruptivas en el hogar en un niño de 13 años puede consultarse en Froján, Calero y Montaña (2008). Finalmente, citar los contenidos de la sesión 8 del Programa EDUCA, Escuela de padres (Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García, 2009), en la que se revisa la aplicación de la economía de fichas en el ámbito familiar, aportándose el material necesario para ponerlo en práctica, así como diversas ideas para elaborar fichas a modo de «*dinero de curso familiar*».

Para ilustrar algunos de los detalles del uso de la economía de fichas en este ámbito se describe a continuación la intervención realizada en el caso de un niño de 9 años, con diversos problemas de comportamiento en el hogar. La economía de fichas se instauró inicialmente para conseguir dos de los objetivos priorizados por los padres: orden en la habitación del menor y fomento de los cuidados básicos de su aseo personal. En ambos casos, las conductas-meta señaladas por los padres estaban formuladas en términos muy genéricos, por lo que fueron descompuestas en conductas concretas fácilmente identificables tanto por el niño como por sus padres, como puede verse en el cuadro 10.1. Dadas algunas características del caso (padres muy coercitivos y bajo estado de ánimo del menor) no se consideró adecuado incluir en la economía ningún tipo de penalización por la no realización de dichas conductas, fomentando con ello la extinción del comportamiento a eliminar en vez de las interacciones punitivas (regañinas, amenazas, castigos) habituales hasta ese momento.

CUADRO 10.1  
Ejemplo de aplicación de una economía de fichas en el hogar

TAREA	CONDUCTA	PUNTOS GANA	FRECUENCIA	PREMIO	PRECIO
-------	----------	----------------	------------	--------	--------

Ordenar la habitación	<i>Hacer cama</i>	3	Diaria	Ver televisión	1 c/30'
	<i>Ropa sucia al cesto</i>	1		Jugar a la Play	1 c/30'
	<i>Juguetes al cajón</i>	1		Bajar al patio	2
	<i>Zapatos al zapatero</i>	1		Papá o mamá lee un cuento	2
	<i>Mochila al armario</i>	1	Semanal	Chucherías	4
	<b>TOTAL</b>	<b>7</b>		Jugar en casa de un amigo	4
Aseo Personal	<i>Ducha</i>	5		Ir al parque	5
	<i>Dientes tras desayuno</i>	2	Quincenal	Montar en bici	12
	<i>Dientes tras comida</i>	2		Peli de vídeo	12
	<i>Dientes tras cena</i>	2	Mensual	Dormir con amigo	20
	<i>Manos antes comer</i>	1		Ir al cine	24
	<i>Manos antes cenar</i>	1	Final	Deportivas	100
	<b>TOTAL</b>	<b>13</b>		Parque atracciones	150

El número de puntos a recibir por cada una de las conductas estipuladas fue fijado inicialmente con los padres y posteriormente acordado con el menor, en una sesión conjunta. De forma paralela, los premios concretos por los que el niño podía canjear los puntos ganados, así como el valor de cada premio y su frecuencia de intercambio, fueron fijados inicialmente por los padres (siguiendo costumbres y usos normales en su familia) y posteriormente acordados en la sesión conjunta con el niño.

Ambos padres estuvieron de acuerdo en los detalles de la aplicación del programa, aunque realmente era la madre la que pasaba más horas con el menor y, por tanto, la que habitualmente se encargaba de controlar tanto la entrega como el canje de los puntos.

La aplicación de la economía tuvo una duración total de 4 meses, período en el que se fueron realizando diversas modificaciones secuenciales del programa. Por ejemplo, al mes de iniciada su aplicación la conducta-meta de ordenar la habitación se había conseguido en su totalidad (las 5 conductas-objetivo) en 3 de las 4 semanas. Por ese motivo, se decidió iniciar la fase de desvanecimiento de esta conducta-meta,

incrementando por una parte las exigencias (ahora sería necesario emitir las 5 conductas concretas para conseguir los 7 puntos) y por otra la demora del refuerzo (estos puntos sólo podrían canjearse por premios mensuales o acumularse para el premio final). De forma paralela, se iban incluyendo las siguientes conductas-objetivo, por las que el menor podía ir consiguiendo nuevos puntos, canjeables por reforzadores de intercambio diario o semanal.

#### 10.2.2.2. Economía de fichas en el aula

En este segundo ejemplo, la economía de fichas fue aplicada a un grupo de niños de tercero de primaria (7-8 años). Dada la edad de los niños, se consideró que no sería necesario aplicar una fase previa de muestreo de la ficha, y que con la simple descripción del procedimiento al grupo y una serie de tareas previas que se realizaron en el aula (elaboración de carteles con los detalles de la economía para decorar la clase y una tarjeta-resumen para cada uno de los niños) sería suficiente.

La profesora comenzó explicándoles que a partir de ese momento, y mientras durase el programa (los próximos tres meses), iban a recibir una serie de puntos por cada una de las conductas que se consideraban apropiadas. Dichas conductas fueron detalladas (e incluidas tanto en el cartel como en la tarjeta-resumen), explicitándose las fichas que podrían ganar por la realización de cada una de ellas, los premios o privilegios por los que podrían cambiar las fichas conseguidas, así como las fichas que perderían si realizaban las conductas inadecuadas, a eliminar.

Puesto que el total de conductas a modificar que se planteaba el profesor era bastante amplio, se realizó una jerarquía para ir incluyéndolas en el programa de forma gradual y secuencial. Realmente la economía podría haber incluido un número mayor de comportamientos adecuados a instaurar y de conductas inadecuadas a eliminar, pero, dada la edad de los niños, la prudencia en la aplicación del procedimiento dictó comenzar únicamente por las conductas que se especifican en el cuadro 10.2, en el que se presenta la tarjeta-resumen de la formulación inicial del programa.

CUADRO 10.2

Ejemplo de aplicación de una economía de fichas en ámbito escolar Tarjeta-resumen del programa (anverso y reverso de la tarjeta)

COMPORTAMIENTO ADECUADO (LO QUE TENGO QUE HACER PARA CONSEGUIR LAS FICHAS)	N.º DE FICHAS GANADAS
<i>Permanecer sentado durante los 50 minutos de cada clase.</i>	10
<i>Levantar la mano antes de hablar; respetando el turno de preguntas.</i>	2
<i>Cuando suene la sirena, permanecer sentado esperando a que el profesor acabe de</i>	5

*explicar y dé permiso para salir.*

<b>COMPORTAMIENTO INADECUADO (PIERDO FICHAS SI LO HAGO)</b>	<b>N.º DE FICHAS PERDIDAS</b>
<i>Levantarse del sitio sin permiso.</i>	2
<i>Hablar sin levantar la mano.</i>	2
<b>PREMIOS POR LOS QUE PUEDO CAMBIAR LAS FICHAS</b>	
Salir al recreo 5 minutos más.	5
Coger un cuento de la biblioteca de clase y llevármelo a casa un día.	5
Jugar una partida con el ordenador.	10
<b>PREMIOS POR LOS QUE PUEDO CAMBIAR LAS FICHAS</b>	
Jugar al fútbol, baloncesto u otro deporte en la hora de gimnasia.	15
<b>Ver una película de vídeo.</b>	<b>50</b>
<b>Fiesta de disfraces.</b>	<b>100</b>
<b>Ir de excursión al zoo.</b>	<b>200</b>

La mayoría de refuerzos incluidos en el programa eran de uso o disfrute individual, es decir, cada alumno disponía libremente de ellos para gastarlos según su elección. Sin embargo, los tres premios finales (en negrita en la tarjeta) eran premios conjuntos para la clase. Sólo los alumnos que llegaban a reunir esa suma de puntos podrían ir a la sesión especial de cine, a la fiesta de disfraces o al zoo; dada la edad de los menores, la cuenta de las fichas ahorradas por cada alumno para esos premios aplazados la llevaba el profesor.

La primera semana del tratamiento, con el objetivo de fomentar la participación y la motivación de los niños, se acordó con ellos que podían cambiar las fichas por los reforzadores diarios, en el mismo día. La segunda semana podrían hacer el cambio dos veces, y la tercera sólo una vez. De forma similar se fueron modificando las condiciones de reforzamiento. Así, mientras en la primera semana era continuo (recibían las fichas por cada una de las conductas adecuadas), a medida que fue aumentando la frecuencia con la que se emitían las conductas se pasó a un programa de reforzamiento intermitente (sólo se reforzaban, de forma aleatoria, algunas de las conductas emitidas). Al mismo tiempo, y de forma paralela, se fueron incluyendo las siguientes conductas de la jerarquía (haciendo las modificaciones pertinentes tanto en las tarjetas-resumen como en los carteles), siguiendo con los nuevos comportamientos una secuencia de instauración,

fortalecimiento y desvanecimiento, similar a la realizada con los primeros.

Otro ejemplo de aplicación práctica de la economía de fichas en ámbito escolar puede consultarse en Moreno (2008). En este caso, la autora describe cómo se combinó una intervención individualizada con un menor con déficit de atención e hiperactividad, con la realizada en el aula mediante un programa de economía de fichas dirigido a fomentar los comportamientos del grupo que exigían atención sostenida y esfuerzo personal.

### **10.3. CONTRATO CONDUCTUAL**

Un contrato conductual es un acuerdo suscrito entre varias personas (v.g.: padres e hijos), por el que se especifican las conductas a modificar y las consecuencias que se derivarán tanto de su cumplimiento como de su incumplimiento. Normalmente este acuerdo se plasma en un documento escrito, aunque también puede considerarse como un contrato conductual el acuerdo formulado de manera similar, pero a nivel verbal. En todo caso, este procedimiento implica un intercambio de contingencias entre los firmantes del contrato, en el sentido de que ambas partes se comprometen a realizar una serie de comportamientos que, como contrapartida, tendrán una serie de consecuencias.

En el ámbito infanto-juvenil, el contrato es una estrategia terapéutica muy adecuada para motivar a los niños mayores o a los adolescentes a comprometerse con su propio cambio de conducta. Normalmente deben implicarse en su redacción y ejecución todas las personas involucradas en dicho cambio (v.g.: el niño y sus padres), aunque en ocasiones podría ser suscrito sólo por el joven (v.g.: en el tratamiento de la onicofagia o en el control de hábitos alimentarios), actuando el terapeuta como mediador.

#### **10.3.1. Procedimiento y normas a considerar**

Entre las múltiples normas y consideraciones prácticas que en la literatura se recomienda tener en cuenta a la hora de diseñar y utilizar los contratos conductuales se señalan a continuación aquellas que consideramos especialmente relevantes para el ámbito infanto-juvenil:

1. El primer paso para diseñar y aplicar un contrato conductual será concretar tanto las conductas a modificar como los premios o castigos a aplicar por su emisión. Es imprescindible que todos estos aspectos sean acordados entre los firmantes del contrato. Aunque las intervenciones infanto-juveniles son normalmente promovidas por los adultos, no se puede imponer únicamente su criterio de forma unilateral. Para conseguir que la intervención sea eficaz, el contrato debe ser elaborado tras el acuerdo de todas las partes implicadas sobre los componentes y términos que en él se especifican.

2. El contrato debe estar redactado de forma comprensible para el menor, especificando claramente y sin ambigüedades la conducta o conductas que los participantes se comprometen a modificar. Con el fin de evitar malos entendidos o interpretaciones alternativas, deben evitarse términos genéricos o ambiguos (v.g.: ser más ordenado) y formularse las conductas de forma concreta y precisa (v.g.: guardar los libros en la mochila al acabar de estudiar). Asimismo, deben quedar claros parámetros como la frecuencia (v.g.: todos los días laborables) o, cuando proceda, la duración.
3. De igual forma, deben quedar claramente reflejadas las contingencias (positivas o negativas) que seguirán a la emisión y/o a la no emisión de la conducta objetivo. Es decir, tanto el niño como sus padres deben dejar (y tener) claro cuál es la contrapartida (premio, coste de respuesta) por la realización (u omisión) de la conducta a modificar.
4. En la elección tanto de las conductas como de las consecuencias deben primar los aspectos positivos, los logros. Para ello, siempre que se pueda debe redactarse en términos positivos, enfatizando las conductas a conseguir (v.g.: levantarse a su hora) frente a las que se desea eliminar (v.g.: levantarse tarde). De forma paralela, deben primarse las consecuencias positivas frente a las aversivas.
5. Es conveniente procurar que haya un equilibrio entre las conductas exigidas y los reforzadores que se ofrecen para que el interés del menor no decaiga. Además, y para motivar su implicación, sobre todo al inicio del programa, conviene incluir algún tipo de premio que no podría obtener si no participara en él. Otra estrategia motivadora que se puede utilizar es incluir algún tipo de bonificación adicional si el niño supera unos requisitos o un límite establecido (v.g.: una hora extra de juego el fin de semana si se levanta los 5 días laborables a su hora).
6. En los primeros momentos de la instauración del contrato es recomendable que las contingencias se den inmediatamente después de la conducta. Asimismo, se deberían recompensar las pequeñas aproximaciones a lo establecido en el contrato, ya que de esta forma podremos maximizar la probabilidad de éxito en la formulación inicial del contrato, motivando a los participantes para que aumenten sus exigencias en versiones posteriores.
7. Como puede deducirse del punto anterior, el contrato debe ser flexible, siendo recomendable realizar revisiones periódicas para ir incluyendo las modificaciones oportunas, en función de la evolución de cada caso. Es preferible comenzar por conductas fáciles pero en la dirección correcta, y poco a poco ir incluyendo conductas más complejas o que requieran más exigencias para su ejecución.
8. Según avanza el programa, no es infrecuente observar que algunos padres dejan de ser sistemáticos en la aplicación de las contingencias pactadas, bien por desidia, bien porque alguno de ellos opine que el niño sólo está haciendo lo que debe hacer y que no necesita premios por ello. La necesidad de promover que los adultos

implicados cumplan, de forma sistemática, los términos del contrato es un aspecto en el que, lamentablemente, es necesario insistir tanto al inicio como a lo largo de la intervención.

9. Finalmente, cuando todos los términos del contrato estén adecuadamente especificados, es necesario que quede todo plasmado en un documento escrito (el contrato propiamente dicho), que debe ser firmado por todos los participantes, incluyendo a menudo la firma del terapeuta como mediador. Asimismo, es conveniente que se haga una copia del documento firmado para cada uno de los participantes, con el fin de que puedan consultar en cualquier momento los acuerdos a los que se llegaron.

### **10.3.2. Aplicaciones prácticas del contrato conductual**

El contrato conductual es uno de los procedimientos de control de contingencias que con más frecuencia se encuentra ejemplificado en las intervenciones infanto-juveniles, sobre todo las que se realizan en ámbito familiar. Buen ejemplo de ello es el caso clínico descrito por Saldaña (2002) en el que se detalla su uso en la intervención realizada con un joven de 13 años con obesidad. En el capítulo se describe el contrato realizado sólo con el menor, por el que éste se compromete a modificar diversos aspectos de su conducta alimentaria (suprimir dulces e incrementar verdura y ensaladas) así como de su actividad física (andar, subir escaleras, ir al gimnasio). También se detalla el contrato realizado con ambos padres para ayudar al hijo en sus conductas de control alimentario y ejercicio físico, incluyendo cláusulas específicas para fomentar el cumplimiento terapéutico y su asistencia a las sesiones.

En el trabajo ya citado de Froján, Calero y Montaña (2008) sobre la intervención en un caso de conductas disruptivas en el hogar en un niño de 13 años, el uso de la economía de fichas fue complementado con dos contratos conductuales secuenciales, firmados por el joven, sus padres y la psicóloga, y dirigidos a ir regulando de forma progresiva su colaboración en tareas del hogar (v.g.: en el primero, recoger el desayuno; en el segundo, prepararlo y recogerlo) y la realización de sus tareas escolares (v.g.: en el primero trabajar media hora; en el segundo una hora). En la publicación puede verse el texto concreto de ambos contratos, así como la explicación de los detalles y la secuencia de aplicación.

Un ejemplo similar puede verse en el capítulo elaborado por Serrano (2006), en el que se detalla la intervención realizada con un joven de 10 años con conductas agresivas (v.g.: dar patadas, gritar, pegar, etc.), que se planteó regular utilizando, entre otras técnicas, un contrato conductual entre el joven y sus padres. También en los contenidos de la sesión 8 del Programa EDUCA, ya citado (Díaz-Sibaja et al., 2009), se presenta el texto y características de aplicación de un contrato en el que de forma simultánea se implican la madre y el profesor, además del niño, para regular tanto el horario de deberes

y estudio en casa como algunos aspectos del comportamiento del muchacho en el aula.

Por último, a continuación se detalla la intervención de una niña de 12 años con diversos problemas de comportamiento en el hogar (puntualidad, aseo personal, baja implicación en las tareas del hogar, etc.). El primero de los contratos suscrito entre la niña y ambos padres puede verse en el cuadro 10.3.

### CUADRO 10.3 Ejemplo de contrato conductual entre Carmen y sus padres

#### CONTRATO CONDUCTUAL

Reunidos Carmen y sus padres, acuerdan lo siguiente:

Carmen se compromete a realizar las conductas que se detallan, y sus padres se comprometen a recompensar su cumplimiento con los premios que se especifican:

#### 1. **Despertador:**

- ⇒ Todas las noches Carmen pondrá el despertador a las 7:50 h.
- ⇒ Cuando suene lo apagará y se levantará en un plazo máximo de 10 minutos.
- ⇒ Si se levanta a su hora (antes de las 8:00 h.), por la tarde podrá ver la televisión durante media hora, después de acabar los deberes y antes de cenar.
- ⇒ Pasada la hora límite (8:00 h.), por cada 5 minutos que se retrase perderá 10 minutos de su tiempo de ver la televisión.
- ⇒ **Bonificación:** La semana que Carmen se levante a su hora los 5 días laborables podrá elegir la actividad a realizar el domingo por la mañana entre las siguientes: ir a patinar, montar en bicicleta, visitar un museo o ir al cine.

#### 2. **Ducha y muda sucia:**

- ⇒ Cada mañana, Carmen se dará una ducha rápida (5 minutos máximo).
- ⇒ Después de la ducha llevará su muda (bragas y calcetines) al cesto de la ropa sucia.
- ⇒ Por cada tarea recibirá un premio de 50 céntimos. Su madre comprobará el cumplimiento y le meterá en la hucha el importe de los premios ganados (máximo 1 €).
- ⇒ Si no realiza alguna de las dos tareas no recibirá el premio correspondiente a dicha tarea. Tampoco recibirá ningún castigo ni regañina.

#### 3. **Poner la mesa:**

- ⇒ Cada noche Carmen pondrá la mesa como se especifica más abajo.
- ⇒ Cada noche que cumpla la tarea podrá disponer de 30 minutos, después de cenar, para ver la televisión o jugar a la Play.
- ⇒ Por cada conducta que no realice se descontarán 5 minutos del tiempo de televisión o de juego.

Fdo.: Carmen Fdo.: la madre Fdo.: el padre

**La tarea de poner la mesa** incluye las siete conductas siguientes:

1. Colocar el mantel.
2. Colocar 4/8 platos (preguntar si sopero + llano o sólo llano).
3. Colocar 4 vasos.
4. Poner cubiertos para los 4: tenedor, cuchillo y cuchara (preguntar).
5. Poner el pan, partido y en la panera.
6. Poner la botella de agua y el vino para papá.

7. Poner 4 servilletas.

Tanto las conductas que los padres deseaban regular como los refuerzos pactados estaban integrados y adaptados a las costumbres de la familia, siendo el objetivo del contrato fomentar y sistematizar los intercambios positivos y, al propio tiempo, eliminar los castigos y respuestas coercitivas de los padres. Para ello, como puede verse, además de los premios por la realización de las conductas adecuadas (tiempo de televisión o juegos) se incluyeron condiciones de coste de respuesta en las cláusulas primera y tercera (despertador y poner la mesa). Además, y con el fin de ir eliminando de forma gradual los castigos y respuestas coercitivas tan habituales en esta familia, en la segunda cláusula (ducha y muda sucia) se incluyó simplemente la condición de no recibir el premio («paga») si no realizaba las conductas, especificándose de forma expresa que no se administrase ningún castigo o regañina por ello. De forma adicional, se incluyó una bonificación aplicable sólo en el caso de que la niña cumpliera su compromiso de puntualidad todos los días laborables de la semana.

Finalmente, como puede verse al final de la tabla 10.3, señalar que en este caso se tuvo que incluir un apéndice con el desglose de las conductas que, según la madre, componían la tarea de «poner la mesa», con el fin de regular y eliminar las frecuentes discusiones entre la madre y la niña sobre la forma adecuada de realizar esta tarea.

## 10.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayllon, T. y Azrin, N. H. *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts. Traducción al español: Economía de fichas (1974). México: Trillas.
- Bragado, C. (2008). Tratamiento psicológico de un caso de encopresis. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 299-322). Madrid: Pirámide.
- Cobos, P., Gavino, A. y Romero, P. (2008). Tratamiento psicológico de un problema de alimentación en la infancia. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 239-256). Madrid: Pirámide.
- Díaz-Sibaja, M. A., Comeche, M. I. y Díaz-García, M. I. (2009). *Programa EDUCA, Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos*. Madrid: Pirámide.
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2008). Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 343-386). Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2008). Tratamiento psicológico de un caso de déficit de atención e hiperactividad. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.), *Terapia*

*psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 323-342). Madrid: Pirámide.

Saldaña, C. (2002). Modificación de conducta para el cambio de hábitos alimentarios y patrones de actividad física en obesidad infantil. En F. X. Méndez y D. Macià (coords.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. (8.<sup>a</sup> ed., pp. 165-197). Madrid: Pirámide.

# 11. HABILIDADES SOCIALES

CÁNDIDO J. INGLÉS SAURA Y M.<sup>a</sup> CARMEN MARTÍNEZ-MONTEAGUDO

## 11.1. INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento se inician las interacciones sociales con los demás, comenzándose uno de los aprendizajes más básicos del ser humano. Los ámbitos de actuación o situaciones en donde niños y adolescentes desarrollan sus habilidades sociales son muy variados, siendo el contexto familiar y el escolar las principales esferas donde se producen las interacciones sociales. Padres y profesores ejercen una función muy importante en este aprendizaje, actuando como modelos de conducta, ayudando al niño a progresar en su competencia social a través del lenguaje (instrucciones, sugerencias de actuación, etc.), aprobando y reforzando los comportamientos sociales adecuados o positivos (v.g.: dar las gracias, hacer un cumplido, etc.) o extinguiendo o castigando los inadecuados (v.g.: pedir algo con agresividad, no hacer un cumplido cuando corresponde, etc.).

La habilidad social es definida como un comportamiento que lleva a resolver una situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que se encuentra (Trianes, Muñoz y Jiménez, 2007). Así, el término habilidad indica que no se trata de un rasgo de personalidad, sino de un conjunto de comportamientos aprendidos o adquiridos y, por tanto, susceptibles de ser modificados.

El concepto de asertividad está íntimamente relacionado con las habilidades sociales, en contraposición al de agresividad o pasividad. La asertividad se define como los comportamientos de expresión directa de los propios pensamientos y sentimientos y de defensa de los derechos personales y respeto por los de los demás. Una persona con un estilo de comunicación pasivo (no asertivo) se describe como socialmente retraída, tímida y pasiva. Su comportamiento se caracteriza por un bajo nivel de contacto social, inhibición y poca popularidad entre sus compañeros. La conducta agresiva, por el contrario, implica la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de manera inapropiada, y que casi siempre viola los derechos de la otra persona. Los tres estilos de conducta se sitúan en un continuo, donde en los extremos estaría el estilo agresivo y pasivo, mientras que el punto intermedio estaría ocupado por el estilo asertivo (véase figura 11.1).



Figura 11.1. Estilos de comunicación.

Así, las habilidades sociales están estrechamente relacionadas con el adecuado funcionamiento social y la adaptación social, académica o laboral y psicológica en la infancia, en la adolescencia y en la vida adulta. Numerosas investigaciones han hallado que el éxito en las relaciones interpersonales se encuentra relacionado positivamente con aspectos generales del funcionamiento psicosocial, tales como autoestima, bienestar, felicidad, afrontamiento de situaciones sociales conflictivas, apoyo social proporcionado por padres y compañeros, ante eventos estresantes, adaptación escolar y éxito académico, desarrollo de amistades, aceptación y popularidad entre los compañeros, y éxito en las citas con el sexo opuesto. Por el contrario, los estudios han puesto de manifiesto que las dificultades en las relaciones interpersonales (déficit de aserción, ansiedad social, agresividad, ira, etc.) se encuentran relacionadas con una gran variedad de problemas, tales como fracaso académico o abandono de la escuela, fracaso en las citas, alcoholismo, tabaquismo, delincuencia, depresión y trastornos de la alimentación.

Las habilidades sociales presentan tres sistemas de respuesta: 1) conductual (conductas como hablar, moverse, etc., incluyendo los elementos verbales y no verbales); 2) cognitivo (pensamientos, atribuciones, interpretación del significado de diversas situaciones de interacción social, etc.), y 3) fisiológico o emocional (emociones que pueden afectar a la conducta social, como ansiedad, estrés o ira). El cuadro 11.1 presenta las habilidades que suelen trabajarse en los diferentes programas dirigidos a niños y adolescentes.

CUADRO 11.1  
Principales habilidades sociales

HABILIDADES SOCIALES	
⇒ Escuchar.	⇒ Aprender a decir no.
⇒ Iniciar una conversación.	⇒ Expresar sentimientos.
⇒ Mantener una conversación.	⇒ Comprender sentimientos.
⇒ Formular preguntas.	⇒ Expresar afecto.
⇒ Presentarse.	⇒ Pedir permiso.
⇒ Dar las gracias.	⇒ Formular una queja.
⇒ Hacer un cumplido.	⇒ Responder a una acusación.
⇒ Pedir ayuda.	⇒ Negociar.
⇒ Participar.	⇒ Defender a un amigo.
⇒ Dar instrucciones.	⇒ Ponerse en el punto de vista del otro.

- ⇨ Saber hacer y mantener amigos.
- ⇨ Ceder ante un conflicto.
- ⇨ Enfrentarse a una respuesta negativa.

- ⇨ Controlar un enfado.
- ⇨ Conocer formas de resolver conflictos.
- ⇨ Enfrentarse a las burlas.

Existen dos modelos explicativos de los déficits en habilidades sociales de algunos niños y adolescentes. En primer lugar, el *modelo de déficit* afirma que los problemas de competencia social se explican porque el sujeto no cuenta en su repertorio con las conductas y habilidades necesarias para actuar en una determinada situación interpersonal. Por otro lado, el *modelo de inhibición* se basa en que los niños o adolescentes tienen en su repertorio determinadas habilidades, pero no las ponen en juego porque existen factores emocionales, cognitivos y/o motores que interfieren en su ejecución (v.g.: «*Javier sabe cómo mantener una conversación con Carmen, pero teme que le diga que no quiere hablar con él como hizo el otro día*»).

Generalmente, la evaluación de las habilidades sociales se realiza utilizando herramientas como las entrevistas (al niño, padres y profesores), la observación en situaciones naturales (aula, recreo, calle, etc.) y artificiales (*role playing*) o técnicas sociométricas. No obstante, la medida más ampliamente utilizada son los instrumentos estandarizados (cuestionarios, inventarios y escalas), dirigidos a evaluar las habilidades sociales como concepto general o alguna de sus áreas más específicas como la asertividad (véase Inglés, Rosa, Méndez, Estévez e Hidalgo, 2003, para una revisión). Asimismo, es recomendable usar diferentes procedimientos que se complementen para obtener una valoración lo más ajustada posible (véase cuadro 11.2).

CUADRO 11.2  
Métodos de evaluación de las habilidades sociales

PROCEDIMIENTO	INFORMACIÓN PROPORCIONADA
Observación directa	En ambientes naturales, proporcionan información sobre posición social, respuesta de los compañeros y formas positivas y negativas de conducta social.
Evaluaciones de los compañeros	Ofrecen información sobre formas de conducta cooperativa, empática o agresiva.
Valoraciones de los padres o profesores	Proporcionan información de habilidades sociales como asertividad, cooperación, empatía o autocontrol.
Autoinformes	Proporcionan información sobre los conocimientos que el sujeto tiene respecto a estrategias y situaciones sociales, las habilidades para reconocer los indicadores sociales y la capacidad para seleccionar estrategias adecuadas a diversas situaciones sociales.
Sociometría	Entre compañeros, que aportan información sobre preferencia social, impacto social y estatus sociométrico.

Destacan entre ellas las técnicas sociométricas para la evaluación de las habilidades sociales de los niños y adolescentes. El sociograma es una técnica que permite conocer las relaciones interpersonales dentro del grupo-aula. Es posible obtener información sobre el grado de aceptación o rechazo de cada alumno y sobre la existencia de subgrupos o de personas aisladas o marginadas dentro de la clase. Los cuestionarios sociométricos realizan preguntas a los alumnos como: ¿con qué compañero te gustaría sentarte o trabajar en clase?, ¿con qué compañero no te gustaría sentarte o trabajar en clase?, ¿qué compañero piensas que no te ha elegido?, ¿con qué compañero te gustaría ir de excursión? o ¿con qué compañero no te gustaría ir de excursión? El análisis de los datos de un sociograma permite obtener información sobre alumnos populares o estrella, alumnos rechazados, alumnos olvidados y alumnos aislados (Inglés, Delgado, García-Fernández, Ruíz y Díaz, 2010) (véase cuadro 11.3).

CUADRO 11.3  
Categorías sociométricas

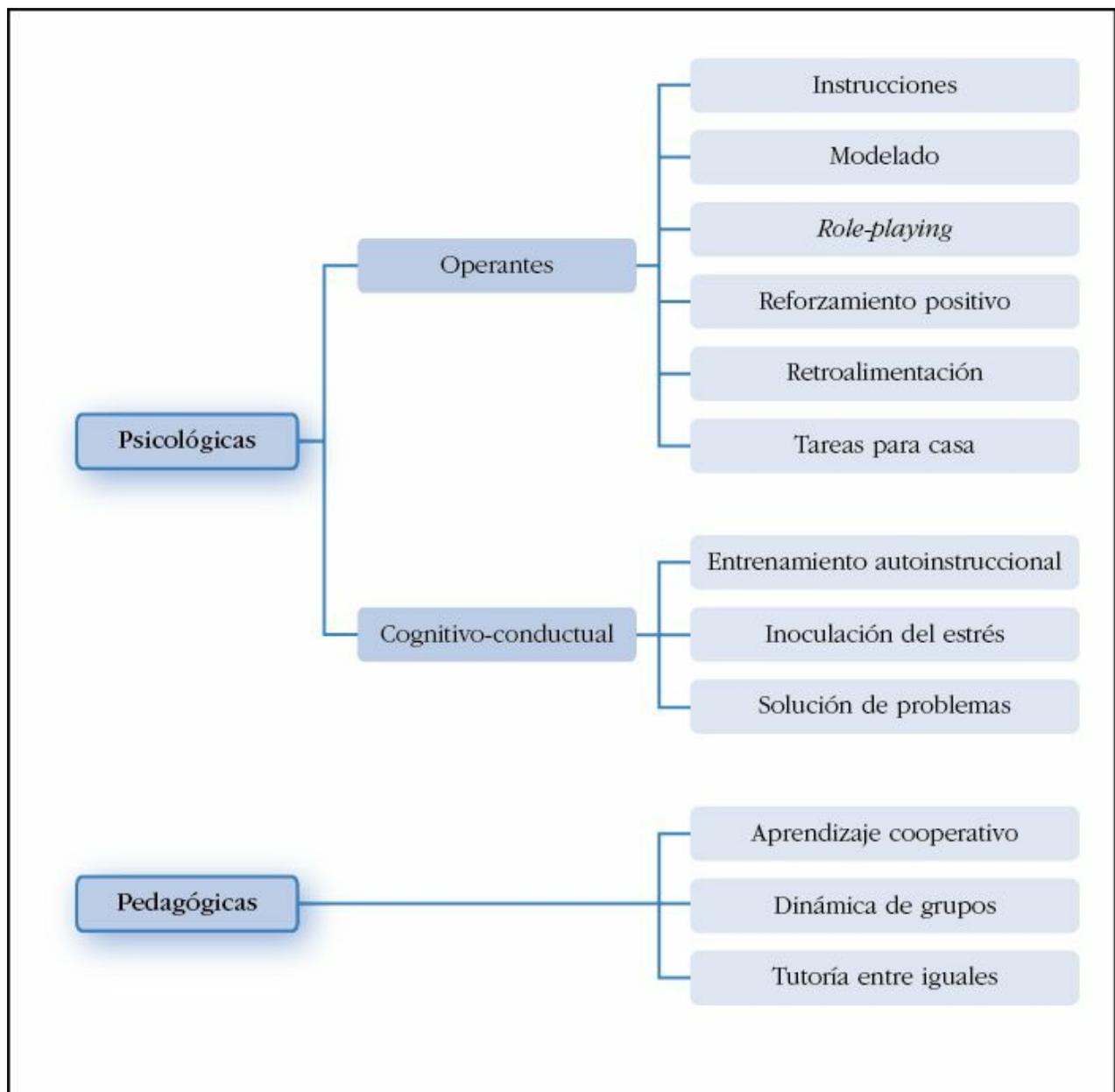
<b>ALUMNOS POPULARES O ESTRELLA</b>	Alumnos con un amplio círculo de relaciones y centro constante de atracción entre los compañeros.
<b>ALUMNOS RECHAZADOS</b>	Alumnos que son rechazados por toda la clase.
<b>ALUMNOS OLVIDADOS</b>	Alumnos que reciben pocas elecciones positivas y negativas.
<b>AISLADOS</b>	Alumnos que no reciben elecciones y cuya presencia en clase es solamente física.

## 11.2. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES

Existe una estrecha relación entre la competencia social y el ajuste social, escolar y laboral, por lo que se hace imprescindible el desarrollo y potenciación de las habilidades sociales adecuadas y la eliminación de conductas sociales inadecuadas. Como ha sido comentado anteriormente, el término habilidad indica que no se trata de un rasgo innato en los individuos, sino de una serie de conductas susceptibles de ser aprendidas. Así, las técnicas y estrategias para el desarrollo de habilidades sociales en niños y adolescentes son una combinación de procedimientos conductuales y cognitivos dirigidos a potenciar la capacidad de éstos para implicarse en las relaciones interpersonales de manera socialmente apropiada.

Existen diferentes técnicas y recursos que permiten enseñar conductas socialmente hábiles a los niños o adolescentes. Éstas pueden clasificarse en aquellas más

estrechamente relacionadas con la intervención psicológica y en aquellas relacionadas con la actividad pedagógica. Entre las psicológicas es posible distinguir aquellas que se inspiran en procedimientos operantes (dirigidas a la adquisición, mantenimiento y eliminación de conductas) y aquellas de carácter cognitivo-conductual. Entre las primeras destaca el *entrenamiento en habilidades sociales* (EHS): 1) instrucciones; 2) modelado; 3) *role-playing* o dramatización; 4) reforzamiento positivo; 5) retroalimentación, y 6) tareas para casa. Entre las de aproximación cognitivo-conductual destacan: 1) entrenamiento autoinstruccional; 2) inoculación del estrés, y 3) solución de problemas. Por otra parte, entre las pedagógicas destacan: 1) aprendizaje cooperativo; 2) dinámica de grupos, y 3) tutoría entre iguales (véase figura 11.2).



### 11.2.1. Técnicas psicológicas de carácter operante: el EHS

1. **Instrucciones.** Esta técnica consiste en explicarle directamente al niño o adolescente de modo comprensible y concreto cómo se desarrolla la conducta socialmente adecuada. Consta de dos pasos fundamentales:
  - a) *Información conceptual.* Consiste en proporcionar verbalmente en qué consiste la conducta, explicando, además, las ventajas y desventajas de llevarla a cabo («¿qué vamos a aprender hoy?», «¿cuándo la debemos utilizar?»).
  - b) *Explicación de los pasos para llevar a cabo la conducta.* Se describen de modo conductual la sucesión de pasos necesarios para llevarla a cabo. Por ejemplo, para el aprendizaje de «iniciar una conversación» se le explicaría que deben llevarse a cabo los siguientes pasos: 1) acercarse; 2) mirar a los ojos; 3) saludar; 4) hacer alguna pregunta, y 5) frases para mantener o para finalizar la conversación.
2. **Modelado.** Consiste en exponer al niño o adolescente a un modelo (en directo o en vídeo) que realiza adecuadamente la conducta que se pretende enseñar (también conocido como aprendizaje por observación, vicario o por imitación) (véase capítulo 18). El modelado consta de las siguientes fases:
  - a) *Atención.* El niño o adolescente observa con atención la conducta del modelo.
  - b) *Retención.* Las conductas se almacenan en la memoria.
  - c) *Ejecución.* Si el niño o adolescente considera la conducta como adecuada y observa que se obtiene refuerzo positivo reproduce dicha conducta.
  - d) *Consecuencias.* Imitando el modelo, puede ser reforzado por otras personas (del mismo modo que le ocurría al modelo).

Además, el modelado puede presentarse de diversas formas:

- a) *Modelado simbólico:* se observa en vídeo a otros niños que realizan de modo competente la conducta.
- b) *Modelado encubierto:* se lleva a cabo a través de la imaginación, visualizando mentalmente el comportamiento del modelo y, posteriormente, visualizando su propia actuación competente.
- c) *Modelado en vivo:* se observa directamente la actuación competente del modelo.

Debe tenerse en cuenta que para que el chico o chica imite la conducta debe darse

una serie de circunstancias con respecto a las características del modelo y la situación:

- a) *Características del modelo* (que esté cualificado, que el niño o adolescente se sienta identificado con el modelo, que reciba refuerzos positivos por la conducta, etc.).
- b) *Características de la situación* (conductas claras y precisas, de menor a mayor complejidad, que se repitan las conductas para facilitar la retención, evitando detalles irrelevantes, etc.).

3. **Role-playing o dramatización.** Se le solicita al niño o adolescente que represente un papel, un rol en el que represente situaciones de la vida diaria. Para garantizar el éxito debe darse una serie de circunstancias:

- a) El niño o adolescente conoce de forma muy concreta cómo debe representar el papel (qué conductas debe llevar a cabo).
- b) El niño o adolescente quiere participar.
- c) Se le reforzará positivamente por realizar las conductas.
- d) Preferiblemente se representarán situaciones de la vida real.
- e) Se le proporcionará retroalimentación o *feedback* sobre su actuación.

4. **Reforzamiento positivo.** Es la técnica más relevante para incrementar y mantener conductas. Si el niño o adolescente es reforzado al llevar a cabo la conducta, aumentará la probabilidad de que se repita la conducta. Los refuerzos positivos proporcionados pueden ser de diversos tipos: materiales, de aprobación y elogio, conseguir privilegios o atención, etc. Algunos de los aspectos a tener en cuenta al implementar esta técnica serían:

- ⇒ El refuerzo debe ser contingente a la conducta. Reforzar lo antes posible una vez se haya producido la respuesta deseada (refuerzo inmediato).
- ⇒ Para aumentar la frecuencia de la conducta hay que reforzar cada vez que aparece la conducta (refuerzo continuo).
- ⇒ Para mantener la conducta hay que reforzar sólo en algunas de las ocasiones en que se produce la conducta (refuerzo intermitente).
- ⇒ No dejar nunca de reforzar las conductas deseadas.

5. **Retroalimentación o *feedback*.** Consiste en proporcionar información sobre cómo se ha realizado la conducta. Debe suministrarle información sobre aspectos de la conducta realizados correctamente (*feedback* informativo), aspectos a mejorar y aspectos que deberían hacerse de otro modo (*feedback* correctivo). La retroalimentación puede darse de forma verbal (por el psicólogo, el profesor u otros niños) o es posible grabar en vídeo al chico (proporcionándole de este modo

también *feedback* sobre su conducta). Es fundamental que la retroalimentación se dé sobre la conducta del niño o adolescente y no sobre sus características de personalidad, y que se le refuerce por llevarla a cabo. Por otro lado, no es aconsejable proporcionar *feedback* sobre más de tres conductas al mismo tiempo.

6. **Tareas para casa.** El niño o adolescente debe practicar las conductas aprendidas en su ambiente real (casa, patio, etc.). Se trata de que se realice la transferencia y generalización de la conducta a situaciones sociales reales.

### 11.2.2. Técnicas psicológicas de carácter cognitivo-conductual

1. **Entrenamiento autoinstruccional.** Consiste en que el niño o adolescente dialogue consigo mismo sobre su conducta. El objetivo es que interiorice las instrucciones que él mismo se va dando mientras se produce la conducta. La implementación de esta técnica se desarrolla en los siguientes pasos:
  - a) El instructor o modelo realiza la conducta socialmente adecuada, hablando en voz alta mientras el niño o adolescente observa. Las verbalizaciones pueden adoptar diferentes formas (Trianes, Muñoz y Jiménez, 2007):
    - ⇒ Aproximaciones a los requerimientos de la tarea («*Veamos, ¿qué tengo que hacer?*»).
    - ⇒ Orientaciones para la realización («*Para no equivocarme tengo que ir despacio y con cuidado*»).
    - ⇒ Afirmaciones de adecuación personal («*Puedo hacerlo bien, así que ¡ánimo!*»).
    - ⇒ Afirmaciones que contrarresten la preocupación por fallar («*¡Yo a lo mío! ¡Fíjate en lo que tienes que hacer y verás cómo sale bien!*»).
    - ⇒ Autoalabanza por hacerlo bien («*¡Lo conseguí!*»).
  - b) El niño o adolescente realiza la tarea mientras el modelo o instructor va hablando en voz alta.
  - c) El niño o adolescente realiza la conducta mientras va hablando en voz alta.
  - d) El niño o adolescente realiza la conducta mientras va diciendo en voz baja las instrucciones.
  - e) El niño o adolescente realiza la conducta mientras se va guiando mentalmente.
2. **Inoculación al estrés.** Esta técnica es específica para eliminar o enseñar a manejar el estrés. No obstante, debido a que en muchas ocasiones niños y adolescentes tienen dificultades en sus relaciones interpersonales debido a emociones negativas (estrés, ansiedad, ira), esta técnica resulta de utilidad para el aprendizaje de conductas socialmente habilidosas. La técnica consta de tres pasos:

- a) *Fase educativa.* En esta fase se le proporciona al niño o adolescente una explicación sobre sus emociones (ansiedad, ira, etc.). El lenguaje utilizado debe ser acorde a la edad del sujeto. Así, durante esta fase, generalmente se le solicita que identifique las personas o situaciones que provocan esas emociones, que distinga entre las situaciones más o menos justificadas que provocan esas emociones, se explican las técnicas de manejo de las emociones, etc.
- b) *Fase de ensayo.* En esta fase se realiza un entrenamiento en reestructuración cognitiva y relajación, utilizando el modelado y la práctica real. La reestructuración cognitiva consiste en enseñar a reinterpretar situaciones que antes percibía de modo inadecuado. Por ejemplo, reduciendo la importancia que se le da a determinadas situaciones, como exponer delante de la clase, hacer una pregunta al profesor, iniciar una conversación o hacer frente a insultos que suelen ser disparadores de la ira y la agresión. Durante esta reestructuración cognitiva se puede hacer uso de las autoinstrucciones (comentadas anteriormente). Por otro lado, también se le enseña comportamientos como habilidades de comunicación, técnicas de resolución de problemas, relajación y autoobservación.
- c) *Fase de aplicación.* Durante esta fase el niño o adolescente debe poner en práctica lo aprendido. Inicialmente se induce a la imaginación de determinadas situaciones y a la dramatización para provocar una emoción intensa (ansiedad o ira), con el fin de que el niño o adolescente ponga en práctica las respuestas de afrontamiento aprendidas (relajación, autoinstrucciones, etc.). Es habitual realizar una jerarquía de situaciones ordenadas de menor a mayor grado de ansiedad o ira.

3. **Solución de problemas.** La técnica de solución de problemas está dirigida a proporcionar estrategias útiles en una amplia variedad de situaciones tales como, por ejemplo, discusiones con los compañeros de clase, conflictos en clase por razones culturales o étnicas, rechazo del grupo de iguales, etc. Así, se invita al niño o adolescente a identificar y analizar las problemáticas. La técnica, generalmente, está compuesta por las siguientes fases:

- a) Identificar el problema y sensibilizarse ante él.
- b) Analizar el problema.
- c) Plantear las posibles soluciones al problema.
- d) Realizar la elección correcta.
- e) Analizar las consecuencias de la alternativa elegida.

La técnica de la tortuga es un ejemplo de este enfoque empleado en niños con problemas emocionales para inhibir respuestas agresivas o impulsivas y producir

respuestas alternativas (véase capítulo 14). Esta técnica consta de cuatro fases: 1) se le enseña al niño la «respuesta de la tortuga», encogiéndose las piernas y agachando la cabeza para aislarse de la provocación; 2) se le enseña a relajarse mientras está «haciendo la tortuga»; 3) se inicia la técnica de resolución de problemas, donde el niño debe plantear muchas respuestas y examinar las consecuencias de dichas respuestas, y 4) mantenimiento de lo aprendido, reforzando socialmente al niño.

### 11.2.3. Técnicas pedagógicas

En el ámbito educativo las habilidades sociales no se adscriben específicamente a ningún área curricular concreta, debiendo tratarse como una temática transversal que afecta a todas ellas. Algunas técnicas pedagógicas también facilitan el aprendizaje de habilidades sociales, fomentando la participación interactiva de la clase. Éstas son:

1. *Aprendizaje cooperativo*. Consiste en formar grupos de trabajo en el aula, donde todos los miembros deben participar para conseguir llevar a cabo la tarea. Fomenta la comunicación entre sus miembros y la cohesión de grupo.
2. *Dinámica de grupo*. Se trata de realizar diferentes actividades donde los alumnos deban interactuar. Puede utilizarse esta técnica para que los alumnos discutan sobre determinadas problemáticas y analicen sus soluciones. Esta técnica ayuda al alumnado a ponerse en el lugar del otro, respetar el derecho a opinar de los demás, etc. Además, también se adquieren otras habilidades, como respetar los turnos de palabra, saber escuchar, expresar puntos de vista, etc. Las dinámicas de grupo pueden llevarse a cabo con la totalidad del grupo de clase o por subgrupos.
3. *Tutoría entre iguales*. Un alumno con mayor competencia en un área ayuda y guía a otro alumno con menos competencia. Esta técnica es útil para iniciar y aumentar las conductas de interacción social de niños aislados. El otro niño debe iniciar contactos sociales positivos con el niño aislado, por lo que es necesario entrenar previamente a los compañeros de clase.

## 11.3. POSIBLES PROBLEMAS Y SOLUCIONES

La intervención en habilidades sociales puede resultar, en algunos casos, un proceso complejo en el que es necesario atender a diversos factores que pudieran influir en el adecuado aprendizaje de dichas técnicas. Por un lado, un factor fundamental a tener en cuenta es la edad del niño o adolescente objeto de intervención. Así, es necesario adecuar las técnicas al nivel evolutivo del sujeto, por ejemplo en el caso del uso de la técnica de entrenamiento autoinstruccional o inoculación del estrés y manejo de emociones. Con respecto a las autoinstrucciones, los niños más pequeños pueden tener

dificultades para hablarse en voz alta (más si es delante de compañeros), por lo que será necesario hacer entrenamientos sobre este tipo de conducta. No obstante, no puede olvidarse que la motivación para participar es fundamental para el éxito de la intervención. Por otro lado, con respecto a la técnica de inoculación del estrés, ésta se limita a aquellos que tienen habilidades cognitivas para aprender y adquirir estos procedimientos. De este modo, se requiere capacidad para imaginar y visualizar situaciones, para representarlas mediante un *role-playing*, para relajarse y realizar autoinstrucciones. Por este motivo, está dirigida principalmente a niños de mayor edad o adolescentes.

Por otro lado, otro de los factores de mayor influencia en el aprendizaje competente de habilidades sociales está mediado por las relaciones e interacciones que se producen en el ámbito familiar del niño o adolescente. Así, hay determinados comportamientos o pautas de interacción de los padres con los hijos que o bien facilitan la competencia social o bien la dificultan. Los padres ejercen influencias tanto indirectas (apego, estilos de crianza, actitudes, creencias, etc.) como directas (actuando como mediadores de las interacciones sociales de sus hijos, ofreciendo instrucciones, sugiriendo alternativas de conducta, etc.), jugando, por tanto, un papel muy relevante en el desarrollo de habilidades sociales. De este modo, la participación de los padres en caso de intervención para mejorar el desarrollo social de un niño es imprescindible, siendo objetivo prioritario implicar y formar a los padres y solicitar su colaboración en este proceso.

Otra de las problemáticas que pueden presentarse en la intervención para la mejora de las habilidades sociales es el bajo autoconcepto y la escasa motivación del niño o adolescente para llevar a cabo el cambio. Un autoconcepto y autoestima positiva conducirá al niño o adolescente a ser más competente, más hábil socialmente y con mejores resultados académicos. Sin embargo, una baja autoestima se relaciona con determinados problemas psicológicos, como son: depresión, ansiedad, miedo, bajo rendimiento escolar, inmadurez emocional, propensión al abandono e incluso conductas antisociales. En el ámbito académico, los problemas de autoconcepto o autoestima negativa suelen estar influidos por diversos factores, entre ellos: *a)* las relaciones con otros compañeros; *b)* la comparación con otros, y *c)* los éxitos y los fracasos en el ámbito escolar. Por este motivo, muchos de los programas de intervención se centran en estos aspectos. Con respecto a las relaciones con los otros significativos, es recomendable llevar a cabo algún tipo de programa relacionado con las habilidades sociales y la convivencia escolar. Por otro lado, la comparación social con otros niños o adolescentes le proporciona información sobre sus capacidades en relación a los demás, indicándole si sus habilidades son superiores, iguales o inferiores, influyendo de manera decisiva en su autoconcepto. En ocasiones, son los propios profesores y personas más cercanas al niño o adolescente (familiares, iguales, etc.) los que fomentan esta comparación. Es necesario, por tanto, ayudarlo a compararse con sus propios rendimientos y no con el de otros compañeros. Finalmente, la historia de éxitos y

fracasos fomenta o debilita la autoestima de los chicos. Una historia repetida de fracasos académicos debilita de manera drástica el autoconcepto académico y social de cualquier niño o adolescente. La principal estrategia en este sentido sería, por tanto, proporcionarles experiencias de éxito. Por todo esto, es necesario llevar a cabo intervenciones que potencien la autoestima y el autoconcepto de los chicos. A continuación se presentan algunas de las estrategias que es posible llevar a cabo en el ámbito educativo.

El profesor es uno de los agentes responsables del autoconcepto y autoestima de sus alumnos. En los centros educativos, generalmente, la evaluación se realiza de un modo puntual con la calificación escolar del alumno ante un examen. De este modo, se facilita la comparación de unos alumnos con otros. Y aunque el método resulta generalizado, al ser uno de los más rápidos, sería recomendable incluir, además, la valoración de proceso de mejora del alumno, de modo que se comparara consigo mismo (con sus avances, con sus progresos en el ámbito académico y social). Por otro lado, resulta altamente recomendable proporcionar al niño o adolescente experiencias y oportunidades de éxito, es decir, potenciar que se sienta competente en la escuela y en las interacciones sociales. Para ello existen varios recursos útiles, entre ellos: *a)* proporcionar actividades ajustadas a su competencia académica y social, y *b)* el encadenamiento, el cual consiste en dividir la tarea en pequeños pasos, ya sean tareas académicas o retos sociales (v.g.: dividir la tarea de presentarse a un desconocido).

Por otro lado, en ocasiones el bajo autoconcepto está ocasionado por pensamientos disfuncionales o creencias irracionales del niño o adolescente, por ejemplo «soy un inútil», «se reirán de mí», etc. Este concepto es denominado en la literatura como distorsiones cognitivas. Es, por tanto, necesario trabajar estos aspectos modificando estas creencias irracionales. En otras ocasiones, sin embargo, el escaso autoconcepto puede estar motivado por interpretaciones erróneas que el niño o adolescente realiza de la situación, es decir, las causas a las que atribuyen sus éxitos y fracasos (atribuciones causales). Así, si el niño o adolescente presenta un patrón atribucional desadaptativo, atribuyendo la causas de sus éxitos a la suerte, al azar o a la facilidad de la tarea; y sus fracasos a su falta de capacidad, existe mayor probabilidad de que presente un pobre autoconcepto de sí mismo.

Estas problemáticas ocurren en la mayoría de niños y adolescentes; no obstante, son los chicos y chicas con necesidades educativas especiales los que por sus características tienen más riesgo de presentar un bajo autoconcepto de sí mismos, siendo imprescindible la intervención con distintas medidas. Los problemas cognitivos, de comunicación, etc., hacen, en ocasiones, que no se establezcan relaciones positivas con sus iguales sin necesidades educativas, lo que puede hacer que disminuya su pertenencia al grupo, disminuyendo así su autoestima. Por otro lado, en ocasiones, los niños y adolescentes con necesidades educativas especiales únicamente tienen como marco comparativo a chicos sin problemáticas, por lo que la comparación resulta siempre en desventaja para

ellos. Y, finalmente, el niño o adolescente con necesidades suele presentar una historia repetida de fracasos si no se ha realizado la intervención adecuada.

Así, muchos de los chicos y chicas con necesidades educativas especiales pueden presentar problemas o déficits en la comunicación y en las habilidades de interacción social, por lo que es necesario intervenir en este aspecto (tanto a nivel grupal como de modo individual —con entrenamiento específico en caso de ser necesario—).

## 11.4. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La intervención en la mejora de las habilidades sociales de los niños y adolescentes requiere de entrenamientos multimodales que integren las diferentes técnicas descritas anteriormente: instrucciones, modelado, *role-playing*, *feedback*, etc. Este tipo de intervención pretende combinar las ventajas de cada una de ellas y paliar las limitaciones de la utilización de una técnica individual. De este modo, existen diferentes programas para el desarrollo de las habilidades sociales que consisten en la utilización conjunta de las diversas técnicas hasta aquí planteadas, siguiendo, generalmente, la siguiente secuencia: 1) presentarle información sobre la conducta a aprender; 2) posteriormente, se les presenta ejemplos en vivo o filmados de un niño o adolescente (modelo) realizando las conductas socialmente adecuadas (modelamiento); 3) el siguiente paso consiste en que el chico practique esa conducta (*role-playing*), proporcionándole *feedback* sobre la misma (retroalimentación) y reforzando positivamente las conductas adecuadas; 4) finalmente, se proponen actividades para poner en práctica la conducta aprendida en otras situaciones (tareas para casa).

Por otro lado, durante la intervención y utilización de las diferentes técnicas se debe atender a determinados aspectos que pueden influir en el proceso. A continuación se ofrecen algunas recomendaciones e indicaciones sobre el uso de las mismas, así como algunas contraindicaciones.

Durante la presentación de la información sobre la conducta a aprender debe insistirse en la utilidad del aprendizaje de esta habilidad social y las ventajas que conlleva. Esta información debe ser precisa y no añadir detalles irrelevantes. Posteriormente, con respecto a la presentación del modelo, éste debe ser valorado por el niño o el adolescente. Asimismo, es preferible utilizar modelos con los que el niño o adolescente pueda sentirse identificado por presentar características similares a él. Durante el modelamiento, la persona que realiza la conducta socialmente habilidosa debe obtener refuerzo positivo por la consecución de la conducta adecuada. En el siguiente paso (realización de la conducta mediante *role-playing*), en ocasiones el niño o adolescente no será capaz de completar el ensayo satisfactoriamente. En este caso se debe descomponer la escena en pequeños pasos y ensayarla paso a paso. Asimismo, tras el ensayo, el niño o adolescente debe recibir *feedback* preciso sobre la realización de la misma. Se aconseja

que no se proporcione reatrolimentación de más de tres conductas a la vez y que el *feedback* se centre en la conducta y no en la persona. Del mismo modo, se recomienda que se proporcione información de las conductas realizadas correctamente y no sólo de aquellos aspectos a mejorar.

El refuerzo positivo tras la realización de las conductas es un aspecto fundamental para garantizar el aumento de la probabilidad de la conducta. Con respecto a éste, aunque estará determinado por la problemática específica, se invita a utilizar refuerzo social o refuerzo no verbal (expresiones faciales de agrado, asentimiento con la cabeza, etc.). Además, es recomendable que el niño o adolescente aprenda a autorreforzarse por su conducta socialmente habilidosa («*Lo he hecho bien*», «*He conseguido preguntar al profesor en clase, ¡bien hecho!*»).

Finalmente, deben establecerse unas tareas para casa. Éstas suelen consistir, generalmente, en que el niño o adolescente registre su nivel de ansiedad o ira en situaciones determinadas, el registro de situaciones en las que ha actuado correctamente o la realización de una conducta socialmente habilidosa, como, por ejemplo, iniciar una conversación con algún compañero de clase. Las tareas deben elaborarse y acordarse junto con el niño o adolescente y las instrucciones sobre la misma deben ser detalladas, asegurando que ha entendido la tarea. Se debe procurar que esta tarea tenga una alta probabilidad de éxito, ajustándola a sus capacidades. Las tareas para casa sin éxito que se mandan al niño o adolescente pueden dar como resultado que éste se resista a llevar a cabo futuras conductas. Asimismo, es necesario prepararle ante un posible fracaso en sus primeros intentos de comportarse de forma socialmente habilidosa. Generalmente, los contextos sociales nuevos aumentan el nivel de ansiedad del niño o adolescente, perjudicando su ejecución.

Por otro lado, se deben tener en cuenta una serie de indicaciones y contraindicaciones en el ámbito escolar y familiar durante la puesta en marcha de un programa de intervención en habilidades sociales. Con respecto al ámbito escolar, se puede contactar con el profesorado para aconsejarle que facilite las interacciones sociales adecuadas de sus alumnos, propiciando un clima escolar adecuado. El clima escolar es definido como la calidad de las interacciones entre estudiantes-profesores y entre estudiantes-estudiantes, o como la percepción por parte de alumnos y profesores de bienestar personal, sentimientos positivos de sentirse aceptado y ser valioso para los demás en la convivencia diaria. Un clima social adecuado presenta efectos positivos sobre el ajuste psicológico, sobre todo en niños o adolescentes que pueden tener riesgos de dificultades académicas, emocionales o comportamentales, asociándose a un desarrollo saludable, un aprendizaje óptimo y disminuyendo las conductas desadaptativas o socialmente retraídas. En este sentido, en el cuadro 11.4 se presentan algunas indicaciones y contraindicaciones a tener en cuenta en el ámbito educativo.

#### CUADRO 11.4

## Indicaciones y contraindicaciones en el ámbito académico

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Mantener expectativas altas de los alumnos.	No humillar ni ridiculizar al niño o adolescente.
Atender a los esfuerzos logrados.	No obligar a realizar actividades de interacción que no desea y que le generan elevados niveles de ansiedad.
Mantener un estilo democrático.	No castigar las conductas sociales inhibidas.
Crear un clima de confianza y respeto.	No «etiquetar» al niño o adolescente.
Fomentar la participación en clase.	
Facilitar la interacción adecuada entre alumnos.	
Reforzar las conductas sociales adecuadas.	
Organizar actividades extracurriculares o complementarias que favorezcan la relación entre alumnos.	

El ámbito familiar, como ha sido comentado anteriormente, ejerce una influencia notable en la adquisición y mantenimiento de conductas socialmente efectivas. Así, en el cuadro 11.5 se ofrecen algunas indicaciones y contraindicaciones dirigidas a los padres.

CUADRO 11.5  
Indicaciones y contraindicaciones en el ámbito familiar

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Dar apoyo emocional al hijo en sus interacciones.	No evitar que el niño interactúe con otros, debido a los problemas que presenta. Se debe dar la oportunidad de poner en juego sus habilidades (interviniendo sólo en caso de ser necesario).
Proporcionar información básica sobre la interacción interpersonal (v.g.: «saluda a los primos»).	No hablar por el niño o adolescente.
Proporcionar andamiaje (ayuda gradual al niño adecuada a sus dificultades).	No «etiquetar» al niño o adolescente delante de familiares o conocidos.
Sugerir alternativas de conducta.	No evitar charlar sobre las creencias y pensamientos desadaptativos.
Reforzar las conductas sociales adecuadas.	No justificar la conducta socialmente inadecuada del

chico.

Animar a mantener interacciones con iguales.

Participar activamente en el proceso educativo de sus hijos.

Los padres pueden animar a los chicos a hablar sobre sus miedos, enseñándoles a registrar diariamente las situaciones temidas asociadas a los pensamientos y sentimientos.

## 11.5. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

**Inglés, C. J. (2009).** *Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes: Programa PEHIA*, 3.<sup>a</sup> ed. Madrid: Pirámide.

El programa PEHIA (Programa de Enseñanza de Habilidades Interpersonales para Adolescentes) ha sido desarrollado para potenciar las relaciones interpersonales durante la adolescencia, prevenir problemas de adaptación y eliminar o reducir posibles dificultades en este ámbito. El PEHIA es un programa diseñado para que lo puedan aplicar profesores, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, educadores y animadores de ocio y tiempo libre en adolescentes de 12 a 18 años, tanto sin problemas aparentes como los que se encuentran en situaciones de riesgo social (alumnos de programas de garantía social, internos en centros de menores, etc.), con problemas internalizantes (aislamiento y retraimiento social, timidez, baja autoestima, etc.) o con problemas externalizantes (agresividad, hostilidad, etc.).

**Monjas, M. I. (2000).** *La timidez en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Esta monografía aborda el retraimiento o timidez de niños y adolescentes. Se describe detalladamente el comportamiento retraído y se abordan sus causas, su evaluación y tratamiento.

**Monjas, M. I. (2007).** *Cómo promover la convivencia: Programa de Asertividad y Habilidades Sociales (PAHS)*. Madrid: CEPE.

Programa dirigido a Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Compuesto por diez habilidades sociales referidas a comunicación, asertividad, emociones, interacciones sociales positivas e interacciones difíciles.

**Trianes, M. V. y Fernández, C. (2001). *Aprender a ser personas y convivir*. Bilbao: DDB.**

Programa dirigido a Educación Secundaria para el desarrollo de habilidades interpersonales y actitudes prosociales en los centros educativos. Se enfoca desde una perspectiva de colaboración entre el departamento de orientación y el profesorado.

**Trianes, M. V., Muñoz, Á. M. y Jiménez, M. (2007). *Las relaciones sociales en la infancia y en la adolescencia y sus problemas*. Madrid: Pirámide.**

En esta obra se define, explica y describen las relaciones sociales en la infancia y la adolescencia. Se tratan temas como la amistad, la solución de conflictos, el diálogo, la negociación, la expresión de opiniones, la adopción de otro punto de vista y otras habilidades.

## **11.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Inglés, C. J., Delgado, B., García-Fernández, J. M., Ruiz, C. y Díaz, Á. (2010). Sociometric types and social interaction styles in a sample of Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 730-740.

Inglés, C. J., Rosa, A. I., Méndez, F. J., Estévez, C. e Hidalgo, M. D. (2003). Evaluación de las habilidades sociales en educación secundaria: revisión de cuestionarios, inventarios y escalas. *Psicología Educativa*, 9(2), 71-88.

Trianes, M. V., Muñoz, Á. M. y Jiménez, M. (2007). *Las relaciones sociales en la infancia y en la adolescencia y sus problemas*. Madrid: Pirámide.

Parte cuarta

## **Procedimientos cognitivos**

# 12. TERAPIA COGNITIVA

JUAN SEVILLÁ GASCÓ Y CARMEN PASTOR GIMENO

## 12.1. REQUISITOS MÍNIMOS PARA PODER APLICAR TERAPIA COGNITIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Usar terapia cognitiva es difícil, tanto para los terapeutas como para los clientes.

Desde el punto de vista del psicólogo profesional, el uso de las estrategias más cognitivas es más complicado que el uso de las técnicas más conductuales. Primero, porque los procedimientos cognitivos son más complejos, más sofisticados y, aunque hay mucha literatura científica, en poca se describe con detalle, paso a paso, cómo implementarlos. Las técnicas conductuales tienen programas de aplicación más sencillos y mejor protocolizados.

El rol del terapeuta al aplicar terapia cognitiva es mucho más activo y exige una serie de habilidades básicas que muchos aspirantes no poseen o, al menos, necesitarían mejorar. La más importante sería el dominio del lenguaje. Al usar procedimientos verbales, es imperativo manejar muy bien el lenguaje. Los pensamientos, en su inmensa mayoría, tienen un formato verbal. En realidad es aún mucho más complicado, porque, de manera habitual, hay diferencias entre cómo expresamos los pensamientos y el significado real, subjetivo y genuino, que tienen para cada uno de nosotros.

También se necesita una capacidad de resolución de problemas eficaz y rápida. Como norma, el cliente casi nunca responde a la pregunta de discusión que estamos usando, «estilo socrático» o «descubrimiento guiado», de la forma óptima para llegar a la conclusión adecuada: que el pensamiento es inadecuado. El terapeuta, en segundos, debe procesar esa respuesta, reformular la estrategia y plantear otra pregunta. Los aspirantes a terapeutas cognitivos encuentran este proceso estresante y difícil. Y lo es.

Otro problema añadido es que no hay una única forma de aplicar estas técnicas. El mismo pensamiento blanco puede ser abordado con diferentes directrices de discusión, lo que complica el proceso de aprendizaje.

Además, la aplicación de la terapia cognitiva obliga a los terapeutas a creer realmente en el modelo. No funcionará bien el proceso si el terapeuta conceptualiza el modelo A-B-C como un paradigma para hacer terapia, pero no válido para explicar la naturaleza humana o su propia psicología.

Al cliente también se le exige una serie de habilidades verbales y meta-cognitivas. Facilita el proceso un buen manejo del lenguaje, así como de recursos metacognitivos,

como ser capaz de reconocer y observar las emociones y pensamientos propios, posteriormente objeto de análisis.

Por eso, en general, como clínicos usamos sólo terapia cognitiva cuando es estrictamente necesario.

Con jóvenes, niños y adolescentes, el tema es aún más complicado. A estas potenciales dificultades del organismo en adultos hay que añadir la dimensión evolutiva. Siguiendo los estadios evolutivos postulados por Piaget, aquellos niños en el estadio preoperativo, entre los 2 y los 7 años, en los que el pensamiento es muy concreto, específico, poco lógico y extremadamente egocéntrico, los procedimientos terapéuticos cognitivos serían virtualmente inaplicables. Los niños entre los 7 y los 11 años, en el período de operaciones concretas, con mayor desarrollo cognitivo y verbal, probablemente ya permitirían el enfoque cognitivo. Y, finalmente, a partir de los 11 años, período de operaciones formales, ya con un desarrollo del pensamiento abstracto y lógico, la implementación de técnicas cognitivas será más fácil.

En general, el acuerdo no explícito, pero aceptado por casi todos los terapeutas cognitivo-conductuales, es que la mayoría de los niños son accesibles a la metodología cognitiva a partir de los 10 años. También hay mucha variabilidad intersujetos. Muchos niños más jóvenes ya están en esa etapa de desarrollo, mientras que otros necesitan más tiempo para alcanzarla.

Por otra parte, hay diferentes métodos de intervención cognitiva en niños. Probablemente con niños más jóvenes y con un nivel de desarrollo evolutivo menor podríamos utilizar metodología cognitiva más simple, más conductual, como por ejemplo las autoinstrucciones, o incluso métodos de resolución de problemas adaptados.

Además de estas características del organismo en jóvenes, también habría que considerar otras variables, como el grado de consciencia de trastorno y la relación terapéutica. Hay niños, y sobre todo adolescentes, a los que les resulta muy difícil reconocer que están sufriendo. Ello puede obedecer a distintas razones: sentirse avergonzados o débiles por reconocerlo ante sus iguales o adultos, creer que no se puede mejorar, tener dificultades para reconocer emociones en general, o simplemente negarse a recibir ayuda como arma contra sus padres. En cada caso, la solución será diferente y siempre adaptada a cada joven.

La relación terapéutica es también compleja. Nuestro enfoque es muy sencillo y se basa en los siguientes preceptos. Primero, adaptar el lenguaje y el estilo de relación en general. Los niños y adolescentes hablan como niños y adolescentes. El terapeuta tiene que conocer y manejar ese lenguaje. Si no hay un código común, la comunicación será deficiente. Segundo, conocer y estar familiarizado con el mundo real infanto-juvenil, y en particular con el microcosmos en el que se mueve ese joven en particular: música, series de televisión, videojuegos, juegos *on line*, deportes, animales, nuevas tecnologías... El niño o el adolescente confiará más en un terapeuta familiarizado con su universo. Tercero, ser genuino y respetuoso. A veces los terapeutas poco familiarizados con el

mundo de los jóvenes pueden encontrar pueriles o simples sus preocupaciones o dificultades, y sobre todo las circunstancias que las evocan: suspender un examen, discutir con un amigo o no tener el teléfono móvil que desean. Hay una norma muy simple: ¡si algo afecta al cliente, eso, sea lo que sea, es importante! Cuidado con ser condescendiente, o intentar quitar importancia a este tipo de escenarios. Es la mejor forma de no conectar con los chavales.

Con niños pequeños, menores de 10/11 años, hay que recordar que el terapeuta empieza siendo un desconocido, y que los niños tienen miedo a los desconocidos. Nuestro consejo es ser muy flexibles y pacientes. A menudo ayuda dedicar un tiempo en un entorno que tenga una valencia positiva para el niño, por ejemplo un entorno de juego. Conseguir crear una relación entre el joven cliente y el terapeuta, compartiendo un reforzador potente, antes de pasar a aplicar recursos terapéuticos de intervención.

## 12.2. TERAPIA COGNITIVA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

### 12.2.1. Explicar el modelo A-B-C

El primer paso para implementar las estrategias dialécticas-verbales de la terapia cognitiva es la presentación del modelo A-B-C. En adultos, nos movemos en un continuo en el que en un extremo estaría el estilo socrático y en el otro el magistral. El estilo socrático básicamente significaría guiar al cliente, por medio de estratégicas preguntas, para que él/ella mismo/a llegue al descubrimiento del modelo A-B-C: que el punto (C), las emociones, no está producido directamente por la situación (A), sino por la combinación de ésta y los pensamientos (B).

En niños y adolescentes tendemos a utilizar un estilo más magistral, donde se presenta el A-B-C con un formato más directo y dirigido, pidiendo un menor esfuerzo al cliente. En cualquier caso, lo mejor será adaptarse a las características de cada joven, teniendo en cuenta su estado de desarrollo cognitivo, sus habilidades metacognitivas y sus recursos verbales, además de otras variables como su motivación o afectación emocional.

Una estrategia habitual en nuestro modelo de hacer terapia cognitiva es llegar al modelo A-B-C a partir de la presentación de una historia. Un determinado escenario donde dos personas distintas reaccionan también de forma diferente, ante las mismas circunstancias. Por supuesto, es de suma importancia que la historia esté adaptada a las características del cliente, a su edad y nivel sociocultural. En niños y adolescentes es crucial. Por ejemplo, para jóvenes de entre 12 y 15 años podría ser recoger la nota de un examen y estar suspenso, o enviar un *whatsapp* y no recibir respuesta rápida.

He aquí una transcripción de una sesión terapéutica cuyo objetivo es presentar el A-B-C a un joven cliente de 13 años que sufre un TOC.

TERAPEUTA (T): *Nacho, te voy a contar una historia, y a partir de ahí espero que lleguemos a algunas conclusiones importantes sobre lo que vamos a hacer para superar tu problema. ¿Te parece?*

CLIENTE (C): *Claro, ¡adelante!*

T: *Imagínate que un chaval de tu edad, que estudia lo mismo que tú, con aficiones similares y una vida bastante parecida a la tuya, envía un whatsapp a un amigo, y éste no le contesta. ¿Me sigues?*

C: *Sí, sí, es un palo.*

T: *Sí. De hecho, cuando nuestro amigo no recibe respuesta se pone muy triste, deprimido y se pone a llorar. Es más, tenía pensado salir por la tarde con unos amigos, y decide no hacerlo.*

C: *¡¡Vaya!!*

T: *Imagínate a otro chaval, también de la misma edad, en las mismas condiciones, quizá un compañero de clase, que le pasa lo mismo; envía un WhatsApp y tampoco le contestan. Pero mira la diferencia. Su reacción es distinta, se queda un poco despagado, triste y decepcionado, pero no deprimido. Al cabo de unos minutos ya no se acuerda, y sale a dar una vuelta con sus amigos.*

C: *Sí, es otra cosa.*

T: *¡Muy bien! Lo es, y aquí viene tu trabajo. ¿Por qué crees que han reaccionado de forma distinta?*

C: *Hombre, porque son personas diferentes.*

T: *Sí, ¡correcto! Pero, ¿en qué son distintas?*

C: *El primero se lo toma a la tremenda, igual se echa la culpa, y el segundo dice; «va, no pasa nada».*

T: *¡¡Eso es!! Vayamos más allá, ¿qué puede haber pensado el primero?*

C: *Pues igual: «no me contesta, ¿qué he hecho mal?»*

T: *Sí, «he metido la pata, soy tonto, ya no querrá ser mi amigo...», ¿no?*

C: *Sí, sí...*

T: *Y el otro, ¿que habrá pensado?*

C: *«¿No me contesta? Estará liado».*

T: *Exacto: «Estará ocupado haciendo otras cosas, es un despistado, le escribo luego».*

C: *Sí, sí... Está claro.*

T: *¡Vaaaale! Pues ésta es la clave. Ver que, aunque no recibir respuesta al whatsapp es importante, porque todo empieza ahí, a esto le vamos a llamar el punto (A), no es sólo el punto (A) lo que causa cómo se sienten y cómo actúan nuestros amigos, que vamos a llamar el punto (C), ¡¡porque si no ambos se habrían sentido y reaccionado igual!!*

C: *Sí, sí, lo entiendo.*

T: *Tenemos que añadir la forma en la que cada uno interpreta la falta de respuesta, los pensamientos, el punto (B).*

C: *¿El punto (B)?*

T: *¡¡Exacto!! La manera de analizar la situación. A esta forma de ver las cosas le llamaremos el modelo A-B-C. El (A) no causa directamente el (C). El (C) es el resultado de la combinación del (A) más el (B). Es decir, nos sentimos de una manera u otra por la situación, donde todo empieza, y su interpretación. No sólo por la situación.*

C: *Caray... Entonces, lo que quieres decirme es que lo que pienso hace que...*

Con niños más jóvenes resulta muy útil utilizar recursos gráficos como dibujos o diagramas.

Una vez el modelo A-B-C está comprendido y aceptado por parte de nuestro joven cliente, lo extrapoláramos a su malestar, haciéndole ver que una parte importante de su sufrimiento está causado por los *pensamientos negativos automáticos* (PNA) que aparecen en esos momentos.

Respecto al uso de la jerga cognitiva, no somos muy estrictos ni siquiera con adultos, y por supuesto menos con niños y adolescentes. Pero tampoco nos negamos; si al cliente le gusta, entonces adelante.

A los más jóvenes les resulta útil darle una entidad a los PNA, como el monstruo, el

mentiroso, o ir más allá e identificarlos con un personaje concreto de un cuento, cómic o videojuego. Nos parece útil, y lo reforzamos, pues ayuda a distanciarse de esas líneas de pensamiento y comprobar que no son ellos mismos.

### 12.2.2. Explicar qué es la terapia cognitiva

En este punto introducimos el concepto de terapia cognitiva. Sería como jugar al detective, al científico o al investigador.

Veamos cómo se lo contamos a Nacho.

T: *Nacho, si parte de tu malestar proviene de tus pensamientos, ¿qué tal si los cambiamos?*

C: *¿Es posible?*

T: *Sin duda. ¿Tú sabes cómo trabajan los científicos?*

C: *Supongo...*

T: *Cuando un científico investiga algo, un fenómeno natural, por ejemplo, después de recopilar información lo intenta explicar, y a eso le llama hipótesis. ¿Te suena esto?*

C: *Sí, sí, lo hemos dado en clase.*

T: *¡¡Bien!! Una hipótesis es una explicación, una interpretación de lo que está pasando. Lo que el científico cree que está pasando. Pero, y esto es lo más importante, no se la cree hasta que la demuestra en el laboratorio.*

C: *¡¡Claro!!*

T: *Pues eso mismo. Vamos a jugar a ser científicos. En vez de creernos directamente que los pensamientos que tenemos cuando nos sentimos mal son ciertos, los vamos a analizar para ver si realmente lo son.*

C: *Vaaale, ¡adelante!*

T: *¡¡Genial!!*

### 12.2.3. Enseñar las técnicas de discusión cognitiva

En adultos, en este estadio, introducimos el concepto de criterios y pre-criterios de racionalidad. Serían como las normas del juego, como las reglas en las que se fundamenta el análisis lógico de los PNA. Es una forma de aumentar las probabilidades de que la discusión verbal sea fluida. Desde esos preceptos, enseñamos al cliente a hacer preguntas que cuestionan la objetividad de los pensamientos (*¿Qué pruebas tenemos a favor?*), la emoción que producen (*¿Cómo nos sentimos al pensar...?*), la utilidad que tienen (*¿Para qué me sirve pensar...?*) y el tipo de lenguaje usado (*¿Qué palabras uso?*). En nuestro protocolo de terapia cognitiva, esto sustituye al esfuerzo memorístico de recordar los errores lógicos de pensamiento y su puesta a prueba, o las ideas irracionales y su debate, si se usa un modelo basado en Beck u otro basado en Ellis. Creemos que un terapeuta que usa metodología cognitiva debe manejar y dominar esta tecnología, pero no necesariamente usarla al pie de la letra, especialmente cuando se tiene poca experiencia. Nuestro enfoque es más simple, y exime al terapeuta novel de recordar tanto contenido. Además, es aplicable a toda clase de trastornos.

En jóvenes no solemos presentar formalmente los pre y criterios de racionalidad, sino,

de forma más simple, modelamos preguntas para discutir y analizar los PNA.

T: *Vale Nacho, esto es lo que pasó: tus padres salen de casa el viernes por la noche para cenar con unos amigos (A), y tú piensas (B): «si no me miro en el espejo del recibidor y sonrió tres veces seguidas, a mis padres les pasará algo malo». Pensar así te pone nervioso, y lo resuelves, efectivamente, sonriendo tres veces (C). ¿Es así?*

C: *Exacto, tal cual.*

T: *Vale, analicemos ese pensamiento.*

C: *OK.*

T: *¿Qué pruebas tenemos de que si no ritualizas, en verdad les pasará algo malo?*

C: *¡Es que me lo creo!*

T: *Por supuesto, y por eso te sientes mal. Pero que te lo creas, ¿es una prueba de que realmente vaya a pasar?*

C: *No, no, supongo. ¡Pero siempre lo he hecho, y nunca les ha pasado nada!*

T: *Si, es verdad; pero eso no demuestra que si no lo hubieras hecho, inevitablemente les hubiera pasado algo malo.*

C: *Es verdad... Tienes razón.*

T: *¿Qué sería pasarles algo malo?*

C: *No sé; un accidente, que les atraquen, que les sienta mal la cena...*

T: *¿Qué te preocuparía más?*

C: *Un accidente.*

T: *¿De qué depende tener un accidente?*

C: *Del tráfico.*

T: *Y del tiempo, del estado de la carretera... ¿Qué más?*

C: *El coche, semáforos...*

T: *¡¡Correcto!! ¿Depende de lo que haga o no haga tu hermano?*

C: *No, no.*

T: *¿Tu hermana?*

C: *¡No!*

T: *¿Por qué sí de lo que tú hagas?*

C: *¡Es verdad! ¡Es absurdo!*

T: *¡¡Muy bien!!*

Este procedimiento, la discusión (D), se repite en sesión hasta que el cliente lo haya aprendido. Aquí su rol es relativamente poco activo; sólo tiene que contestar a las preguntas del terapeuta, y llegar a la conclusión adecuada: el pensamiento analizado no es una buena interpretación de la situación. Ahí se le anima a buscar una interpretación alternativa (e): «*De acuerdo, si ésta no es una buena explicación de la situación, ¿qué podríamos pensar en vez de pensar esto?*». El objetivo de la discusión es analizar los pensamientos meta, no sustituirlos por otros más «racionales» o «lógicos». Si la discusión nos demuestra que el pensamiento objeto de análisis es inadecuado, entonces buscaremos una alternativa de pensamiento que encaje mejor con los datos disponibles; no una alternativa perfecta u optimista, sino real (E).

A continuación le pedimos una participación mayor, que él/ella mismo/a se haga sus propias preguntas de discusión. El terapeuta instiga, refuerza y modela si aún es necesario.

Después de varias sesiones así (el ritmo lo establece la evolución del cliente) le pedimos otro salto; que en casa, no en el momento de sentirse mal, sino estando

tranquilo, practique la discusión. A esto le llamamos practicar «en frío». La idea es ir acercando la discusión al momento de malestar, de manera moldeada, gradualmente.

Utilizamos comparaciones y metáforas. Con jóvenes, por ejemplo, las basadas en prácticas deportivas suelen ser muy útiles: «*Si quieres llegar a ser un buen jugador de tenis, desde que el monitor te enseña a darle de revés en una clase hasta que puedas usar el revés en un partido real, tienes que practicar mucho en condiciones más fáciles. Un compañero con un cubo de bolas te lanza cientos de bolas a tu revés, y tú practicas hasta que te sale de forma instintiva, natural. Esto es igual, antes de poder luchar con los pensamientos negativos estando mal, necesitamos practicar la discusión en condiciones más favorables*».

#### **12.2.4. Enseñar a usar las técnicas de discusión cognitiva para cambiar el comportamiento**

Finalmente, el objetivo sería usar la terapia cognitiva en las situaciones problemáticas para reducir el malestar y que el cliente pueda actuar de forma más saludable. Un error habitual en la práctica de la terapia cognitiva, a menudo conectado con un enfoque cognitivista acérrimo, es que las técnicas verbales no reviertan en cambio conductual. Si eso ocurre, la terapia cognitiva no servirá de mucho. Hay que recordar que los problemas psicológicos se mantienen por los reforzadores que siguen a las conductas operantes que los conforman. En la mayoría de los casos, las principales operantes son motoras. La terapia cognitiva sería una estrategia para, reduciendo la credibilidad de las respondientes cognitivas, reducir la intensidad de las respondientes emocionales/fisiológicas, y poder cambiar los operantes motores que crean los reforzadores negativos y positivos. Si este cambio no se produce, no habrá mejoría. Más específicamente, en trastornos de ansiedad, por ejemplo, el cambio conductual suele implicar quitar conductas de seguridad: evitación y escape. A menudo, dentro de la jerga y metodología cognitiva, estas estrategias se denominan experimentos conductuales. Desde un enfoque más conductual, serían una forma diferente de implementar técnicas de exposición.

T: *Nacho, yo creo que ya estamos en condiciones de dar un salto muy importante, un salto que creo te hará mejorar un montón.*

C: *¿Cuál?*

T: *Cambiar tu conducta. Este sábado, cuando tus padres salgan, quiero que NO ritualices.*

C: *Me pondré muy nervioso.*

T: *Sí, te pondrás nervioso. Quizá menos de lo que esperas, pero sí, es muy probable. Pero para mejorar ese nerviosismo tienes que usar las técnicas verbales que hemos practicado.*

C: *Es verdad, me dan seguridad.*

T: *¡Eso es! Quiero que uses estas estrategias para no ritualizar; es más, luego quiero que saques conclusiones.*

C: *¿Qué quieres decir?*

T: *Si no ritualizas y tus padres vuelven sanos y salvos..., ¿qué conclusión podrías sacar?*

C: *¡Aaaah!, claro, ya te entiendo.*

Es crucial entender el papel de las técnicas cognitivas; son un medio, no el fin. Están al servicio del cambio de conducta.

En trastornos de alimentación, las técnicas cognitivas serían un paso intermedio para el cambio en el patrón de alimentación. Llegar a la conclusión de que comer un donut no hará que una joven de 15 años engorde 10 kilos a través de la discusión cognitiva y la psicoeducación, no servirá de nada, si, efectivamente, no se lo come y lo comprueba.

En depresión, las técnicas verbales suelen estar en la base de los programas de actividades placenteras o de activación conductual. En realidad, enseñamos a nuestros jóvenes clientes a usar ambas estrategias de forma sinérgica y concatenada. Un bache depresivo lo pueden superar haciendo una actividad agradable, o cambiando los pensamientos. Les decimos que una técnica siga a la otra; si empieza haciendo una actividad agradable, que continúe debatiendo los pensamientos; si empieza cambiando los pensamientos, que siga con una actividad agradable.

Estas estrategias serían las piezas que conforman el corazón de la intervención cognitivo-conductual: las técnicas verbales y la concatenación consecutiva de técnicas conductuales, y supondrían lógicamente el grueso de la terapia. Si todo el proceso funciona de la manera adecuada, en este estadio sería donde tendríamos que conseguir la mayoría de las mejoras terapéuticas. He aquí otra transcripción de una sesión terapéutica con Luis, un joven de 15 años que sufre depresión.

T: *De acuerdo, la situación (A) fue que te dieron las notas del último examen de matemáticas y tenías un 4, ¿cierto?*

C: *Sí, así fue.*

T: *Te sentiste muy triste, con ganas de llorar (C), aunque te contuviste.*

C: *Sí, sí, pero me costó mucho.*

T: *Sí, lo pasaste fatal. Y pensaste (B) «soy un desastre, todo lo hago mal».*

C: *Sí.*

T: *¿Analicémoslo! Veamos si es así en realidad.*

C: *Vale.*

T: *¿Suspender un examen de matemáticas es una prueba irrefutable de que eres un desastre y que todo lo haces mal?*

C: *Sí.*

T: *¿Todo?*

C: *Bueno, todo, todo...*

T: *¡Eso es, todo! Todo significa que el 100% de lo que haces lo haces mal. ¿Es eso cierto, demostrable, verificable? ¿Qué diría el científico que llevas dentro?*

C: *Todo, todo, ¡igual no!*

T: *¡Muy bien! Eso mismo creo yo. ¿Cómo podríamos explicar tu suspenso entonces?*

C: *La verdad es que estudié poco.*

T: *Y estudiaste poco..., ¿por qué?*

C: *Porque no estaba bien, no me encontraba con ánimo.*

T: *Exacto, porque estás pasándolo mal, porque estás triste, y estando así la capacidad para estudiar se reduce mucho.*

C: *Sí, es cierto.*

T: *Además, igual me equivoco, ¿pero no te resultaba difícil concentrarte en los problemas del examen?*

C: *Sí, sí, se me iba el santo al cielo.*

T: *Sí, eso pensaba. Imagínate que hubieras hecho el examen con un gran dolor de cabeza, ¿hubieras*

pensado lo mismo?

C: *No, claro. Hubiera visto que era muy difícil concentrarse.*

T: *¡Genial! ¿No es algo parecido?*

C: *Sí, sí, es cierto, ¡¡claro!!*

T: *Así me gusta, esa sí es una buena explicación para tu examen suspenso: primero, como resultado de tu malestar; te resultó muy complicado estudiar lo suficiente; segundo, fue muy complicado concentrarte durante el propio examen.*

C: *Sí, sí, lo veo.*

T: *Bien, pues volvamos al programa de actividades agradables.*

### 12.2.5. Modificar las creencias disfuncionales

Finalmente, el último estadio en la implementación del enfoque cognitivo sería cambiar las creencias disfuncionales. Tanto el Dr. Ellis como el Dr. Beck y el resto de sus discípulos conceptualizan los problemas emocionales en su causa más remota, como el resultado de una serie de ideas filosóficas, sobre nosotros mismos, los demás y el mundo. Estas ideas se aprenderían en la infancia, y luego actuarían como filtros, con los que procesaríamos nuestras experiencias de una manera sesgada. Estas ideas, desde una óptica más conductual, los conceptualizamos como parte de la vulnerabilidad psicológica para el desarrollo de trastornos emocionales, y, en términos prácticos, su cambio o flexibilización, técnicamente, ya sería mantenimiento de logros y prevención de recaídas.

Ejemplos de este tipo de ideas serían: «*Lo tengo que hacer todo perfecto para aceptarme a mí mismo*», «*Necesito caerle bien a todo el mundo*», «*El mundo es muy peligroso*», «*Si estás gordo, todo te irá mal en la vida*»...

Un valor añadido del trabajo con niños y adolescentes, además de la enorme satisfacción de ver las mejorías, es que estas ideas o no existen o están en un grado de implantación aún muy débil. Así pues, esta fase no existe en niños jóvenes, o es mucho más ligera que en adultos y en jóvenes adolescentes.

Veamos un fragmento terapéutico con Luis, nuestro joven deprimido, lidiando con una de estas ideas.

T: *Entonces, Luis, si lo he entendido bien, la idea sería algo así como que para quererte a ti mismo lo tienes que hacer todo perfecto. ¿Es eso?*

C: *Bueno, igual yo no lo había pensado así antes, pero sí, sí ¡eso es!*

T: *Vale, sometamos la idea a análisis.*

C: *¡Vale!*

T: *¿Es posible hacerlo todo perfecto?*

C: *Sí, claro.*

T: *¿Síiiii? ¿Conoces a alguien que lo haga todo perfecto?*

C: *...*

T: *¿Alguien que no se equivoque nunca?*

C: *... La verdad es que... no.*

T: *¡Claro! ¡Nadie! Hay gente con mucha habilidad para ciertas cosas, pero también cometen errores. ¿Por qué tú deberías hacerlo todo perfecto?*

## **12.3. DIEZ PROBLEMAS HABITUALES USANDO TERAPIA COGNITIVA**

### ***1. Hacer terapia cognitiva en problemas en los que no existe evidencias de su eficacia.***

La práctica clínica de un buen terapeuta tiene que estar basada en estrategias empíricamente validadas. Ese es uno de los objetivos fundamentales de la investigación: averiguar qué estrategias funcionan en qué problemas psicológicos.

A menudo se cometen errores imperdonables en esa línea, aplicar terapia cognitiva en trastornos en los que no aporta nada o incluso puede reducir la eficacia del abordaje terapéutico. Un ejemplo clásico sería implementar técnicas de terapia cognitiva en el tratamiento de las fobias específicas.

### ***2. Usar terapia cognitiva en clientes que no reúnen los prerequisites mínimos para su implementación.***

Como comentábamos en un punto concreto de este capítulo, para poder usar las técnicas cognitivas los clientes tienen que reunir unas características básicas de la variable organismo.

En niños y adolescentes, se necesita en desarrollo madurativo mínimo que los cualifique para manejar conceptos de un cierto grado de abstracción. En adultos, un cierto manejo del lenguaje y algunas habilidades metacognitivas. No todo el mundo es igualmente susceptible de un abordaje cognitivo: personas muy mayores, con deterioros cognitivos, con poco consciencia de trastorno..., etc.

### ***3. Pasar a la siguiente fase del protocolo de terapia cognitiva sin superar claramente el anterior.***

La terapia cognitiva, como el resto de las técnicas cognitivo-conductuales, se aplica siguiendo un proceso moldeado, paso a paso. Cada estadio se cimienta en el anterior.

A veces, sobre todo entre terapeutas noveles, y con el entusiasmo de la inexperiencia, se avanza demasiado rápido en ese continuo. El resultado inevitable, en estos casos, es el fracaso terapéutico.

Si en el caso de un adolescente con problemas de enfado intentamos discutir alguno de sus pensamientos inflamatorios, sin haber entendido y compartido el modelo A-B-C, argumentará que el problema son los otros, y nada que ver con su interpretación.

### ***4. Presentar una versión cognitiva acérrima del modelo A-B-C.***

Frecuentemente, muchos de los autodenominados terapeutas cognitivos presentan una versión del modelo A-B-C emancipando completamente el C del A. Es decir, el malestar emocional y conductual (C) no tendría NADA que ver con la situación disparadora (A), sino estaría causado exclusivamente con el (B), la interpretación.

Esta versión de modelo A-B-C no sólo es incorrecta y falsa, sino que en ocasiones funciona como una forma potente de cortar la empatía con el cliente o incluso de casi llegar a insultarle. ¿Cómo se le puede decir a un cliente que acaba de perder a un ser querido (A) que el problema en realidad no es ése, sino la forma en que él lo interpreta (B)?

En jóvenes, niños y adolescentes, muchas veces cometemos ese error frivolisando, quitándole importancia a un evento disparador, porque como adultos tenemos otra forma de medir el grado de aversividad de ese estresor en particular: «*No, el problema no es que un amigo te haya criticado en facebook, el problema está en que tú te lo tomas muy mal*».

### **5. No «estirar» adecuadamente los PNA antes de empezar a discutirlos.**

Todas las personas que aprendemos un determinado idioma compartimos un lenguaje formado por palabras que llevan implícitas un significado, una semántica, una idea, un concepto. Por eso nos entendemos. Pero también es cierto que, en función de nuestras experiencias personales, las mismas palabras pueden tener diferentes significados. Por ejemplo, cuando un quinceañero dice que si se le ocurre la idea de preguntar en clase (A), piensa algo así como «*voy a hacer el ridículo*» (B) y, por tanto, se siente ansioso y no pregunta (C). ¿Qué significa para él exactamente «*voy a hacer el ridículo?*». Podría significar: «*haré una pregunta poco inteligente*», o «*¿y si pregunto algo que el profe acaba de explicar?*» o «*¿y si me quedo en blanco?*», o «*¿y si tartamudeo?*», o más posibilidades.

En eso consiste estirar los pensamientos. Asegurarnos el significado real, concreto y genuino que para ese cliente tiene un determinado PNA. A ese proceso Beck lo llamaba la flecha descendente.

### **6. Discutir un pensamiento negativo automático «en el aire».**

Esta es la expresión coloquial que usamos para un error habitual: que el terapeuta intenta discutir un B, no conectado con un A, sino en general.

Las pruebas que invalidan o apoyan la veracidad de un B vienen siempre del A. Si no conectamos un B con un A la tarea se puede convertir en algo interminable y, probablemente, con alta probabilidad de fracaso. Por ejemplo, discutir el B, «soy un fracaso», ante el A, suspender un examen, es algo relativamente sencillo. No será muy complicado llegar a la conclusión de que ese B no es una buena explicación de ese A, y que hay otras explicaciones más realistas, como haber estudiado poco, haberse puesto nervioso o estar muy cansado por dormir poco. Pero, ¿cómo se discute «soy un fracaso» en general? ¡¡¡Muy difícil!!!

### **7. Usar un estilo poco socrático, excesivamente magistral.**

Hay una norma básica en terapia cognitiva: cuando como terapeuta te sorprendes a ti mismo haciendo un monólogo demasiado largo, probablemente lo estás haciendo mal.

Estás intentando convencer al cliente de que sus pensamientos son inadecuados.

Funciona mejor, aunque es más difícil, usar un estilo socrático, de descubrimiento guiado. Mediante estratégicas preguntas, el terapeuta debe guiar al cliente para que éste descubra que, efectivamente, sus pensamientos no son una buena interpretación de la situación. Nunca debe intentar convencerle mediante argumentaciones o discursos largos, aunque sean lógicos y racionales.

Esto es particularmente importante con clientes difíciles, bien por su baja motivación o, sobre todo, porque el nivel de credibilidad que le confieren a sus pensamientos es muy alto. Estas dos características, muchas veces, definen a los adolescentes que vemos en terapia. Y ser un terapeuta cognitivo de discurso largo es la mejor forma de ganarnos reacciones defensivas. Seremos una versión diferente de sus padres o de sus profesores, que ya habrán intentado «convencerles» de que no está gorda, de que no tener el último *Iphone* no es el fin del mundo, o que su profe no le tiene manía.

### **8. *Sugerir o aceptar alternativas demasiado pronto o de color rosa.***

La terapia cognitiva no es terapia de autoinstrucciones. El objetivo no es sustituir mecánicamente el PNA por otro más razonable. El énfasis debe estar centrado en la discusión, en el análisis del pensamiento blanco. Si el resultado de ese proceso es llegar a la conclusión de que el pensamiento es inadecuado, entonces de una forma natural, casi por inercia, aparecerá una alternativa para interpretar esa situación: «¿Entonces, si esa interpretación no es buena, qué podríamos pensar?».

También es habitual errar permitiendo o sugiriendo incluso alternativas demasiado positivas. La terapia cognitiva no es autosugestión o el poder del pensamiento positivo. No se trata de enseñar al cliente a autoengañarse para ver las cosas mejor de como son, sino aprender una óptica científica, creer aquello que podemos demostrar con datos sólidos.

Cuidado especialmente en niños, por la facilidad para ser sugestionados.

### **9. *No pasar de las técnicas cognitivas al cambio conductual.***

Ya comentado en puntos anteriores, el tratamiento no funcionará si no hay cambio conductual. Los reforzadores que mantienen la conducta problema se dan cuando la persona emite la conducta operante. Si ésta no desaparece, no desaparecen los reforzadores, y por tanto no habrá cambio.

Basta con revisar todos los protocolos de tratamiento; no existe terapia cognitiva pura.

### **10. *Tratar de modificar creencias personales del cliente que no son parte del problema.***

No es raro, sino todo lo contrario, habitual, que muchos terapeutas decidan de forma arbitraria modificar creencias personales del cliente que no son parte del problema. Hay áreas donde no llega la ciencia y la investigación, y algunos profesionales proyectan sus propias ideas personales, intentando cambiar las del propio cliente. Queremos pensar que

se hace con la mejor intención posible, la mejoría de la calidad de vida del cliente, pero aun así, en nuestra opinión, es un comportamiento cuestionable y con falta de ética.

En adultos son clásicos temas como: religión, relación de pareja o, en general, filosofía de vida.

Esta variante del proselitismo sería especialmente peligrosa en niños y adolescentes, dada su extrema plasticidad y permeabilidad a las influencias de personas significativas.

## 12.4. RECURSOS

### **Lecturas recomendadas**

Bungue, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Aportes Técnicos. Buenos Aires: Akadia Editorial.

Gomar, M., Mandil, J. y Bungue, E. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Polemos, S. A.

Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Reinecke, M., Dattilio, F. M. y Freeman, A. (2003). *Cognitive Therapy with children and adolescents. A casebook for clinical practice*. Nueva York: Guilford Press.

Wilkes, T. C. R., Belsher, G., Rush, J. A. y Franck, E. (1994). *Cognitive Therapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.

# 13. DIÁLOGO INTERNO Y AUTOINSTRUCCIONES

MARÍA PAZ GARCÍA-VERA, NOELIA MORÁN, MARÍA GONZÁLEZ Y JESÚS SANZ  
FERNÁNDEZ

## 13.1. CONCEPTO

Actualmente nadie duda del papel que desempeñan nuestros propios pensamientos en el modo en que sentimos y actuamos a lo largo de toda nuestra vida. Un mismo suceso problemático puede provocar más o menos malestar y diferentes modos de comportarse según cómo se interprete. A sus 12 años, Ernesto siente una ansiedad tan intensa cuando su profesor le pide que salga a la pizarra, que le hace quedarse quieto como un pasmarote ante un problema de matemáticas que habría resuelto sin dificultad si hubiera estado sentado solo en su mesa. La ansiedad de Ernesto cuando tiene que resolver un problema en clase delante de sus compañeros se debe a que está interpretando que haga lo que haga va a ser evaluado negativamente. Piensa que si resuelve el problema todos sus compañeros le tacharán de «empollón y sabelotodo», pero si no lo hace su profesor pensará que es tonto o, lo que es peor, que le desobedece premeditadamente, y estos pensamientos le provocan ansiedad y le hacen quedarse quieto sin saber qué hacer. Si la interpretación de Ernesto en esta situación hubiera sido diferente, por ejemplo si interpretase que cuando te llaman «sabelotodo» es porque sabes más cosas que los demás y en el fondo te envidian por ello, si hubiera valorado que esto es algo positivo, tal vez sus emociones y su modo de afrontar la situación habrían sido diferentes. Lo que le ocurre a Ernesto es sólo un ejemplo de cómo lo que pensamos condiciona lo que sentimos y lo que hacemos.

Sin entrar a valorar si tras estos pensamientos negativos de Ernesto subyacen o no errores cognitivos o creencias irracionales, lo que resulta evidente es que algunos pensamientos negativos que forman nuestro autodiálogo nos producen malestar y nos llevan a actuar de forma poco adaptativa o útil ante situaciones problemáticas. Por supuesto, lo contrario también es cierto. Los pensamientos positivos que tenemos ante situaciones problemáticas pueden mejorar cómo nos sentimos y cómo nos enfrentamos a dichas situaciones, como cuando, por ejemplo, los niños se dicen a sí mismos que con toda seguridad serán capaces de aprobar un examen, que la vacuna no les dolerá o que lo van a pasar bien fuera de casa y van a ser capaces de estar lejos de sus padres.

Estas autoverbalizaciones para infundirse confianza, este autodiálogo positivo, pueden ser un determinante importante de nuestras emociones positivas, pero otros tipos de

autodiálogo también pueden ser importantes para controlar otros comportamientos motores o emocionales. Por ejemplo, a veces utilizamos autoverbalizaciones para darnos instrucciones concretas sobre cómo llevar a cabo una acción o una secuencia de acciones (v.g.: un estudiante de una autoescuela puede estar pensando el día del examen, mientras se sienta en el asiento del conductor: *«Me pongo el cinturón, compruebo los retrovisores, piso el embrague, quito la marcha...»*). Quizá una de las principales utilidades de nuestras autoinstrucciones sea la de permitirnos organizar nuestras acciones y establecer, por ejemplo, objetivos a corto, medio y largo plazo. Acercarse poco a poco a las propias metas en un proceso de aproximaciones sucesivas, consiguiendo cada día un pequeño objetivo y autorreforzándose por ello, es una habilidad fundamental de autocontrol que las personas desarrollamos a lo largo de nuestra vida y que nos permite, por ejemplo, seguir acudiendo a una clase de aeróbic cuando nos damos cuenta de que somos incapaces de seguir el baile tal y como lo hace la profesora y las aventajadas alumnas de las primeras filas. Podemos sentirnos decepcionadas de no ser capaces de seguir los pasos, pero podemos darnos autoinstrucciones que nos digan, por ejemplo, *«lo importante hoy es hacer este ejercicio y eso es más que suficiente para el primer día»*, *«ya me plantearé ir mejorando poco a poco, pero ahora con seguir la clase ya es suficiente»* o *«este ejercicio sí lo he conseguido, soy una crack, y en unas semanas también haré esos pasos tan difíciles»*, las cuales tendrán el efecto positivo de ayudarnos a seguir yendo a clase, a conseguir aprender el baile y a mejorar nuestra forma física.

Por tanto, las instrucciones que nos decimos en nuestro autodiálogo, las autoinstrucciones que nos damos, no sólo resultan útiles para cambiar nuestras emociones, sino también para guiar un comportamiento que implica varias secuencias de conductas, para organizar cuáles son nuestros objetivos en un momento determinado, para orientar nuestros pasos en la solución de un problema o para autorreforzarnos por haber hecho una determinada conducta o al menos por haberla intentado.

Esta relación entre nuestras conductas cognitivas, emocionales y motoras, así como la necesidad de trabajar de forma específica sobre los pensamientos, atribuciones, expectativas y creencias, comenzaba a ser un supuesto asumido por la psicología clínica de orientación conductual cuando a mediados de los años setenta del siglo pasado Meichenbaum presentó su entrenamiento en autoinstrucciones para lograr el cambio de la conducta manifiesta a través de la modificación de las autoverbalizaciones (Meichenbaum, 1975). De hecho, sus estudios previos con niños hiperactivos se consideran la base del desarrollo de la técnica y el procedimiento básico que entonces llevó a cabo y que aún continúa vigente hoy en día. En sus estudios se enseñaba su procedimiento básico de autoinstrucciones a niños hiperactivos para que aprendieran a controlar sus comportamientos impulsivos y a dirigir su conducta hacia la ejecución de las tareas escolares. No obstante, utilizar autoverbalizaciones para producir cambios en la conducta no era algo totalmente nuevo antes de los trabajos de Meichenbaum, puesto

que ya se habían incorporado en otras intervenciones conductuales anteriores con niños y adolescentes, como, por ejemplo, en el tratamiento de imágenes emotivas propuesto en los años 60 del siglo pasado por Lazarus y Abramovitz (1962) (véase capítulo 5). En este tratamiento se incluían autoverbalizaciones para potenciar los sentimientos de orgullo, y con ello el efecto de las imágenes emotivas como respuesta incompatible a la ansiedad en los problemas fóbicos. Pero más allá de la utilización de autoverbalizaciones positivas que generen emociones positivas, Meichenbaum (1975) especificó paso a paso el procedimiento a seguir para que las autoinstrucciones de todo tipo sirvieran para controlar todo tipo de emociones y comportamientos del niño o adolescente, procedimiento que trataba de reflejar lo que parece ser el proceso natural de aprendizaje por el que los seres humanos aprenden desde su temprana infancia a utilizar el lenguaje interno para regular voluntariamente sus conductas (Luria, 1961).

Hoy en día se sabe que los niños aprenden a regular su propia conducta e instruirse a sí mismos sobre cómo actuar en situaciones difíciles, incorporando y haciendo suyas las directrices que les dan los adultos. Poco a poco las instrucciones de las personas de referencia para el niño, fundamentalmente sus padres, van formando parte de un monólogo que el niño se dice y que incluye instrucciones que se van interiorizando hasta convertirse en su propio discurso privado, sus propias autoinstrucciones encubiertas. Las primeras investigaciones sobre la capacidad de los niños pequeños para utilizar sus verbalizaciones para controlar sus conductas fueron realizadas por Luria (1961), quien estudió cómo los niños pequeños comienzan a inhibir su comportamiento cuando son capaces de decirse que tienen que hacerlo, por ejemplo, cuando son capaces de decirse que deben esperar para tomarse una golosina después de comer o para utilizar un juguete que tiene otro niño. Y el proceso habitual por el que llegan a decirse que tienen que esperar implica que previamente sus padres, otros adultos o unos iguales más habilidosos en esta tarea se lo hayan dicho previamente muchas veces, e incluso les hayan ayudado a conseguirlo en situaciones en las que ellos por sí solos no lo habrían logrado. Por tanto, la adquisición del autocontrol es posible a medida que los logros cognitivos lo van sustentando, y muy especialmente gracias al desarrollo del lenguaje y a la existencia de un autodiálogo interno que incluye autoinstrucciones interiorizadas como resultado de un aprendizaje interpersonal. De hecho, investigaciones posteriores han demostrado que los niños que tienen una comunicación y un apoyo efectivo de los adultos en la realización de determinadas tareas son con el tiempo más habilidosos para llevarlas a cabo, al haber interiorizado el discurso con el que se les ayudaba (Behrend, Rosengren y Perlmutter, 1989).

En consecuencia, si el proceso normal para aprender a regular la propia conducta está basado en gran parte en el aprendizaje de autoinstrucciones, parece lógico pensar que cuando los niños tienen problemas para controlar su propia conducta motora o emocional se les pueda ayudar precisamente con el aprendizaje de esas autoinstrucciones. En este sentido, incorporarlas como un entrenamiento específico para que los niños puedan

dirigir y regular su propia conducta motora o emocional puede contribuir a reforzar, fomentar y potenciar su proceso natural de aprendizaje.

## 13.2. PROCEDIMIENTO

El procedimiento básico de entrenamiento en autoinstrucciones se desarrolla en cinco fases, que pretenden enseñar al niño a regular su comportamiento interiorizando las instrucciones externas del mismo modo en que parece que se aprende a regular la propia conducta en el curso del desarrollo (Meinchenbaum y Goodman, 1971). Inicialmente el niño controla su comportamiento siguiendo las instrucciones del adulto, sea éste el terapeuta, el profesor, el padre, la madre o incluso un hermano mayor o un niño más experto. Después, el niño controla su conducta repitiendo en voz alta y aprendiendo las instrucciones que le daba anteriormente el adulto o ese niño mayor o más experto. Finalmente, el autocontrol se adquiere porque el niño se va repitiendo las instrucciones en su diálogo interno, interiorizándolas. Por tanto, como resultado de este proceso de aprendizaje, el niño que obedecía las instrucciones externas terminará por ser capaz de controlar su propia conducta, haciendo suyas las instrucciones y utilizando su diálogo interno para repetírselas. En consecuencia, el procedimiento básico de entrenamiento en autoinstrucciones está compuesto por las siguientes cinco fases o pasos:

1. *Modelado cognitivo*: un modelo lleva a cabo una tarea mientras se habla en voz alta.
2. *Guiado externo en voz alta*: el niño realiza la misma tarea bajo las instrucciones del modelo.
3. *Autoinstrucciones en voz alta*: el niño realiza la tarea mientras se dan las instrucciones en voz alta.
4. *Autoinstrucciones enmascaradas*: el niño se susurra las instrucciones a medida que va llevando a cabo la tarea.
5. *Autoinstrucciones encubiertas*: el niño realiza la tarea mientras la dirige por medio de un lenguaje inaudible o privado.

Veamos el desarrollo del procedimiento en su aplicación a un caso. Juan es un niño de 9 años que se ha trasladado con sus padres a vivir a una nueva ciudad y se enfrenta a una situación muy temida para él: asistir a un nuevo colegio en el que no conoce a nadie. En su autodiálogo Juan anticipa: «*va a ser horrible ir a ese colegio sin amigos*», «*no voy a ser capaz de hacer amigos*», «*nadie va a querer hablar ni jugar conmigo*», «*no voy a ser capaz de acercarme a hablar o jugar con otros niños*», etc. Y esto a pesar de que Juan nunca antes tuvo problemas para relacionarse con otros niños. Como consecuencia de estas anticipaciones negativas, Juan siente una intensa ansiedad y ganas de vomitar cuando se levanta por la mañana para ir a ese colegio de desconocidos, y

comienza a quejarse de que está muy enfermo, de que no se encuentra bien y de que no quiere ir al colegio nuevo. Ante esta situación, los padres de Juan no saben cómo ayudar a su hijo, y por eso le han consentido que no vaya al colegio durante toda la semana. La madre de Juan dice que su hijo no se siente bien y que seguramente está enfermo, y su padre se plantea llevarle a un psicólogo que conocen para que le ayude.

Al final, los padres deciden llevar a Juan a la consulta del psicólogo, aunque hubiera sido deseable que ellos mismos hubieran empezado a ayudar a su hijo, dándole instrucciones de confianza y afrontamiento, en vez de reforzar las conductas de evitación. Y es que con frecuencia los padres infravaloran el poder de sus instrucciones, el efecto que tienen sus instrucciones de confianza y afrontamiento en que sus hijos sean capaces de realizar determinadas cosas. El entrenamiento en autoinstrucciones forma parte de la vida familiar como el principal método para enseñar a los hijos, aunque no se haga siempre de forma sistemática. Cuando un niño tiene miedo a ponerse una inyección, su padre puede que le dé algunas instrucciones concretas sobre lo que puede hacer en el momento en que le vayan a pinchar (v.g.: *«respira», «deja los músculos flojitos», «cuenta hasta tres»*), pero también puede utilizar las instrucciones para animar a su hijo a decirse que puede hacerlo y que él ya ha sufrido dolores más difíciles de soportar y los ha soportado, como cuando se cayó en la bici y se raspó la rodilla. Incluso podría darle instrucciones para que abordara la situación como un problema a solucionar y las instrucciones de cómo solucionar el problema (v.g.: *«qué quiero conseguir: que no me duela; cómo puedo hacerlo: estándome quieto, distrayéndome»*). Todas estas instrucciones, sean sobre cómo desenvolverse en una situación, sobre cómo realizar una conducta concreta o sobre la propia capacidad o autovalía, las utilizan los padres continuamente y los niños poco a poco las van interiorizando.

En el caso de Juan, el entrenamiento en autoinstrucciones también podría ayudarle de varias maneras. Podría servir para que desarrollara habilidades con los iguales en la situación del colegio (v.g.: diciéndose *«cuando un niño esté cerca de mí le preguntaré su nombre y por dónde vive»*), pero también podría servir para guiar sus objetivos haciendo que el objetivo final (v.g.: tener amigos en este colegio) se divida en pequeños objetivos más fácilmente abordables (v.g.: el primer día de colegio es suficiente con observar y responder a las interacciones con otros niños que se acerquen a hablarle). Y en caso de surgir algún problema (v.g.: un niño se ríe de Juan), las autoinstrucciones también podrían resultar útiles para guiar un proceso de solución de problemas (v.g.: Juan se podría decir: *«primero, qué quiero conseguir en esta situación, segundo qué opciones tengo...»*), darse ánimos o generar emociones positivas incompatibles con la ansiedad (v.g.: Juan se podría decir: *«cosas más difíciles he hecho, como cuando aprendí a parar goles a pesar de que me daba miedo recibir un balonazo o aprendí a saltar sobre el plinto», «soy un campeón, cuando me propongo algo sólo es cuestión de tiempo»*).

Desde nuestro punto de vista, Juan no necesita hacer amigos el primer día de clase y puede que tampoco le hagan falta grandes habilidades, pero sí necesita: 1) tener objetivos

realistas sobre lo que se puede conseguir fácilmente un primer día de clase; 2) tener pensamientos positivos acerca de que es capaz de ir a ese colegio y estar allí aunque no tenga amigos; 3) tener instrucciones con unas cuantas pautas sobre cómo actuar con los compañeros del colegio, y 4) autorreforzarse por conseguir alguno de esos objetivos o por realizar alguna de esas conductas. Con estas instrucciones es muy probable que Juan pueda enfrentarse a la situación temida, ya que aunque Juan no tenga muchas habilidades sociales para hacer amigos, sí que los tenía en el otro colegio y nunca había tenido problemas con sus iguales, lo que nos hace pensar que tiene un mínimo de habilidades para relacionarse con los niños de su edad.

Con estas consideraciones en mente, y tras haber evaluado previamente en el niño, como ocurrió en el caso de Juan, cuáles son los pensamientos y el autodiálogo en concreto que tiene sobre la situación y que se desea cambiar, parece conveniente incluir una fase de preparación previa a la aplicación propiamente dicha del entrenamiento en autoinstrucciones, en la que se decide, junto con los padres, cuál será la situación o tarea que el niño necesita abordar, qué autoinstrucciones se le van a indicar y quién será el modelo, y en la que, además, se establece el contexto motivacional y se elaboran los materiales necesarios para facilitar el aprendizaje y utilización de las autoinstrucciones.

***Fase de preparación de los padres y de los materiales.*** En primer lugar hay que tratar de elegir un modelo con el que Juan pueda identificarse. A los 10 años Juan admira a su padre y es un modelo que puede resultarnos muy útil para transmitir las instrucciones. Es indudable que la participación de los padres en las intervenciones psicológicas desarrolladas con niños y adolescentes es primordial, dado que fomenta la eficacia, favorece la generalización de dichas estrategias y ayudan a resolver las dificultades que los niños puedan tener a la hora de poner en marcha la estrategia. Pero, además, diferentes estudios orientados a la valoración de la influencia del entrenamiento de padres sobre diferentes problemáticas infanto-juveniles han mostrado que la combinación del tratamiento infantil y del entrenamiento con los padres incrementa la eficacia de las intervenciones psicológicas (García-Vera y Sanz, 2014). El papel de los padres dentro del entrenamiento autoinstruccional tiene una gran importancia en cuanto a la adecuada aplicación y generalización de la técnica en el contexto natural del niño, pues toda la familia puede acabar verbalizando primero e internalizando después las mismas autoinstrucciones. Para ello es necesario, en primer lugar, dar a los padres información sobre el problema de su hijo, facilitando así la comprensión de la problemática y poniendo de manifiesto la importancia que los pensamientos tienen en dicho problema. Y es que en muchas ocasiones podemos encontrar que los padres no comprenden bien la importancia de las cogniciones como generadoras de emociones y conductas negativas, la existencia de pensamientos inadecuados o irracionales y la posibilidad de cambiar nuestra forma de pensar. Dado que el eje central del entrenamiento autoinstruccional persigue la modificación de los pensamientos, hemos de asegurarnos que los padres comprenden los conceptos básicos de la intervención cognitiva.

Una vez comprendidos estos conceptos es necesario explicar a los padres los pasos del entrenamiento en autoinstrucciones, resaltando la importancia de que ayuden a sus hijos a detectar los momentos en los que es necesario poner en marcha el procedimiento. Además, es importante que los padres adquieran un papel activo como coterapeutas, actuando como modelos en cuanto al uso de las autoinstrucciones, dado que ello ayudará a que los niños adquieran e interioricen la técnica.

En el caso de Juan, dada su edad, pensamos que va a ser más fácil que se identifique con su padre, y esto aumentará el potencial de aprendizaje como modelo (confesiones «de hombre a hombre»). Padre e hijo podrían compartir lo que se puede sentir en ocasiones cuando hay que enfrentarse a situaciones difíciles, comentarse qué tipo de cosas se piensan, normalizar sus miedos y compartir sus dificultades, pues nadie quiere un padre perfecto que te alecciona, sino un padre que te ayuda a superar las dificultades.

Para facilitar el proceso de identificación con el modelo escogeremos una situación difícil para el padre, que, además de ser creíble, tenga el mayor número de paralelismos posibles con la situación difícil del niño. En este caso el padre de Juan había estado tres meses trabajando en una empresa en el extranjero, lo que nos brindaba una oportunidad de presentar una situación en la que el padre puede decir a Juan que también se sentía mal al principio cuando iba al trabajo en el que no conocía a nadie y, además, hablaban en otro idioma. Es deseable que Juan vea el paralelismo o las similitudes de esta situación con la suya de no querer ir al colegio. Pero no debe percibir a un padre aleccionando a su hijo, sino a un padre confesando que todo el mundo tiene miedo a determinadas situaciones, y que el valor consiste en hacerles frente, aunque para ello se pueden tener trucos. Es necesario que el padre de Juan hable con su hijo sobre que, en ocasiones, es más importante hacer las cosas, aunque al principio nos cuesten, porque las personas aprendemos a dominar las situaciones a costa de enfrentarnos a ellas, unas veces bien y otras regular e incluso mal. Una vez que se vea clara la similitud entre ambas situaciones temidas, la de Juan de ir al cole y la de su padre de ir a trabajar fuera, podemos empezar a desarrollar con el padre cuáles serían las instrucciones que debe transmitir a su hijo. Como es lógico, tendremos que guiar este proceso, buscando instrucciones claras que faciliten el afrontamiento. En este caso, las instrucciones que hemos elaborado con el padre son de dos tipos: unas para que el niño se las diga mientras se prepara para ir al colegio, de manera que decida ir al colegio y no evite asistir, y otras para que se las diga mientras está en el colegio, de manera que pueda afrontar adecuadamente dicha situación. En ambos casos son instrucciones que también son aplicables a la situación a la que se enfrentó el padre de Juan. En concreto, tres ejemplos de las autoinstrucciones para la situación de prepararse para ir al colegio serían: 1) *«Es lógico que no me apetezca ir, pero no me va a pasar nada malo por ir»*; 2) *«El primer día bastará con que me dedique a observar a los demás y a contestar si me hablan»*, y 3) *«Observar y contestar es fácil y puedo hacerlo sin problemas; allá que voy»*.

Para facilitar el recuerdo de estas instrucciones por parte del niño las hemos escrito en

unas tarjetas. Le pediremos a Juan que las vaya colocando por orden y las memorice cuando su padre las vaya comentando. Pues bien, cuando ya tenemos el modelo, la situación, las instrucciones, el contexto motivacional y los materiales necesarios para facilitar la memorización, entonces comenzamos con los cinco pasos del procedimiento.

1. *Fase 1 de modelado cognitivo.* El modelo adulto, en este caso el padre, lleva a cabo el comportamiento que queremos enseñar, dándose instrucciones en voz alta de la situación a la que se enfrenta y de todo lo que va haciendo paso a paso y por qué (*modelado cognitivo*). El objetivo es que el padre vaya describiendo paso a paso la situación de ir a trabajar en otro país a una oficina donde no conoce a nadie y qué es lo que hace él: *«Cuando voy a una situación nueva que me genera malestar, lo primero que hago es admitir que la situación no me agrada, es decir, no me engaño y me digo: “es lógico que no me apetezca ir, pero no me va a pasar nada malo por ir”. En la oficina donde no conozco a nadie ocurre lo mismo, nada doloroso o peligroso puede sucederme. Lo peor que puede suceder es que nadie me haga caso, que me aburra, incluso que alguien se ría de algo que yo haga o diga mal al tener que hablar en otro idioma, pero nada realmente doloroso o peligroso, por lo que considerar la situación como un peligro es simplemente exagerar. Luego me pongo las gafas de observar, para no perder detalle y aprender lo que los demás hacen. Me voy fijando en cómo se comportan. Me puedo quedar un poco al margen, relajado, observando, no pasa nada. Puedo observar o puedo actuar si se dirigen a mí y me hablan. Me digo: “el primer día bastará con que me dedique a observar a los demás y a contestar si me hablan”. Y por último me animo, ya que sé que lo que me he puesto como objetivo para el primer día puedo conseguirlo fácilmente: “observar y contestar es fácil y puedo hacerlo sin problemas; allá que voy”»*. Mientras el padre va contando todo esto, Juan presta atención y aprende por observación cómo enfrentarse a la tarea. Luego se resumen las instrucciones, se ordenan las tarjetas y se buscan modos de recordarlas jugando. Por ejemplo, dándoles la vuelta cuando las recordamos, ordenándolas, dibujando viñetas donde aparezcan reflejadas las situaciones y las instrucciones, o buscando otros ejemplos donde estas instrucciones pueden resultar útiles.
2. *Fase 2 de guiado externo en voz alta.* Una vez que el niño ya ha aprendido las instrucciones que utiliza el padre para dirigir su conducta, se le pone a él en situación de llevar a cabo la suya mientras el padre le va recordando en voz alta las instrucciones. Podemos hacer un ensayo de lo que sería la situación de prepararse para ir al colegio. *«Muy bien, ahora vamos a imaginar que te toca ir al colegio nuevo y tu padre te va a ir diciendo en voz alta cómo afrontar esta situación mientras tú te vas preparando para ir al cole, guardando el estuche y los libros en la mochila, poniéndote el abrigo, etc.»*. Y el padre le va diciendo al niño: 1)

«Es lógico que no me apetezca ir, pero no me va a pasar nada malo por ir»; 2) «El primer día bastará con que me dedique a observar a los demás y a contestar si me hablan», y 3) «Observar y contestar es fácil y puedo hacerlo sin problemas; allá que voy». Luego pedimos al niño que se imagine que ya está en el colegio, y el padre ahora le va diciendo en voz alta las instrucciones apropiadas para ese momento. También podemos buscar otras situaciones más sencillas para aplicar estas instrucciones, como bajar a comprar algo que le dé vergüenza. Lo importante es que estas mismas instrucciones le resulten útiles y las pueda generalizar a distintas situaciones estresantes.

3. *Fase 3 de autoinstrucciones en voz alta.* Ahora es el niño el que realiza el comportamiento, imaginando que se prepara para ir al colegio, mientras él mismo va dirigiendo su conducta dándose las instrucciones en voz alta. Puede ayudarse de las instrucciones escritas en las tarjetas. Es importante que en esta fase el niño haga suyo el vocabulario empleado, adaptándolo a su edad y a las expresiones que él utilice. Puede que prefiera decir: «es normal que no me mole ir al cole», en vez de «es lógico que no me apetezca ir». Lo importante es que haga suyas las instrucciones y las vaya memorizando asociadas a todas las estrategias de afrontamiento que implican. La tarea del padre en este caso será la de orientarle y reforzar su conducta de darse las autoinstrucciones en voz alta. Podemos buscar otras situaciones que al niño no le gusten para que practique sus autoinstrucciones.
4. *Fase 4 de autoinstrucciones enmascaradas.* El niño realiza el comportamiento mientras se van verbalizando las instrucciones en tono muy bajo. Mientras tanto el padre va observando y reforzando la verbalización de esas autoinstrucciones. Cuando ya está claro que el niño conoce las autoinstrucciones, hay que tratar de potenciar su generalización estableciendo un sistema de refuerzos de tipo social (alabanzas, besos, caricias, etc.) con el que potenciar el que los niños pongan en marcha las autoinstrucciones por iniciativa propia. Pero, igualmente importante es, en todo momento, establecer expectativas realistas sobre la puesta en marcha de las autoinstrucciones. A los padres hay que estar continuamente recordándoles el concepto de aproximaciones sucesivas, es decir, que entiendan que han de realizar diferentes intentos con sus hijos antes de que los menores automaticen la técnica, por lo que han de ser comprensivos con los errores y reforzar los pequeños éxitos.
5. *Fase 5 de autoinstrucciones encubiertas.* Finalmente, el niño guía su comportamiento con instrucciones en su diálogo interno. En este momento, la observación de su conducta es la que nos permitirá saber si está o no llevando a cabo el procedimiento de autoinstrucciones y reforzarle por llevarlo a cabo.

### **13.3. DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA**

El desarrollo y aplicación del entrenamiento en autoinstrucciones suele entrañar varias dificultades. En primer lugar, *adaptarse a la edad del niño en las explicaciones sobre el papel de los pensamientos en las emociones y la conducta*. De hecho, aunque la utilización de autoinstrucciones como parte del proceso de aprendizaje para regular la propia conducta aparece en edades muy tempranas, la autoobservación y el análisis formal de estos pensamientos es un logro más complejo que requiere una mayor maduración cognitiva. Para algunos investigadores, ese logro difícilmente se puede conseguir antes de los 12 años, puesto que antes de esa edad la mayoría de los niños no han desarrollado una capacidad de razonamiento abstracto que les permita, por ejemplo, identificar sus pensamientos, pensar sobre ellos, analizar las relaciones entre sus pensamientos y sus emociones y valorar los hechos desde diferentes perspectivas. Por eso, en la actualidad hay un debate abierto sobre la eficacia de las técnicas cognitivas con niños ante la posibilidad de que no posean la madurez suficiente para beneficiarse de ellas (Quakley, Coker, Palmer y Reynolds, 2003). Ahora bien, en contra de la opinión de esos investigadores es posible encontrar estudios que demuestran que los niños de 5-8 años pueden reconocer sus pensamientos y hablar sobre ellos, aunque esta capacidad sea menos sofisticada que en niños más mayores (Quakley et al., 2003). Igualmente, se ha encontrado que la intervención cognitiva sobre diferentes problemas de ansiedad o conducta en niños de 4-7 años tiene efectos positivos (Dush, Hirt y Schroeder, 1989; García-Vera y Sanz, 2014), aunque es necesario añadir que algunas revisiones metaanalíticas han demostrado que los beneficios de la intervención cognitiva son menores en niños más pequeños que en mayores de 11 años (Dush et al., 1989).

De manera relacionada, una segunda dificultad del entrenamiento autoinstruccional implica *adaptar su propia implementación a la capacidad cognitiva de los niños*, y ello a pesar de la sencillez del entrenamiento. Así pues, en adolescentes y niños más mayores, que presenten adecuadas habilidades metacognitivas, de razonamiento abstracto y de toma de perspectiva, el entrenamiento autoinstruccional puede basarse en técnicas verbales siguiendo el procedimiento habitual. Mientras que en el caso de niños más pequeños, con menor capacidad cognitiva o verbal, el apoyo en dibujos, historietas o el uso de juguetes facilita tanto la comprensión como la adhesión al uso de las autoinstrucciones (Quakley et al., 2003). En este sentido, Stallard (2007) da una serie de recomendaciones para la aplicación del entrenamiento autoinstruccional en función de la madurez cognitiva del niño o adolescente. Por ejemplo, entre esas recomendaciones está el uso con niños de 2-7 años de historias o cuentos en los que el personaje protagonista tiene problemas similares a los que presenta el niño. En estos cuentos que se leen y trabajan con el niño, se expone cómo el protagonista, a través de una frase o un conjuro, es capaz de ahuyentar, por ejemplo, sus miedos. A partir de estas historias o cuentos y de la identificación del niño con el personaje, se le pedirá al niño que genere sus propias frases de afrontamiento (v.g.: «¿Qué crees que le dirá nuestro superhéroe cuando se encuentre al monstruo?»). Con niños menores de 12 años también es útil aplicar el

entrenamiento en autoinstrucciones con cómics o tebeos, de forma que se muestran al niño viñetas o dibujos y se le pide que dentro de los bocadillos escriban las autoinstrucciones positivas, de afrontamiento, etc., que se va a decir a sí mismo, o bien se utilizan los dibujos con bocadillos para establecer la relación entre pensamientos y emociones (v.g.: «*Fíjate en lo que hay encima de tu cara en este dibujo tuyo. Es un bocadillo. ¿Sabes lo que se pone ahí? Pero este es un bocadillo especial, porque en él vamos a poner lo primero que crees que se te pasa por la cabeza al ver el juego nuevo que te regalan en tu cumpleaños, y te encanta*»).

Una tercera dificultad que a veces aparece en la aplicación del entrenamiento autoinstruccional tiene que ver con el hecho de que *los padres y los niños no se crean que la modificación de los pensamientos conduce a cambios emocionales y en el comportamiento*, o que les parezca que esto es demasiado superficial y no va con ellos. En estos casos es fundamental que cambien su opinión a partir de ejemplos concretos de su propia experiencia. Nuestra sugerencia es nunca tratar de imponerles nuestro punto de vista, porque, si tratamos de hacerlo, entonces centrarán su atención en convencernos de que no es así, y estaremos haciendo lo contrario de lo que pretendemos. Sugerimos dos actividades para modificar su opinión. Para empezar, buscar situaciones en las que se han sentido mal y tratar de que identifiquen los pensamientos que pudieron generarlas. También se pueden buscar chistes o situaciones graciosas en las que la gente, por adivinar lo que piensan otros, acaban actuando de modo que lo echan todo a perder, y al final, además, se habían equivocado en lo que adivinaban (v.g.: el chiste del gato: <http://blog.mariorocafull.es/el-chiste-del-gato/>). Identificaremos los pensamientos negativos que a veces se tienen en esas situaciones, y analizaremos cómo esos pensamientos que se van llamando unos a otros surgen de forma automática, sin que nos los cuestionemos, y al final nos hacen actuar de forma que no solucionan el problema sino que lo agravan. Dedicaremos un tiempo a que vean el efecto que tienen sobre nuestras emociones (enfado, ira) y sobre nuestras conductas (discutir en vez de negociar). Una segunda propuesta consiste en explicarles el proceso natural de aprendizaje por el que los seres humanos, desde la temprana infancia, aprendemos a utilizar el lenguaje interno para regular voluntariamente nuestras conductas, y cómo aprendemos a dirigir nuestra conducta y a instruirnos a nosotros mismos, haciendo nuestras las directrices que nos dan nuestros adultos.

## **13.4. INDICACIONES Y EFICACIA DE LA TÉCNICA**

Aunque en sus orígenes se realizaron varios estudios experimentales que demostraban la eficacia del entrenamiento autoinstruccional como técnica aislada para reducir los comportamientos impulsivos de niños hiperactivos de 7-9 años de edad (Meichenbaum, 1975), su eficacia en este ámbito quedó posteriormente en entredicho tras el metaanálisis

de Dush et al. (1989), en el que se revisaron 48 estudios con niños y adolescentes de 5-16 años que sufrían problemas de conducta clínicamente significativos de impulsividad, agresividad y delincuencia, y en el cual se encontró que su efecto positivo como técnica aislada no era muy importante. Más tarde, otro metaanálisis, en el que se revisaron 35 estudios sobre la eficacia de los programas cognitivo-conductuales para reducir la impulsividad en 1.550 niños y adolescentes de 4-17 años con problemas de hiperactividad, de conducta y de aprendizaje, concluyó que incluir el entrenamiento en autoinstrucciones en dichos programas mejoraba su eficacia (Bear y Nietzel, 1991). Por tanto, aunque los datos parecen indicar que el entrenamiento en autoinstrucciones no es eficaz como técnica aislada para los problemas de conducta e impulsividad, en cambio sí sugieren que lo es como parte de un programa cognitivo-conductual más amplio. En estos programas se supone que el uso de autoinstrucciones podría potenciar sus beneficios terapéuticos, al fomentar el autocontrol, combatir los pensamientos hostiles, permitir actuar ante la aparición de las primeras señales de ira facilitando la elección de conductas de afrontamiento adecuadas que inhiban la progresión de la escalada de ira, además de al facilitar el aprendizaje de habilidades de solución de problemas que ayuden al niño a realizar diferentes tareas más eficazmente.

En el ámbito en el que por el momento hay un mayor aval empírico para la eficacia del entrenamiento en autoinstrucciones es como parte de los programas multicomponentes cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (cf. García-Vera y Sanz, 2014). En general, el entrenamiento en autoinstrucciones puede resultar útil en estos trastornos, porque mejora la motivación de los niños, al reducir sus expectativas negativas, pero además les ayuda a interpretar los estímulos como menos amenazantes (v.g.: *«no pasa nada, ya he estado más veces»*, *«no sé lo que va a pasar, no soy adivino»*), a anticipar las consecuencias positivas de enfrentarse a la situación (v.g.: *«luego me voy a sentir grande y valiente»*), a generar cambios internos con respuestas incompatibles con la ansiedad, como las emociones positivas de sentirse capaz de hacer algo (v.g.: *«mis amigos me necesitan y lo voy a hacer»*), o a darse instrucciones de relajación o respiración (v.g.: *«cojo aire, lo voy echando despacito y cuando ya no sale más, un último poquito y estoy relajado»*) que facilitan el enfrentamiento con el estímulo atemorizante y, por supuesto, a retroalimentarse (v.g.: *«lo he hecho bastante bien para ser la primera vez»*) y autorreforzarse (v.g.: *«soy un tío grande, conseguiré lo que me proponga, sólo es cuestión de no darse por vencido»*).

El entrenamiento en autoinstrucciones está incluido en programas que han mostrado ser eficaces para la fobias en niños de 6-16 años y en los programas multicomponentes, como el *Coping Cat* de Kendall, que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de niños de 7-14 años con ansiedad generalizada, fobia social o ansiedad por separación (cf. García-Vera y Sanz, 2014). En este último programa se utilizan las autoinstrucciones para guiar al niño en la detección de pensamientos negativos y en la generación de

pensamientos alternativos, ya que el terapeuta funciona como un modelo de afrontamiento que va dando instrucciones al niño, le enseña cómo es la técnica y la practica con él. Pero las autoinstrucciones se encuentran presentes a lo largo de todo el programa para reconocer los síntomas de ansiedad y utilizarlos como punto de partida para el uso de estrategias de manejo de la ansiedad. Para ello se establece un plan de 4 pasos, a modo de autoinstrucciones, que el niño puede recordar a partir de la palabra **TEM-O-R**, la cual representa cada uno de los pasos del plan terapéutico: **¿Tienes miedo?** (reconocimiento de las respuestas somáticas, emocionales y motoras de la ansiedad), **¿Esperas que pase algo Malo?** (reconocimiento del diálogo interno ansioso), **O**peraciones que ayudan (modificación de este autodiálogo por otro de afrontamiento y por el desarrollo de planes para afrontar la ansiedad y las diferentes situaciones de manera más efectiva), y **R**esultados y recompensas (práctica de la autoevaluación y de la autorrecompensa, incluso por éxitos parciales). De modo similar se procede en el programa *Coping Koala* (versión australiana del programa anterior), que se ha mostrado eficaz con niños de 8-13 años con problemas de ansiedad generalizada, separación, fobia social, pánico, trastorno por estrés postraumático y fobias específicas, así como en el Programa «AMIGOS de por vida» (*FRIENDS for life*), que ha demostrado su eficacia en niños de 7-11 años con trastorno de ansiedad generalizada, de ansiedad por separación, fobia social o fobia específica (cf. García-Vera y Sanz, 2014). En nuestro país, un metaanálisis que incluía 8 estudios con 743 niños y adolescentes de 5-17 años de edad con problemas de ansiedad generalizada, ansiedad de separación o fobia escolar, corroboraba también la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales que incluyen autoinstrucciones y comprobaba específicamente el efecto de las autoinstrucciones (Santacruz et al., 2002).

También se han utilizado las autoinstrucciones en paquetes de tratamiento en grupo para la depresión, como el programa de intervención para adolescentes *Coping with depression*, que ha mostrado su eficacia en jóvenes de 12-18 años, o el programa *Action* para niños (cf. García-Vera y Sanz, 2014). En ambos casos se incorpora el uso de autoinstrucciones positivas como medio para contrarrestar el bajo estado de ánimo.

## 13.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bear, R. A. y Nietzel, M. T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: a meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20, 400-412.
- Behrend, D., Rosengren, K. y Perlmutter, M. (1989). A new look at children's private speech: the effects of age, task difficulty, and parent presence. *International Journal of Behavioral Development*, 3, 305-320.
- Dush, D. M., Hirt, M. L. y Schroeder, H. E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 106,

97-106.

- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2014). Trastornos emocionales en niños y adolescentes. En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta*, vol. 2, 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Dykinson.
- Lazarus, A. A. y Abramovitz, A. (1962). The use of «emotive imagery» in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.
- Luria, A. R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. Nueva York: Liveright.
- Meichenbaum, D. H. (1975). Self-instructional methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. Nueva York: Pergamon.
- Quakely, S., Coker, S., Palmer, K. y Reynolds, S. (2003). Can children distinguish between thoughts and behaviours? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 159-168.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10, 503-521.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Descleé De Brouwer.

# 14. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

CARMEN PASTOR GIMENO Y JUAN SEVILLÁ GASCÓ

## 14.1. INTRODUCCIÓN

En Psicología Clínica es muy fácil encontrar las técnicas de resolución de problemas como parte del tratamiento de un caso o como principal estrategia de cambio, tanto cognitivo como conductual.

Estas técnicas ayudan a percibir un problema y a definirlo. Y a partir de ahí, a analizar las posibilidades de actuación previendo dificultades. Guían el plan de acción y evalúan la puesta en marcha de la solución. Son técnicas necesarias para adultos con problemas depresivos, en adicciones, en problemas de pareja y en trastornos de ansiedad.

El porqué de su utilización en el tratamiento de niños y adolescentes es, si cabe, más interesante. Enumeremos varios motivos:

- 1.º Son tratamiento de elección para niños con problemas de impulsividad y agresividad.
- 2.º Sirven para prevenir futuros problemas emocionales en niños excesivamente dependientes, sobreprotegidos, con dificultades de disciplina o que necesitan saber regular sus emociones.
- 3.º También deben acompañar a otras técnicas de entrenamiento en habilidades sociales para superar problemas de timidez, fobia social o al ser víctima de acoso.
- 4.º Por desdado, aparecen como parte del protocolo de hiperactividad, depresión y procrastinación.
- 5.º Y también podemos incluirlas en la intervención en conflictos familiares.

La resolución de problemas en niños parte del modelo de D'Zurilla y Goldfried, que consta de cinco fases para tomar decisiones. En niños y adolescentes se simplifica y se acerca a la población infantil, insistiendo en las fases más importantes en cada edad. Por ello, para niños más pequeños, las fases de percibir el problema y pararse a pensar antes de actuar son las que más se entrenan, mientras que en adolescentes se insiste en la identificación de emociones y la definición del problema.

En este capítulo pretendemos explicar nuestra forma de poner en marcha técnicas de tan larga tradición como la de la Tortuga o la de Spivack y Shure. No pretendemos ser

literales a estas técnicas, sino facilitar su implementación para el clínico. Mientras vamos explicando en qué consiste cada técnica y los pasos a seguir, nos ha parecido de interés ejemplificarla y sugerir pequeños cambios o estrategias que incluimos en el día a día de nuestra práctica clínica.

## **14.2. TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA NIÑOS PEQUEÑOS**

### **14.2.1. Técnica de la tortuga**

La conocida técnica de Schneider es aplicable a niños de preescolar y primeros cursos de primaria. En estas edades las técnicas más utilizadas para controlar impulsos, conductas agresivas, frustraciones o rabietas van a ser técnicas operantes, en las que la persona que implementa la técnica tiene el control y dirige al niño hacia conductas más aceptables. Con la técnica de la tortuga se pretende que el niño de 4 a 7 años adquiera habilidades de control interno para poder frenar su tendencia a la impulsividad y a reaccionar con la primera respuesta que le surge ante una situación problemática.

La técnica de la tortuga consiste en que los niños aprendan, en primer lugar, a responder ante una palabra clave «tortuga», parando su actuación inmediatamente. Tomando como modelo la figura de Pepe Tortuga, se les enseña a identificar las situaciones problemáticas y a tomarse unos minutos para moderar sus emociones y plantearse otras opciones de respuesta en vez de la impulsiva.

La técnica está diseñada para utilizarla en grupo, y no sólo en grupo pequeño, sino en uno más grande, en el aula, por ejemplo. Aunque podamos aplicarla individualmente, el efecto lúdico y motivacional pierde intensidad, y deberemos tenerlo en cuenta para potenciarlo con algún instigador.

Aconsejamos utilizar otras imágenes para niños más mayores, buscando siempre que se identifiquen con el protagonista (un karateka y su maestro de artes marciales o los protagonistas de un videojuego, por ejemplo).

#### **Fases de la técnica**

- 1.º Entrenamiento en reconocer momentos problemáticos y en usar el gesto de tortuga, replegándose en un caparazón imaginario.
- 2.º Entrenamiento en relajación muscular.
- 3.º Enseñar a utilizar técnicas de solución de problemas para evaluar las diferentes opciones de actuación.

Aunque la técnica tiene tres partes: TORTUGA-RELAJACIÓN-SOLUCIÓN DE PROBLEMAS, desde nuestra experiencia la parte más importante en estas edades es la

primera. Si el niño de 5 años aprende a ralentizar su reacción y a tomarse un tiempo, habremos conseguido ya el cambio pretendido. Y no será tan necesario el uso de otras técnicas que sí pueden ser útiles cuando sea más mayor.

## **Entrenamiento paso a paso**

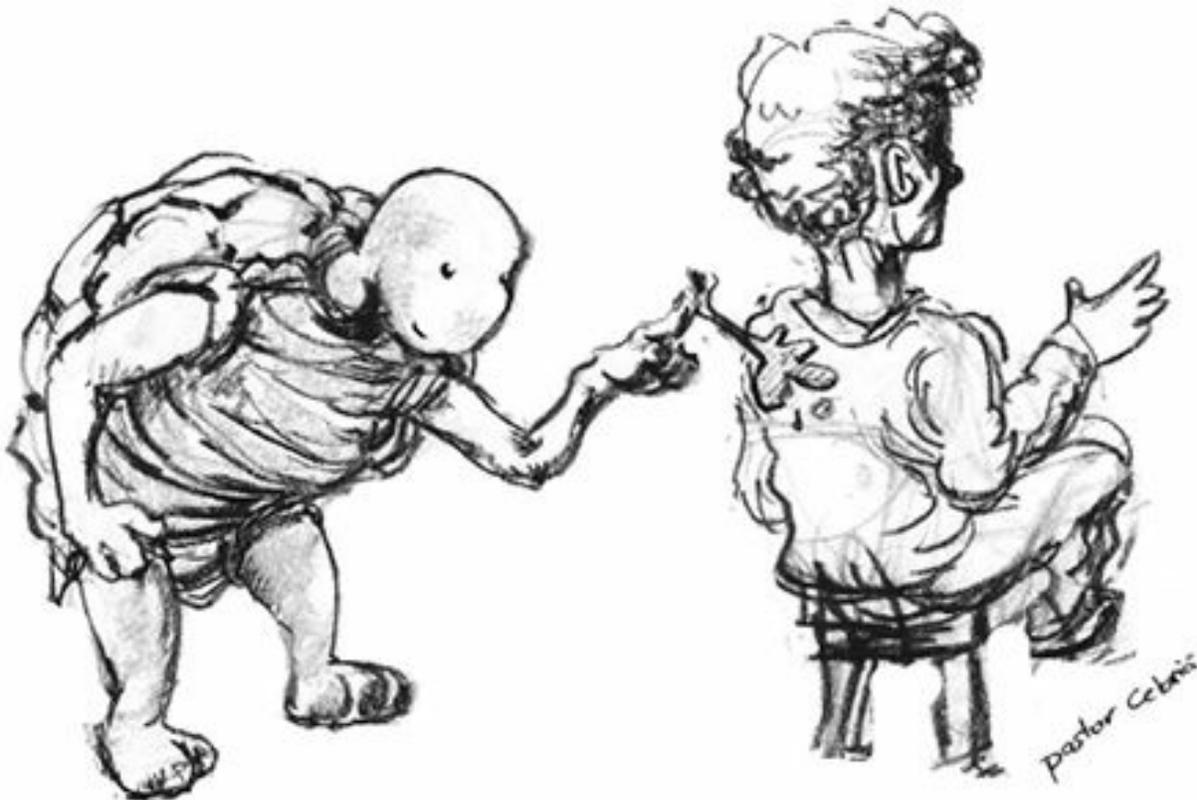
### Primera sesión/semana

El profesor, el psicólogo o la persona que vaya a poner en marcha el programa cuenta una historia, que va a ilustrar el procedimiento. Esta es una versión de la historia.

### **CUENTO DE PEQUEÑA TORTUGA**

Había una vez una tortuga que tenía... (5, 6 o 7) años. Se llamaba Pequeña Tortuga. Era muy juguetona y un poco traviesa. Le gustaba correr, jugar, saltar, pero no le gustaban mucho las cosas que tenía que hacer en el colegio. No le apetecía nunca hacer fichas, copiar de la pizarra o escuchar llamada al profesor. A veces se le olvidaba que en clase no podía ponerse a hacer ruidos de coche, ni meterse con los compañeros, ni gastarles bromas. El colegio era pesado y difícil para ella.

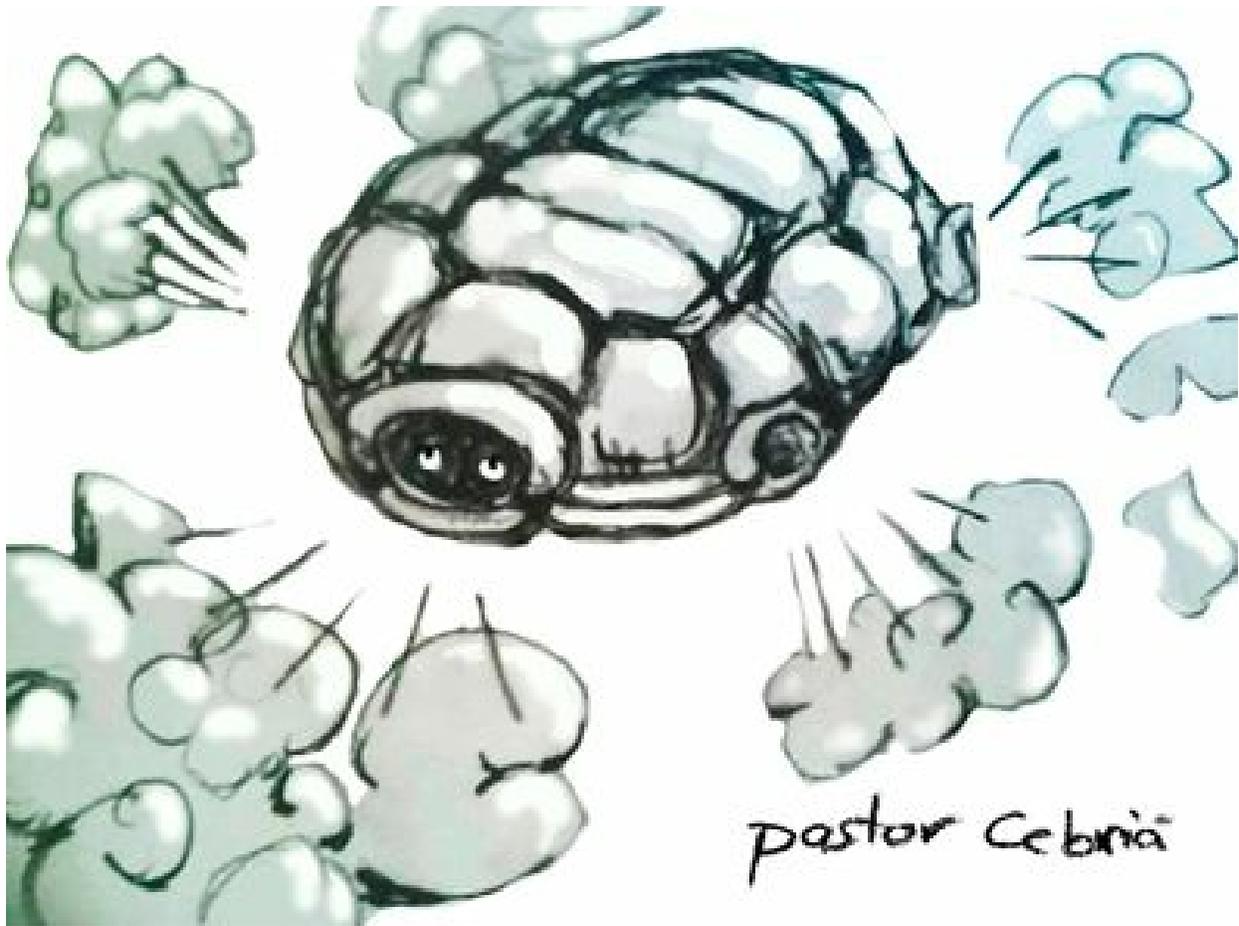
Cada día, Pequeña Tortuga se proponía portarse bien, y de camino al cole se lo repetía: *«Hoy me saldrá bien, no me pelearé ni me meteré con mis amigos»*. Pero no funcionaba. Siempre acababa en un lío: se enfadaba, se pegaba con alguien o le castigaban. Y lo pasaba muy, pero que muy mal.





Un día, que había sido terrible y la habían vuelto a castigar, volvía a su casa muy tristona pensando que siempre estaba metida en líos y que su madre se iba a preocupar otra vez, cuando oyó una voz que le decía: «Pequeña Tortuga, ¿qué te pasa?». Ella se dio un susto enorme, y cuando buscó quién le hablaba se encontró con el Sr. Tortuga, que era una tortuga muy vieja y muy sabia. ¡Fíjate que llevaba gafas y bigote!

El Sr. Tortuga le preguntó por qué iba tan cabizbaja, y Pequeña Tortuga le contó lo que le pasaba. El Sr. Tortuga le dijo: «Te voy a contar un secreto. La solución la tienes justo a tu espalda». Pequeña Tortuga se giró para ver a qué se refería y no vio nada. El Sr. Tortuga se rió y le dijo: «Tu caparazón. Ese es tu mejor refugio». La Pequeña Tortuga puso cara de interrogación, y entonces el Sr. Tortuga le contó el secreto: «Tú tienes un caparazón para poder meterte en él siempre que te sientas enfadada, con rabia, o cuando tengas ganas de romper cosas, fastidiar a tu hermano o pegar o gritar. Si te metes en el caparazón, descansa ahí un momento y después ya no te sentirás tan enfadada. Pruébalo. La próxima vez que te sientas rabiosa, piensa en que eres una tortuga y métete en el caparazón».



A la Pequeña Tortuga le gustó este truco y decidió probarlo.

Al día siguiente, en la fila para entrar en clase un compañero le empujó. Pequeña Tortuga se enfadó enseguida, pero pensó «Tortuga» y se metió en el caparazón. Se sujetó piernas, brazos y cabeza y se quedó quieta un rato hasta que notó que el enfado se hacía pequeñito y desaparecía. Sonrió y se sintió muy bien en su concha. Cuando salió muy tranquila, su profesor la abrazó y le dijo que estaba muy orgulloso porque se había calmado ella sola.

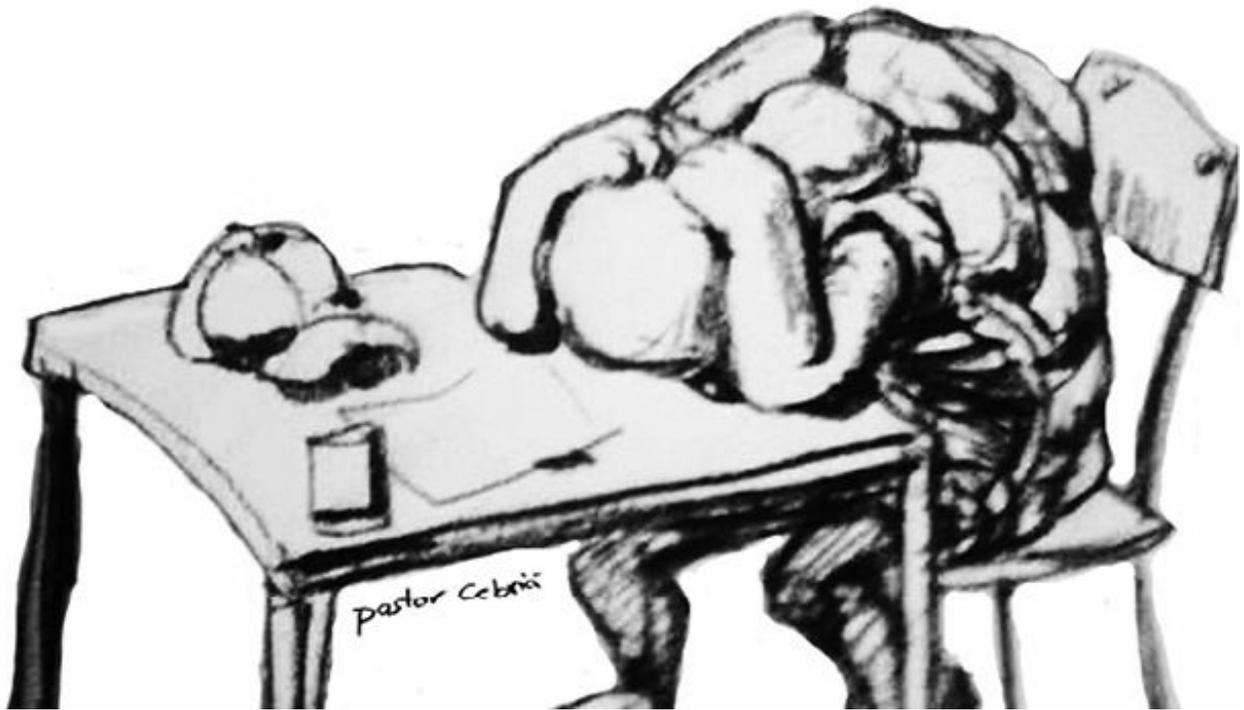
Pequeña Tortuga siguió usando su secreto los días siguientes y se dio cuenta de que tenía más amigos; todos querían estar con ella y se lo pasaba mucho mejor.

Usaba su truco siempre que alguien o algo le molestaba, y también cuando notaba que tenía ganas de discutir o pegar. Todo el mundo la admiraba y quería saber su mágico secreto.



Idealmente debemos adaptar la historia a la edad, perfil y características del grupo con el que vayamos a trabajar. Por eso muchas veces usamos un nombre que les gusta más (*Pepe Tortuga*) o modificamos las aventuras y desventuras del protagonista para acercarnos a la problemática de los chavales (*Pepe Tortuga no recoge sus juguetes, y cuando su madre se lo pide, los lanza a patadas; decide irse de casa muy enfadado y le pasan todo tipo de desgracias*). También es conveniente colocar un dibujo de Pepe Tortuga en el aula y dejarlo expuesto mientras dure el programa, porque puede motivarles y recordarles su uso.

Tras la historia, el profesor enseña el gesto de tortuga, imitando un caparazón de tortuga. Tenemos varias opciones de gesto: de cuclillas, abrazar las piernas con los brazos e inclinar la barbilla hacia el pecho; sobre el pupitre, colocar la cabeza entre los brazos; sentados, reclinar la cabeza hacia adelante, tapando la cara entre los brazos y manos, etc. Elegimos la más conveniente por situación/posición y la más generalizable.



Pastor Cebriá

### Ejemplo de instrucción

«Vamos a hacer como Pepe Tortuga. Mi amigo Luis me ha quitado el lápiz y me estoy enfadando mucho. Pero voy a ser muy listo y haré como Pepe Tortuga. Pongo mis brazos y piernas cerrando mi cuerpo y, además, inclino la cabeza hacia mí. Y digo «Tortuga». Nos quedamos callados en la posición tortuga, y, en esta postura, decimos «qué bien estoy así, ya no tengo ganas de pegar a Luis».

Es ahora cuando pedimos a todo el grupo que haga el gesto con nosotros.

Y empezamos a jugar a poner el gesto cuando el profesor o el psicólogo dice «Tortuga». Por ejemplo, «voy a ir hablando y, cuando diga tortuga, os ponéis en tortuga. Hace un día muy bonito y quiero jugar al fútbol, pero no me dejan mis compañeros, me enfado y... ¡tortuga!, y ya me siento mejor, se lo pido a otros amigos y jugamos. Después se me cae el bocadillo porque he chocado con Nacho y... ¡tortuga! Ya estoy mejor, le digo que tenga cuidado y voy a clase...».

Debemos comprobar que los niños se ponen en *tortuga* cuando es el momento, y no antes. Corregimos y reforzamos.

Lo vamos complicando. Seguimos poniendo situaciones en imaginación, pero esta vez son ellos los que dicen «tortuga» y hacen el gesto cuando identifican el problema.

Finalmente, más difícil aún, los propios niños detectan el momento tortuga, hacen el gesto y, esta vez en silencio, piensan «tortuga».

Debemos estar atentos a los niños que han captado muy bien el ejercicio, por un lado, y también fijarnos especialmente en los niños que les cuesta y se copian de los demás.



A partir de aquí comienza la práctica individual, en la que personalizamos el juego. Ahora el ejercicio se plantea a cada niño por separado. El implementador va poniendo situaciones típicas en la vida de los niños de su edad, y va pidiendo individualmente que identifiquen el problema y se coloquen en «tortuga» cuando crean que deben hacerlo. La mejor estrategia es comenzar por los alumnos que hayan pillado el ejercicio mejor, y que sirvan de modelo a los que les ha costado más. Poco a poco todos lo van entendiendo bien. Los demás alumnos y el profesor deben reforzar al que está practicando en cuanto detecte adecuadamente el momento «tortuga». Aconsejamos aplausos y ovaciones como refuerzo potente. Pero también caben refuerzos materiales, como golosinas, pegatinas, caritas sonrientes, etc.

Cuanto más muestre el resto del grupo su admiración por esta conducta bien hecha, más fácil será que el programa funcione. Sumar el apoyo de los compañeros a la aparición de una conducta incompatible con la agresiva o impulsiva va enseñando a los niños la importancia de controlar las emociones y compartir los sentimientos. El niño tendrá una conducta nueva positiva con la que poder conseguir atención.

Después de esta primera sesión, durante el resto de la semana se practica unos 15 minutos diarios presentando situaciones y pidiendo el gesto «tortuga». Y continuamos reforzando.

No es raro que ya esta primera semana encontremos a algún niño utilizando el gesto «tortuga» en otros momentos no específicos de práctica. Debemos acercarnos y preguntarle por qué está en «tortuga». Si la situación que plantea es un problema, como *«Jorge me ha dicho que no quiere jugar conmigo»* o incluso *«no encuentro mi carpeta»*, reforzaremos públicamente y pediremos un aplauso. Si, por el contrario, nos dice que se le ha ocurrido, o que quería dormir, o cualquier otra razón no relacionada con un problema o una emoción negativa, le diremos que «tortuga» no se usa en esos casos, pues sólo es cuando hay una emergencia.

Consideramos importante informar a los padres del uso de la técnica y explicarles su objetivo y método, ya que sus hijos se pondrán en tortuga también en situaciones familiares cuando vayan interiorizando el procedimiento. Les pediremos a los padres que animen a usar «tortuga» y que pregunten y refuercen si les pillan usando el gesto «tortuga». Pueden colocar el dibujo de Pepe Tortuga en la puerta de la nevera o en el cuarto del niño para estimular su utilización.

## **Segunda sesión/semana**

En esta sesión nuestro objetivo es solidificar el aprendizaje. Haremos ejercicios de discriminación de situaciones problemáticas y no problemáticas para que, primero colectivamente, y después de forma individual, practiquen la estrategia. En esta sesión podemos plantear situaciones reales que hayan ocurrido en clase la última semana. Debemos animar a reforzarse entre ellos.

Comenzamos poniendo ejemplos en imaginación, y después vamos a intentar que lo

usen en situaciones reales. Para ello, primero haremos un juego de provocación. Mientras están haciendo una actividad de clase (pintar a Pepe Tortuga, por ejemplo) el profesor va a provocar situaciones difíciles para que los niños se coloquen en tortuga al identificarlas. Nos acercamos a una niña y le susurramos en voz baja, pero con el suficiente volumen para que se escuche lo siguiente: «*Carla, vamos a ver si tu compañera Celia se acuerda de usar tortuga. Dale un codazo para que le cueste seguir pintando*». Nos aseguramos de que Celia lo ha escuchado, y le hacemos una señal a Carla para que le dé el codazo. Celia sonreirá, y si se pone en tortuga le aplaudiremos contándolo al resto de la clase.

Repetimos el juego de la provocación con varios niños, y casi seguro que surgirá alguna pequeña provocación espontánea por parte de ellos que, si produce el gesto «tortuga», deberemos reforzar.

También hay que explicar la diferencia entre respuesta apropiada de «tortuga», inapropiada o cuestionable. «*No vale hacer tortuga si has pegado a alguien y después haces tortuga. Tampoco vale inventarse un problema o mentir para ponerse en tortuga y que te aplaudan, etc.*».

Una respuesta cuestionable se produce cuando el niño se pone en tortuga espontáneamente pero no explica bien la razón para el gesto, o también cuando el niño comienza una acción violenta pero hace «tortuga» a mitad de la agresión. En las primeras etapas también reforzaremos las respuestas dudosas.

A lo largo de la semana seguiremos con la discriminación de situaciones. Podemos jugar a la provocación, o recordar con coloquios los momentos para ponerse en tortuga, y ya podemos ir introduciendo pautas de resolución de problemas. Podemos preguntar mientras el niño está en tortuga. «*¿Qué puedes hacer para sentirte mejor? ¿o para solucionar esto?*». Iremos reforzando la generación de alternativas a la agresividad.

Si el grupo identifica las situaciones difíciles y usa con facilidad el gesto de tortuga, podremos pasar a las siguientes fases de la técnica.

### **Tercera y cuarta sesión/semana**

La segunda fase del programa incluye el entrenamiento en relajación, enseñando a los niños a soltar la tensión de sus músculos mientras están en posición de tortuga.

## **SEGUNDA PARTE DEL CUENTO DE PEQUEÑA TORTUGA**

Pequeña Tortuga iba al cole mucho más contenta, y siempre que se sentía mal se decía «tortuga», y se metía en el caparazón. Así que aunque algún amigo le rayaba su ficha o la insultaba, o también cuando estaba enfadada y rabiosa sin motivo, ella usaba su secreto y se calmaba.

Pero había veces que el truco no era suficiente. A pesar de estar dentro de su concha, su enfado no se iba del todo, y pensaba cosas que le hacían enfadar más: «*Tendría que haberle pegado cuando el profe no me miraba y se acabó*».

Decidió volver a hablar con el Sr. Tortuga. Esa tarde fue a su casa y se lo explicó: «*Sr. Tortuga, cuando me meto en el caparazón, normalmente me va muy bien, pero hay veces que sigo teniendo ganas de pelearme, y se*

*me cruzan ideas de pegar. Pero yo no quiero meterme en líos. ¿Qué puedo hacer para no tener esos sentimientos de enfado?».*

El Sr. Tortuga, que si os acordáis era muy sabio y usaba gafas y bigote, la miró de arriba abajo y le dijo: *«Pequeña Tortuga, éste es mi segundo secreto: cuando estés dentro de tu caparazón, relájate. Suelta todos tus músculos, deja que tus manos cuelguen, relaja tus pies, no hagas fuerza con la tripa, respira muuuuuuuu lenta y profundamente..., y los sentimientos de enfado se irán poco a poco. Piensa en cosas bonitas y agradables. Practica unas cuantas veces y dile a tu profesor que te enseñe».*



Y eso hizo Pequeña Tortuga. Practicó con su profesor, y cuando estuvo lista lo puso en marcha. Cuando un compañero le tiró la cartera al suelo, se metió en su concha y se relajó. Soltó sus músculos como cuando se iba a dormir, y se quedó un ratito notando cómo la tensión iba desapareciendo. Se puso muy contenta y su profesor vio que le funcionaba tan bien que le enseñó el truco a toda la clase».

Y a partir de la historia, comenzamos a entrenar en diferenciar tensión y relajación. El entrenamiento en relajación es el mismo que se ha comentado en otros capítulos de este libro.

Una vez adquirido, pasamos a integrar la relajación en el gesto «tortuga». Les pedimos que en posición «tortuga» tensen su cuerpo entero, contando de 1 a 10, y después relajen de golpe todo su cuerpo. Lo más importante es comprobar que realmente

han soltado la tensión, y se les indica que miren si sus brazos son como de goma, o si se resbalan del pupitre.

Este entrenamiento lo practicamos diariamente toda la semana, y, normalmente, tras unos siete días de trabajo los niños están en condiciones de relajar directamente sin tensar antes. Puede usarse la imaginación de escenas relajantes para ayudar a la relajación. Pedimos a los niños que se imaginen una situación que les guste y les dé tranquilidad. Pueden imaginarse flotando en el espacio, o tumbados en un campo de flores, o imaginar que son una abeja volando en un campo de hierba verde. Cada uno decide su escena relajante.

### **Siguientes sesiones/semanas**

La mayoría de los niños, sólo con estas dos fases anteriores, suele conseguir controlar las situaciones y emociones problemáticas. Pero a veces la situación puede ser más difícil o podemos tener algún niño al que no le basta con la secuencia Tortuga-Relajación para moderar sus sentimientos. Para conseguir esto necesitaremos introducir la técnica de solución de problemas. Nos gusta especialmente el procedimiento de Spivack y Shure para conseguir que los niños busquen soluciones a los problemas, el cual trataremos en el siguiente apartado.

### **Seguimiento**

El programa de Tortuga no debe eliminarse bruscamente. Puede usarse durante mucho tiempo, incluso meses, recordando intermitentemente el uso del gesto y reforzando su aplicación. En esta fase final, nuestros refuerzos van a ir más encaminados hacia los compañeros que apoyan y elogian el uso de la técnica para prevenir conductas disruptivas, y hacia el autorrefuerzo. Así, estaremos atentos cuando oigamos que los niños aplauden a un amigo que se ha controlado haciendo «tortuga», o cuando alguno nos cuenta un problema que ha solucionado con «Tortuga». No es raro encontrar a un niño sonriendo en el patio porque los demás le han ovacionado por su autocontrol.

Tabla resumen de la técnica de la tortuga

FASES:

- 1.º Gesto TORTUGA.
- 2.º Relajación.
- 3.ª Solución de problemas.

ENTRENAMIENTO PASO A PASO:

Primera sesión:

- ⇒ Cuento de Pequeña Tortuga.
- ⇒ Enseñar el gesto «tortuga».
- ⇒ Juegos con gesto «tortuga».
- ⇒ Situaciones ficticias.
- ⇒ Práctica individual.
- ⇒ Resto de la semana.

Segunda sesión:

- ⇒ Ejercicios de discriminación colectivos e individuales.
- ⇒ Juegos de provocación.
- ⇒ Resto de la semana.

Tercera y cuarta sesión:

- ⇒ Segunda parte de la historia de Pequeña Tortuga.
- ⇒ Entrenamiento en diferenciar tensión/relajación.
- ⇒ Relajación durante el gesto tortuga.
- ⇒ Práctica durante la semana.

Siguientes semanas:

- ⇒ Entrenamiento en solución de problemas.
- ⇒ Seguimiento.

### 14.2.2. Técnica de resolución de problemas de Spivack y Shure

La técnica de resolución de problemas de Spivack y Shure está indicada para niños desde 4-5 años, y se usa principalmente en formato de grupo, aunque es muy adaptable a terapia individual.

Estos autores plantean que los niños con habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales son los que consiguen un mejor ajuste social.

Las estrategias a las que aluden son: el pensamiento de *soluciones alternativas* y el *pensamiento consecuencial*, la *sensibilidad cognitiva* ante la existencia de problemas interpersonales, la *toma de perspectiva* interpersonal y el *pensamiento causal* social.

Tanto los niños rechazados como los que tienden a reaccionar con agresividad son los que más necesitan aprender estas habilidades. Suelen reaccionar impulsivamente, sin evaluar las consecuencias a largo plazo de sus comportamientos, y no son capaces de generar soluciones alternativas que no sean agresivas.

Esta técnica tiene tres pasos:

1.º **Generar soluciones a los problemas.** Lo que los autores llaman *pensamientos alternativos*. Se trata de que los niños aprendan a que, ante un problema, podemos buscar diferentes alternativas para solucionarlo.

Comenzamos planteando un problema típico de un niño de la edad del grupo: «*me han pegado*», «*no encuentro mis chuches*» o «*me aburro*», y lanzamos la siguiente pregunta: «*¿qué podríamos hacer?*» y motivamos a los niños a dar ideas.



Pongamos el problema «*mi compañero me quita el lápiz*». Y ante la cuestión de *¿qué podríamos hacer?*, los niños van contestando «*pegarle*», «*quitarle yo el suyo*», «*decírselo a un mayor*», «*aguantarse y buscar otro lápiz*», «*pedirle que lo devuelva y si no se lo digo a la seño*», etc. El terapeuta va reforzando todas las opciones, pero especialmente las que no implican conflicto o agresión. Y sugiere más alternativas, siendo conveniente anotarlas en una pizarra o póster.

2.º **Determinar formas para conseguir las metas.** Si alguna alternativa es muy abstracta o muy complicada, les ayudamos a convertirlas en una secuencia conductual. Por ejemplo «*decírselo a mi madre*» puede parecer una buena solución, pero si la desmenuzamos en una concatenación de conductas se darán cuenta de que no es la mejor opción. Al convertir el plan general en pasos pequeños, se darán cuenta de que ese

plan implica muchas habilidades y mucho tiempo para llevarlo a cabo.

*«Aguantar toda la mañana hasta ver a mi madre – buscar otro lápiz para seguir haciendo la ficha – aguantar las ganas de pegarle – mantenerme enfadado con mi compañero durante toda la mañana».*

**3.º Reconocer las consecuencias de las estrategias alternativas.** *Pensamiento consecuencial.* Se trata de evaluar cada solución aportada valorando las consecuencias de cada una. Vamos viendo lo positivo y lo negativo de cada opción, y después elegimos la mejor (véanse cuadros 14.1 y 14.2).

CUADRO 14.1

Valoración de las consecuencias positivas y negativas de «quitarle su lápiz»

+	-
Consigo un lápiz para trabajar. No me dejo tomar el pelo.	Mi amigo se enfada. Se lo dice a la seño y me castiga. Nos pegamos y nos castigan. Nos quedamos sin patio.

CUADRO 14.2

Valoración de las consecuencias positivas y negativas de «Pedírselo y decirle que si no me lo da, se lo digo a la seño»

+	-
No nos enfadamos más. Consigo mi lápiz. No me dejo ganar. Jugamos en el patio.	Que me llame chivato.

Esta técnica puede sumarse a la técnica de la tortuga, haciendo que los niños realicen estos tres pasos mientras están haciendo el gesto «tortuga». También puede combinarse con entrenamiento en habilidades sociales. Y en ocasiones puede ayudar a analizar los pensamientos negativos automáticos en las técnicas cognitivas. Es la mejor forma de luchar contra ideas inadecuadas, como «tengo razón para pegarle», «se lo merece», «es lo único que puedo hacer», «es lo mejor» o «no me puedo dejar pisotear».

## 14.3. TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA NIÑOS MAYORES Y ADOLESCENTES

A continuación vamos a presentar una técnica de resolución de problemas para adolescentes y niños más mayores. Normalmente se emplea a partir de 10 años, aunque facilitando algún paso podría adaptarse para 8-9 años. Se emplea principalmente para problemas sociales.

Un error habitual en la adolescencia es su dificultad para identificar los sentimientos y, por tanto, muchos adolescentes no suelen ser conscientes de que tienen un problema, a veces hasta que ya es muy tarde. Es por eso que programas como el de Pope y McHale toman muy en cuenta esta deficiencia y la incluyen como parte del entrenamiento en resolución de problemas.

Por otro lado, a estas edades es conveniente comenzar con un trabajo cognitivo para cambiar algunas ideas que no les permiten tomar decisiones. Si el adolescente piensa que tener problemas es algo extraño y que sólo le pasa a él, si cree que sus problemas deben solucionarlos los adultos, si no entiende sus cambios emocionales, si no percibe sus sentimientos como señales de que algo va mal, si cree que la mejor forma de funcionar es dejar que los sentimientos afloren sin control, o, por el contrario, cree que debe ocultar sus emociones, será importante hacerles ver que esas ideas son cuestionables.

Así que el protocolo habitual para trabajar con adolescentes consta de **tres fases**:

### **1.º Orientación para resolver problemas**

En esta fase solemos plantear el trabajo cognitivo en formato de coloquio. Les pedimos que busquen razones a favor y en contra de:

- ⇒ Los problemas forman parte de la vida diaria.
- ⇒ Los niños pueden resolver problemas sin ayuda de los adultos.
- ⇒ Los sentimientos son señales de que existe un problema.
- ⇒ Lo mejor ante un problema no es improvisar, sino razonar.

Debemos llegar a conclusiones a partir de ejemplos cotidianos y muy suyos. Por ejemplo, para hacerles ver que los problemas son parte de la vida normal, se les puede pedir un registro de toma de decisiones que hacen diariamente: elegir la ropa que me voy a poner, si estudiar ahora o más tarde, jugar a un juego o a otro en la play, qué contestar en el whatsapp a un amigo, darle a mis padres las notas o no, qué hago con mi amiga que está hoy insoportable, etc. Algunas no parecen muy importantes, pero pueden llegar a serlo si no se toma la decisión de forma adecuada.

Les pedimos ejemplos de situaciones problemáticas que resolvieron solos, como «perdí mi móvil y lo encontré sin ayuda» o «me enfadé con mi amiga por X razón y decidí, tras pensarlo, hablar con ella».

Y ya vamos introduciendo conceptos que abordaremos con detalle en las fases siguientes: los sentimientos como señal, y la actitud de «parar y pensar».

## 2.º Identificación de los sentimientos básicos

Aquí nuestro objetivo es que reconozcan los cuatro sentimientos básicos y los identifiquen. Es decir, que no se queden con un «me siento mal», sino que definan qué quiere decir «mal». ¿Es enfado, tristeza, decepción, culpa, aburrimiento, frustración...? Al asignarle un nombre a lo que nos pasa, estamos mucho más cerca de saber cuál es el problema y, por tanto, de ponerle solución.

Comenzamos con un ejercicio práctico. Les pedimos que piensen durante dos minutos todos los sentimientos que se les ocurran, y que los vayan escribiendo: tristeza, ira, culpabilidad, resignación, miedo, pánico, temor, nerviosismo, ridículo, inquietud, amor, alegría, paz, tranquilidad, relajación, frustración, etc. Asignamos un nombre cuando hablan de conductas (por ejemplo, nerviosismo a «no puedo parar de moverme», tristeza a «pienso que no valgo para nada»). Pueden ir anotándose en la pizarra para que vean cuánta variedad de sentimientos hay.

A continuación les explicamos que hay cuatro emociones básicas y les pedimos que agrupen los sentimientos de la pizarra en cuatro conjuntos: alegría, tristeza, enfado y miedo. Hay algún sentimiento que se acerca a dos emociones, pero en general se ve con facilidad a qué grupo pertenece cada alternativa.

### **Miedo:**

Inquietud, nerviosismo, terror, pánico, susto, sorpresa, temor.

En las siguientes sesiones seguiremos trabajando sobre sentimientos. Les explicamos que cada emoción se compone de tres elementos: sensaciones, pensamientos y comportamientos. Para poder controlar una emoción, primero tenemos que detectarla lo antes posible, ya que si somos conscientes de un sentimiento, cuando ya es muy intenso va a ser mucho más difícil regularlo.

Pensemos en la siguiente secuencia. Mis amigos se han burlado de mí cuando me he tropezado. Me enfado y empiezo a insultarles hasta que casi nos pegamos. Desde el tropezón hasta la agresión, aunque media poco tiempo, puedo haber sentido ridículo, vergüenza, enfado y rabia. He pasado de pensar «qué corte» a «cómo se atreven, se van a enterar». He notado sonrojo, taquicardia, tensión en la mandíbula y hasta tensión en todo el cuerpo y he mirado hacia abajo. Después me he enfrentado muy chulo hacia ellos, les he dicho «¿qué pasa?», y he acabado insultando y cogiendo a mi amigo de la solapa.

Puede que el chaval detecte que está muy enfadado únicamente cuando se ve a sí mismo cogiendo la chaqueta de su colega. Aquí la detección del enfado se ha producido cuando se percibe actuando violentamente. Es muy tarde para controlar. Las mejores señales son las que aparecen cronológicamente en primer lugar: el primer pensamiento, o la primera sensación física apareada a él. Si hubiera detectado como enfado la taquicardia

inicial, podría haber valorado otras opciones de enfrentarse al problema.

Nuestro objetivo con el grupo es que aprendan a detectar las primeras señales de una emoción negativa, y tomarlas como indicador o alarma de que algo va mal. Y a partir de ahí, buscar soluciones. Comenzamos pidiéndoles una lista de situaciones cotidianas que les hagan sentir enfado, miedo, alegría o tristeza (véase cuadro 14.3).

### CUADRO 14.3 Ejemplo de lista de situaciones que provocan emociones

**Alegría:** sacar una buena nota, quedar con mis amigos, comprarme ropa, etc.

**Miedo:** antes de un examen, que me pregunten en clase, quedar como tonta.

**Enfado:** burlas, que me pongan menos nota en un trabajo, que mis amigas pasen de lo que yo opino.

**Tristeza:** verme gorda, estar sola el sábado, suspender.

Después comentamos en grupo cómo saben que notan esos sentimientos. Les preguntamos qué sienten. Ellos van diciendo cómo sienten físicamente la alegría, el miedo, el enfado o la tristeza. El formato de grupo es muy enriquecedor, porque les ayuda a darse cuenta de los cambios fisiológicos que se producen en cada emoción, al compartir con otros sus experiencias.

Podemos también pedirles que evoquen en imaginación una situación de la lista que han realizado antes, y se fijen en las sensaciones que notan al revivirlas.

Pueden aparecer pensamientos y conductas. No se desprecian. Al contrario, aprovechamos para ayudarles a diferenciar las tres reacciones: cognitiva, fisiológica y motora. Y también resaltamos la congruencia entre qué pienso, qué siento y qué hago. Si juzgan una situación sólo como incómoda, el grado de emoción debe ser moderado y las conductas asociadas serán también muy manejables. Si evalúan una situación como ofensa, injusticia o agresión, sus emociones subirán de nivel y sus conductas tenderán a ser más bruscas.

El trabajo para casa será fijarse en sus primeras señales, en las distintas emociones y registrarlas (véase cuadro 14.4).

### CUADRO 14.4 ([Descargar](#) o [imprimir](#)) Autorregistro de identificación de problemas

DÍA	HORA	QUÉ PASÓ	QUÉ SENTÍ	PRIMERA SENSACIÓN	QUÉ HICE
-----	------	----------	-----------	-------------------	----------

Normalmente con una semana de registro encontraremos un patrón que se repite. La primera sensación suele ser la misma. Ésta puede ser nuestro chivato, por lo que la usaremos como señal para parar y pensar.

### 3.ª Resolución de problemas paso a paso

La última fase implica ya el procedimiento completo de tomar decisiones. Los pasos son siete:

1. **Percibir el problema.** Darse cuenta de que se tiene un problema a partir de las emociones que nota.
2. **Pararse y pensar.** Punto clave para el manejo de la impulsividad. Antes de actuar, se debe «parar y pensar», es decir, tenemos que decidir cuál es el problema con el que nos enfrentamos y definirlo claramente.
3. **Centrar un objetivo.** Aclaremos cuál es el objetivo a conseguir. Les enseñamos a preguntarse: «¿qué quieres que ocurra?»
4. **Pensar en la mayoría de soluciones posibles.** En este punto es cuando generaremos todas las alternativas para resolver el conflicto.
5. **Prever las consecuencias de cada solución,** respondiendo a la pregunta: «¿qué ocurriría si lo intentase?».
6. **Escoger la mejor solución.**
7. **Hacer un plan detallado de cómo llevar a cabo la solución.**

El primer paso ya lo hemos practicado previamente con **la identificación de emociones.**

El segundo paso es la **definición del problema.** En adolescentes y preadolescentes, una vez perciben su emoción como señal, sólo con plantearse: «¿qué me molesta o altera?», son capaces de captar cuál es el problema.

Ponemos ejemplos para que ellos definan problemas:

«Me dicen que mi amiga Laura ha hablado mal de mí y me enfado muchísimo».

«Me frustró porque me han puesto menos nota de la que merezco».

«Me decepciona que Dani no me haya invitado a su cumpleaños, porque yo le he invitado todos los años».

«Me asusta un rumor falso que han dicho de mí».

Les pedimos que intenten definir por parejas estos problemas ficticios. Hacemos una puesta en común para ver la mejor forma de estructurar el problema que subyace a estas situaciones y emociones.

Después les pedimos que cada uno defina un problema que actualmente esté molestándole, aunque no sea grave. Lo cuentan a un compañero y lo definen entre los dos. La tarea de esa semana será localizar al menos un problema y definirlo lo más concretamente posible.

En el tercer paso añadimos algo importante a la definición, **la meta** que queremos conseguir. Así que, a partir de los problemas que han traído esta semana, buscamos en

cada uno su objetivo. Para ello deben preguntarse: «¿qué quieres que ocurra?». Es imaginarse el final de la historia (véase figura 14.1).

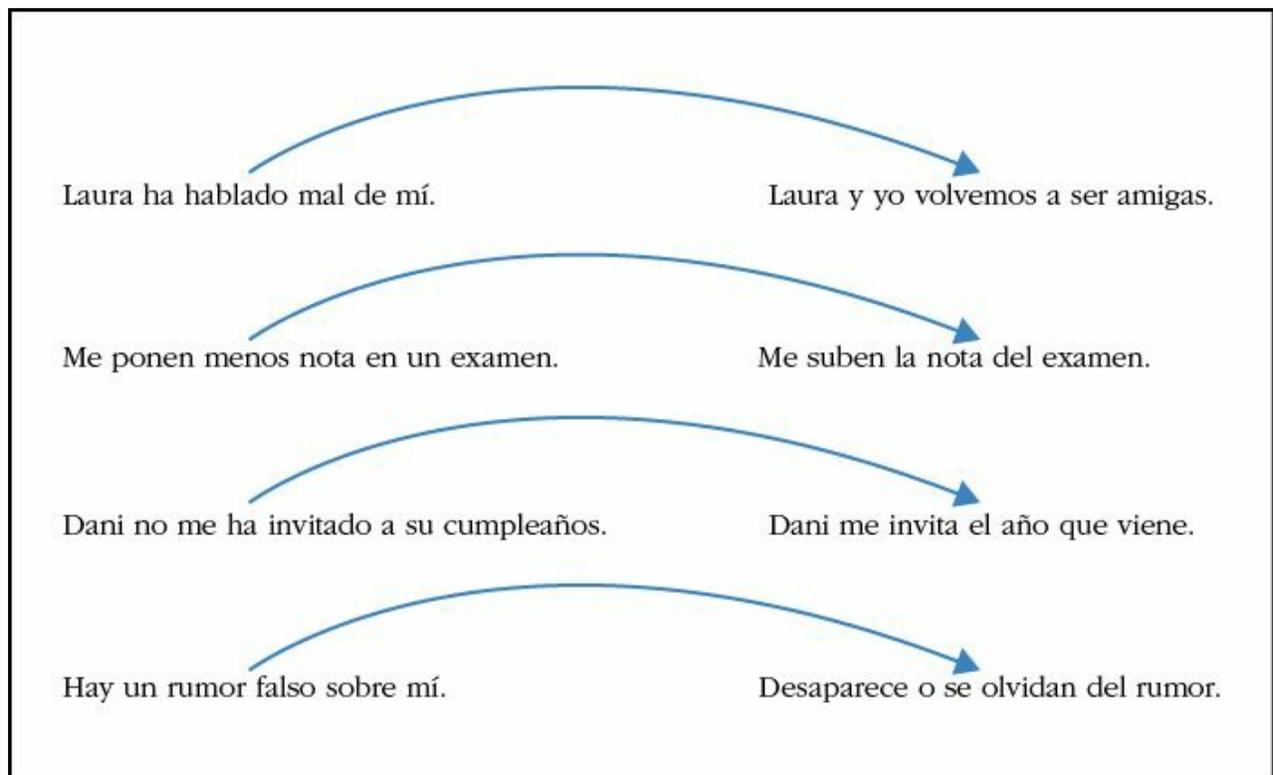


Figura 14.1. «¿Qué quieres que ocurra?».

El cuarto paso es la **generación de alternativas**. Seguimos los principios que rigen el *brainstorming*:

- ⇒ La cantidad genera calidad, así que buscamos la mayor cantidad de soluciones posibles.
- ⇒ Aplazar el juicio. No juzgamos, ni criticamos, ni ponemos peros a las soluciones que surjan. Simplemente dejamos que fluyan sin rechazarlas.
- ⇒ Buscamos variedad de ideas, y exploramos desde diferentes perspectivas la búsqueda de soluciones.

Y buscamos soluciones en grupo para cada uno de los problemas ficticios que hemos planteado. Se van apuntando en la pizarra, y animamos a que participen con sus aportaciones (véase cuadro 14.5).

#### CUADRO 14.5

Alternativas de solución al problema de que «Carla ha hablado mal de mí»

Carla ha hablado mal de mí.

Alternativas de solución:

- ⇒ Hablar yo mal de ella.
- ⇒ Hablar con todas las demás y explicarles que todo lo que ha dicho es mentira.
- ⇒ Apartarla de mi lado y no considerarla mi amiga.
- ⇒ Buscar otra amiga y darle celos.
- ⇒ Hablar con ella y preguntarle si está enfadada e intentar aclararlo todo.
- ⇒ Burlarme de ella.
- ⇒ Contárselo a la profesora.
- ⇒ Mandarle un *whatsapp* con insultos.
- ⇒ Etc.

A continuación valoramos cada alternativa adelantando las **posibles consecuencias** positivas y negativas que producirán si se ponen en marcha (véase cuadro 14.6).

CUADRO 14.6  
Valoración de las consecuencias de cada alternativa

⇒ ***Hablar yo mal de ella.***

+

-

Yo me vengo.

Ella se enfada.

Usa mis palabras como prueba de que es verdad lo que dijo.  
Las demás no me apoyan.  
Nos enfadamos.

⇒ ***Hablar con ella y aclararlo todo.***

+

-

Entender sus razones.

Pasar corte al acercarme a ella.

Controlar mi enfado.

Conseguir que deje de hablar mal.

Apoyo de otras amigas.

A partir de aquí **elegimos** la mejor opción, aquella con más ventajas y menos contras. Y el final es elaborar **un plan detallado** para poner en marcha la decisión elegida (véase cuadro 14.7).

CUADRO 14.7  
Plan detallado para poner a prueba la decisión elegida: «Hablar con ella»

- 1.º Escribirme lo que quiero decirle y ensayarlo en voz alta.
- 2.º Acercarme en el descanso de la mañana y decirle que me gustaría hablar con ella.

3.º Expresar mi mensaje sin enfado. Escuchar su opinión y proponerle pasar página.

Este protocolo puede simplificarse en cuatro pasos a modo de autoinstrucciones:

«¿Cuál es mi problema?».

«¿Cuáles son las soluciones posibles?».

«¿Qué pasaría si probase estas soluciones?».

«¿Cuál es la mejor solución?».

Después se trataría de practicar con problemas que ellos planteen.

Algunas típicas situaciones problemáticas son: tus padres no te permiten llegar más tarde a casa y todos tus amigos se quedan hasta más tarde, el chico que te gusta ni te mira, o quieres llevar ropa más moderna y tu madre no está de acuerdo.

## 14.4. BIBLIOGRAFÍA CLÁSICA

D’Zurilla, T. (1992). *Terapia de la resolución de conflictos*. Bilbao: DDB.

Pope, A. y cols. (1996). *Mejora de la autoestima. Técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.

Shure, M. B. y Spivack, G. (1978). *Problem Solving Techniques in childrearing*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.

Shure, M. B. y Spivack, G. (1992). *Interpersonal problem solving in young children: a cognitive approach to prevention*. *American Journal of Community Psychology*, junio, vol. 10, Issue 3, pp. 341-356. Springer.

## 14.5. RECURSOS ACTUALES

Buenge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Aportes Técnicos. Buenos Aires: Akadia Editorial.

Feldman, J. R. (2002). *Autoestima, ¿cómo desarrollarla? Juegos, actividades, recursos, experiencias creativas*. Madrid: Narcea.

Schneider, M. y Robin, A. (2009). *La técnica de la tortuga: un método para el autocontrol de la conducta impulsiva*. Nueva York: Stony Brook University.

Sevillá, J. y Pastor, C. (1996). *Tratamiento psicológico de la depresión. Un manual de autoayuda paso a paso*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta. Valencia. 6.ª edición 2007.

Parte quinta

## **Procedimientos diversos**

# 15. CUANDO LOS CUENTOS SON LA SOLUCIÓN

ANA GUTIÉRREZ LÓPEZ

## 15.1. EN EL INICIO TODO ES UN CUENTO

*«Más allá de toda división política, cultural e histórica, el cuento proporciona a la humanidad en su conjunto una lengua materna común.»*

JOSTEIN GAARDER

El niño viene preparado para captar unas cosas y no otras, pues, como decían los filósofos antiguos, el conocimiento comienza en los sentidos. Viene preparado para ver con los cinco sentidos, pero no para mirar con la reflexión. Su inteligencia es generadora de imágenes, mayoritariamente descriptiva antes que reflexiva. La parte ejecutiva del cerebro, la que toma las decisiones racionales, está situada en el lóbulo frontal y no terminará de desarrollarse hasta pasada la adolescencia. Esta descripción sensorial de la realidad en la que el niño está inmerso es parte de la inteligencia descriptiva. Nos aporta información de una calidad diferente a la que nos aportaría la del razonamiento intelectual, la inteligencia reflexiva, conectándonos con nuestra inteligencia no consciente. La fusión de las anteriores, a la que llamamos sabia y alberga la creatividad, es la que se encargará de encontrar alternativas a lo que nos ocurre e insistirá en la búsqueda de lo que más nos emociona en la vida.

Al contar y escuchar cuentos terapéuticos utilizamos un lenguaje indirecto, activando las funciones del hemisferio derecho, utilizando las metáforas como parte central del proceso terapéutico. Al producirse cambios en la historia, su contenido indirecto moviliza las asociaciones inconscientes y conecta el proceso de transformación, en la trama, con la resolución simbólica productora del cambio en la vida real.

La creación de cuentos terapéuticos se centra en el uso de la metáfora. La posibilidad de vivenciar está en sus dos niveles de comunicación. El primero, compuesto por la historia y la trama, y el segundo el del significado implícito (con el que se crean símbolos, imágenes y sensaciones, desde los cuales se realiza una búsqueda de significados relevantes), permitiendo movilizar a la persona, adulta o niña, para que, imaginándose en otro lugar, promueva la búsqueda de alternativas. Por tanto, el cuento terapéutico es una estrategia de intervención con muchas posibilidades de aplicación y con gran efectividad en la resolución de los problemas psicológicos infantiles.

J. Zeig, discípulo directo de M. H. Erickson, nos habla de diferentes ventajas del lenguaje metafórico, que podemos ver en el cuadro 15.1.

## CUADRO 15.1 Ventajas del cuento terapéutico

<b>CAPTA FÁCILMENTE EL INTERÉS</b>	Provoca la necesidad de seguir atendiendo y puede, al mismo tiempo, crear confusión y así remover en el sujeto una buena respuesta hipnótica.
<b>ES DIRECTAMENTE VIVENCIADA COMO CREÍBLE</b>	Al no implicar una amenaza para el sistema de creencias y de ideas preestablecidas, las metáforas y los cuentos pueden ser utilizados para eludir la natural resistencia al cambio.
<b>PROVOCA LA NECESIDAD DE DARLE SENTIDO AL MENSAJE</b>	Esto facilita que los niños y también los adultos deban extraer sus propias conclusiones e incluso movilizarse en actos por voluntad propia, originando así que se imprima su huella en la memoria y «que la idea expuesta sea más memorable»... y propia, suya.
<b>AFECTA AL SISTEMA INMUNOLÓGICO</b>	Sabemos que las creencias y supuestos del sujeto acerca de su salud y de sus capacidades para resolver la situación están directamente involucradas en la curación.

Los cuentos y las metáforas nos ayudan a cambiar, pues facilitan la reorganización en los tres niveles básicos del pensamiento: la emocionalidad, la acción o exploración de la realidad, y la función reflexiva.

## 15.2. VAMOS A CREAR UN CUENTO

### 15.2.1. Las partes de un cuento

*«Un cuento siempre adquiere los colores que le otorgan el narrador, el ámbito en que se cuenta y el receptor.»*  
JOSTEIN GAARDER

Aunque todo cuento, como toda bonita historia, posee inicio, nudo y desenlace, escribir cuentos para ser utilizados en la psicoterapia infantil es diferente. Requiere que el cuento incluya los elementos terapéuticos: el lenguaje indirecto, metáforas e historias que generen la imaginación y la creatividad. En el cuadro 15.2 se presentan los elementos para poder elaborar un cuento terapéutico.

## CUADRO 15.2 Los elementos de un cuento terapéutico

ELEMENTO	CONTENIDO
----------	-----------

<b>OBJETIVO DEL CUENTO</b>	Contendrá aquella meta que se desee propiciar después de que el niño escuche ese cuento. Puede estar relacionado con la solución en sí o con los procesos de cambio de la vida.
<b>LA METÁFORA</b>	Contiene una historia que se desenvuelva con diferentes niveles, con una implicación positiva, incluyendo elementos de los procesos psicológicos involucrados en la resolución del problema.
<b>LA TRAMA DE LA HISTORIA</b>	Es ahí, en el movimiento que tienen los personajes, donde pueden estar implícitas las alternativas y las nuevas relaciones para enfrentar o resolver el problema.
<b>PROCESO HASTA EL CAMBIO</b>	Los personajes se transforman, encuentran nuevos caminos y descubren en sí mismos nuevas maneras de enfrentar las cosas, de pensar o de vivir.

### 15.2.2. Crear cuentos para ellos

Basándome en un cuento creado en la consulta para una niña de 5 años, Carmen, que tenía miedo a comer sólido, iremos extrayendo los ejemplos para entender cómo elaborar el cuento, en este caso en verso.

Carmen es pequeñita, morena, con media melena de pelo lacio como Dora la exploradora, que le encanta. Con ella, en situación de juego estuvimos hablando de lo que le gustaba comer «potitos» (comida triturada para bebés que se comercializa en tarros de cristal). También con «la consulta de Dora» jugamos a darle de comer y aprendimos a respirar inflando nuestro estómago como un globo (véase el cuadro 15.3).

#### CUADRO 15.3 Inducción a la relajación

*«Muy bien, ahora cerramos los ojos. Y con los ojos así cerrados respiramos despacito...  
Tomamos aire, respirando despacio... y, a cada respiración que tomas, tu estómago se hincha de aire y se relaja.  
Nos imaginamos relajados, con el aire entrando por la nariz y recorriendo todo el cuerpo haciendo que éste descanse.  
Entonces imaginamos nuestra frente descansada... y nuestros ojos relajados, como durmiendo.  
A cada respiración que haces, segundo tras segundo, tu cuerpo se relaja y descansa, y entonces tu nariz y tu boca también descansan...  
Imaginamos cómo nuestro cuerpo, lleno de aire, descansa y se relaja como un globo de los de feria que flota en el aire relajado, tranquilo.  
Flotamos descansados, como los globos que flotan y que tienen formas preciosas..., como de unicornio, de caballo alado, de coche de carreras o de cohete..., de la forma que más te guste o de la forma que tu desees...  
Descansamos respiración tras respiración.  
Y segundo tras segundo más y más nos relajamos.  
Se relaja tu cuello y tu espalda... Se relajan tus hombros, que descansan.  
Respiración tras respiración imaginas tus brazos descansados y descansan tus manos y los dedos de tus manos.  
Ahora tu pecho, que se llena de aire, tranquilo se relaja y el estómago descansa, se relaja.  
Imaginas cómo tus piernas y tus pies y los dedos de tus pies descansan relajados... flotando... como si flotases. Estás a gusto, tranquila y feliz. Todo tu cuerpo descansa tranquilo.*

*Entonces la cabeza descansa y los miedos se relajan. Se suben a las nubes y éstas se marchan. Cuando el aire sale fuera de tu cuerpo, el aire que echas empuja las nubes y éstas se alejan..., y los miedos con ellas.*

*Y así, imaginando tu cuerpo descansado, relajado, respiras despacio, y enseñas a tu cuerpo a que en cualquier momento, cuando esté preocupado o asustado, el aire que tú echas fuera del cuerpo aleja con fuerza las preocupaciones.*

*Las respiraciones hacen que tu cuerpo descanse y se relaje... y las cosas que preocupan y nos ponen nerviosos se alejan y desaparecen..., se suben a las nubes que flotan en el cielo y se alejan. Se pierden. Se van.*

*Y el miedo se va y te sientes mejor; bien... respiración tras respiración..., los ruidos que molestan ya no molestan, se van, desaparecen..., ya no asustan..., segundo tras segundo..., minuto tras minuto..., hora tras hora..., día tras día.*

*Imagina cómo, a cada respiración que haces, respiración tras respiración, segundo tras segundo te sientes mejor.. Los miedos se alejan con las nubes del cielo, tu cuerpo aprende y estás más y más tranquila, más y más relajada.*

*Y cada día que pasa tu cuerpo está más y más fuerte..., y el miedo desaparece. Así, si en algún momento sientes un poco de miedo, tus respiraciones, hinchando el estómago como un globo de feria, hacen que el miedo se vaya y desaparezca..., se aleje.*

*Muy bien, cariño. Y ahora, si quieres, te cuento un cuento muy especial».*

Después se introdujo el cuento, que quedó así:

### **DORA Y MONO COMEN SÓLIDO**

*Dora estaba muy cerquita de aquí un día,  
jugando en el parque de allí...,  
y cogió su merienda que era...  
¡un bocata de jamón!*

*Dora se puso muy triste y dejó de jugar,  
le asustaba comerse el bocadillo,  
¡y hasta los platos de comida, como el de arroz...!  
Pues creía nuestra amiga la exploradora,  
que se ahogaría y se quedaría sin voz.*

*Aunque sus papis le decían...  
«No pasa nada, cariño..., intenta masticar».  
Ella se asustaba cada día...,  
y no comía y se ponía a llorar.*

*Nuestro gran amigo el mono que la vio,  
con mucho cariño le enseñó...  
un truco que él practicaba todos los días,  
para comer tranquilo, sin miedo y con alegría.*

*Y le dijo así:  
«Todo empieza muy despacito,*

*con nuestra respiración...,  
hinchando nuestro estómago de aire...  
como si fuese un balón.*

*Sucede que...  
al hacer esto cada día...  
nuestro cerebro aprende...  
a masticar sin miedo..., con alegría.  
Las mandíbulas son especiales,  
tienen memoria... y pueden aprender,  
si a los dientes les enseñas  
a masticar y comer.*

*Hay que entrenar cada día  
a los dientes un poquito más...,  
para que al comer los trocitos...  
no se cansen y se relajen más y más.*

*El truco está en respirar despacito,  
como hacen los cachorritos.*

*En respirar y entrenar...,  
entrenar a los músculos a todas horas...  
para que aguanten sin descansar.*

*Es como cuando juegas a la pelota...,  
la de fútbol o baloncesto...,  
la de tenis o la de golf...  
Esto es un entrenamiento.*

*Los músculos de nuestro cuerpo  
deben aprender a hacer las cosas bien.  
Y cuando llega el momento...,  
sólo hay que hacer el entrenamiento.*

*Dora cerró los ojos como Mono,  
y se puso a respirar...,  
a respirar inflando su estómago,  
para así poderse relajar.*

*Dora respira despacio antes de comer,  
Dora respira despacio antes de cenar...*

*cuando está con la merienda...  
y al levantarte y desayunar.*

*Y si esperamos que pasen los días,  
y respiramos despacio sin pensar...  
tus dientes ellos solos...  
te enseñarán a masticar.*

*Y despacio muy despacio,  
inflando el estómago y  
contando hasta seis (1, 2, 3, 4, 5, 6...),  
tu cerebro ha aprendido...  
y ni él sabe cómo ha sido.*

«Lo has hecho muy bien, Carmen..., como Dora la exploradora sabe hacer. Muy bien, muy bien».

Vamos a tratar de responder a siete preguntas mágicas, y de este modo habremos elaborado, para nuestros hijos, un cuento completo. Veamos éstas, con ejemplos del cuento, que harán más sencillo entender su función, en el cuadro 15.4.

#### CUADRO 15.4 Preguntas para hacer los cuentos

¿Qué era o quién era?	Una niña llamada Dora la exploradora.
¿Dónde estaba?	No muy lejos de aquí.
¿Qué dijo o qué pensó?	Que se ahogaría al comer y se iba a quedar sin voz.
¿Qué hacía?	Jugar y merendar.
¿Con quién estaba?	Con su amigo Mono.
¿Qué pasó entonces?	Que Mono le enseñó a no tener miedo.
¿Cómo terminó todo?	Dora practicaba.

### 15.2.3. Los personajes del cuento

Para hacer actual y más vivo el mensaje, sobre todo cuanto más pequeños son los niños, el hecho de que los personajes sean conocidos, como Dora, acelera mucho el proceso hipnótico. Sus conocidos ya están «vivos» en su fantasía, luego es trabajo ya hecho. Además, ya llevan implícita la confianza. Y ¿qué mejor mensajero, para depositar

tu confianza, que el que te da confianza? En cualquier caso, habrá representado de diferentes formas una cabeza visible con mayor poder y autoridad. Un personaje, el protagonista de la historia, que asumirá los riesgos. Y otro, no menos importante, que ayuda de forma altruista.

**El Rey (Los Papis)**, es el presente. Representa la parte del pensamiento lógico-abstracto, formal y racional. Encarna el poder reflexivo y de decisión sobre todas las cosas del reino.

**El Héroe (Dora)** es la parte de la inteligencia que llamamos emocional. Representa la resolución del problema. Es el futuro inmediato, el presente cambiado.

**El Hada (Mono)** simboliza el puente de unión entre la necesidad de cambiar lo que nos molesta y el cambio. Es la que muestra las «infinitas alternativas» que nos conducen a la acción.

#### 15.2.4. Cómo contar cuentos

La única clave que probablemente debemos tener en mente es que debemos creernos el cuento. Es más sencillo movilizar las emociones con el cuento cuando nosotros mismos nos creemos la historia contada, pues nuestros gestos y tono de voz le darán credibilidad, al acercarlo a la realidad que vivimos, no sólo por la razón, sino también con la emoción. Leer de forma plana y lineal, sin cadencias ni entonación, o sin gesticulación de los labios, los ojos o de la cara en general, aporta información racional, pero nos priva del acceso al canal emocional del niño, que es fundamental.

Para tener éxito y atrapar la atención del que nos escucha impaciente es preciso abandonarse al relato. De este modo escogeremos de forma natural las palabras e imágenes más sencillas, las expresiones más cortas y los conceptos más claros. Entregarnos completamente al juego de contar cuentos provocará que el rostro de los niños se ilumine o se ensombrezca siguiendo nuestra expresión. Es preciso ver lo que se cuenta con la imaginación.

Veamos, en el cuadro 15.5, algunas cuestiones sencillas a tener en cuenta para elaborar nosotros mismos los cuentos.

CUADRO 15.5  
Cómo elaborar y contar los cuentos

<b>CAPTAR LA ATENCIÓN Y MANTENERLA</b>	Mientras narramos es más sencillo si mantenemos el contacto ocular y gesticulamos con la boca y con los brazos.
<b>NO PROVOCAR INTERRUPCIONES</b>	Una interrupción diluirá el poder sugestionante del momento que habíamos creado.
<b>VALORAR NUESTRO</b>	Si estamos enfadados o demasiado tristes es probable que distorsionemos la elaboración emocional tranquilizadora. Si nos recomponemos fácilmente,

## ESTADO EMOCIONAL

### VALORAR EL MOMENTO MADURATIVO DEL NIÑO

### CONCRETAR LA EMOCIÓN DEL NIÑO

### ES IMPORTANTE CONSIDERAR EL ESPACIO FÍSICO, COMO PARTE DEL «ATREZZO»

adelante. De lo contrario, esperaremos a estar mejor.

Hay determinados ejemplos, personajes o recreaciones mágicas que con determinados años ya no son creíbles; otros, por la corta edad, no son entendibles.

Es más eficaz ser claros, concretos y concisos. Focalizaremos una de las emociones que queremos diluir, deshacer, eliminar, induciendo previamente un estado de relajación basado en la sugestión.

Incluir algunas características del ambiente en el que estamos desarrollando la historia, para hacerlo mucho más presente, creíble y facilitador para la «teletransportación». Si es primavera, citarlo en el cuento, y si vamos a incluir un animalito, que sea el suyo preferido.

Cuando en la consulta elaboro los cuentos procuro tener algún objeto de referencia del niño, que después se pueda llevar a casa consigo, para que de esta forma el mero hecho de mirarlo o tenerlo próximo le evoque la emoción serena y la resolución rápida de sus conflictos emocionales que normalmente se traducen en miedos. Por ejemplo, con nuestra amiga Carmen sacamos a Dora y su mochila y la incluimos como un personaje bondadoso.

También se puede elaborar un dibujo o pintar un mandala sobre el cuento. Después se llevarán a casa como «recuerdo evocador».

## 15.2.5. Formatos que pueden ayudar

Casi todos los formatos que a continuación se explican están extraídos de la obra del autor Gianni Rodari, titulada *Gramática de la fantasía. Introducción al arte de inventar historias*; resultado de años de trabajo en el campo de la fantasía, es un ensayo de pedagogía dirigido al personal docente, a los padres y a los animadores.

### El rompecuentos

Este tipo de cuentos, llamados también **cuentos retorcidos**, surgen como resultado de un análisis crítico de los valores sexistas y violentos de la mayoría de los cuentos tradicionales. Con esta técnica buscamos «romper» con determinados símbolos y estereotipos sexista y violentos que aparecen en los cuentos tradicionales.

Por ejemplo, «*El lobo caperucito*» comienza así: «En lo más profundo del gran bosque vivía la gran niña mala...».

Para construir un «rompecuentos» hemos de coger un cuento tradicional y romper aquellos esquemas sexistas que aparecen en él. Cambiar los estereotipos.

## **El cuento relajante**

Es un modelo de cuento para jugar cuya finalidad es promover la liberación de energía, el hacer reír, estimular el movimiento, etc. El movimiento y la risa actúan como mecanismos de distensión psicológica y física en las interrelaciones personales.

## **El cuento poesía**

Se trata de un cuento en el que se ha introducido una canción como elemento motivador; con ella se persigue el objetivo de la participación de los niños y la memorización del cuento.

## **La ensalada de cuentos**

Se trata de una técnica creativa consistente en mezclar, como en una ensalada, personajes y acontecimientos de diversos cuentos, para crear un cuento nuevo. Esta técnica es muy apropiada para poner en juego la creatividad y la imaginación. Con esta técnica se pueden romper los estereotipos que suelen aparecer en los cuentos tradicionales, fruto de predominio de ciertos valores propios de épocas pasadas.

## **El cuento equivocado**

Con ella podemos hacer que los cuentos que ya están aprendidos o interiorizados sufran varias transformaciones, con el fin de llamar la atención de los oyentes, que deben participar corrigiendo o bien creando una historia nueva entre todos, a partir de los equívocos.

Por ejemplo:

—Érase una vez una niña que se llamaba Caperucita Amarilla.

—No, ¡Roja!

—Ah, sí, Roja. Bueno, su papá la llama y...

—No, su papá no, era su mamá.

—Es cierto. La llama y le dice: «Ve a casa de la tía Rosita a llevarle...».

—Ve a casa de la abuela, le ha dicho, ¡no de la tía!...

## **El microcuento**

Los microcuentos son cuentos de una extensión mínima, pero que encierran en ellos toda una historia completa. También son conocidos como cuentos mínimos o cuentos de un segundo.

Un maestro en el arte de escribir microcuentos fue Augusto Monterroso, y un ejemplo de microcuento es éste del mismo autor: *Cuando despertó, el dinosaurio todavía estaba*

*allí.*

Otro ejemplo: *La impaciencia.*

*El tren llegó con tanto retraso, que ya nadie esperaba en aquella triste y gélida estación* (Francisco González Biedma).

La técnica del microcuento tiene mucha utilidad en la escuela, porque resulta muy sugerente para los niños, y da mucho juego a la hora de animar a los alumnos a ilustrarlos con dibujos.

Es muy importante la entonación y la representación gesticular a la hora de contar un microcuento. Debemos acompañarlo con gestos muy sencillos para darle sentido y para transmitirlo.

A la hora de escribir un microcuento es importante tener en cuenta que en él debe aparecer el conflicto.

### **El binomio fantástico**

Dice Gianni Rodari que para provocar una chispa no basta sólo un polo eléctrico, sino dos. Una palabra sola «actúa» únicamente cuando encuentra otra que la provoca, que la obliga a salir de su camino habitual y a descubrir su capacidad de crear nuevos significados. Donde no hay lucha no hay vida. La creación literaria y el origen de la fantasía de los cuentos pueden surgir de la «chispa» que provoquen dos palabras al encontrarse.

Esta es la esencia de esta técnica creativa denominada «binomio fantástico».

Es necesario que las dos palabras que vamos a enfrentar entre sí, para que surja el cuento, sean palabras lo más separadas posibles entre sí. Ejemplo: *perro-armario, coche-dragón, manzana-bruja, etc.*

### **Un viaje alrededor de mi casa**

Pregunta Gianni Rodari: *¿Qué es una mesa para un niño de un año, independientemente de los usos en que la emplean los adultos?* Es un techo. El niño se puede acurrucar debajo de ella y sentirse amo de su casa: de una casa a su medida, no tan grande y terrible como la de los mayores.

Un niño de un año puede golpear a una silla, con la que ha tropezado y con la que se ha hecho daño, y le dirá: *¡silla mala!*

La silla, la mesa, la cama, el televisor, la lavadora, el frigorífico, la batidora, etc., son objetos cotidianos, que pueden estar cargados de fantasía.

Estos objetos que encontramos en nuestra casa pueden ser utilizados fantásticamente, y entonces tendremos a nuestra disposición un material muy amplio para fabricar historias «haciendo como si» el objeto tomara vida...

Por ejemplo, podemos plantear las historias del cuadro 15.6.

#### CUADRO 15.6 Preguntas mágicas

¿Cómo ve el radiador que hay en el salón a mi gata? «La bola de pelo con patas está atrapada en una jaula».

¿Cómo ve a la familia una lavadora cargada de ropa? Como una montaña rusa haciendo lupins.

#### **El mundo visto desde los ojos de un monstruo, un animal, un alien**

Esta técnica creativa está basada en el distanciamiento que nos facilita el ponernos en lugar de... para observar la realidad con otros ojos, desde otra perspectiva.

Se trata de hacer partícipes a los niños y animarlos a crear. Podemos plantearles situaciones sencillas como las del cuadro 15.7.

#### CUADRO 15.7 Preguntas mágicas

¿Cómo ven tus gatitos a tu hermana? Es una gigante de ojos enormes que todo el tiempo le habla en un lenguaje extraño.

¿Cómo crees que será tu consola para una pulga? Es una máquina de teletransportación a mundos fantásticos.

### **15.3. RECURSOS**

#### **Cuentos recomendados**

Aunque este capítulo versa sobre cómo aprender nosotros y cómo enseñar a los padres a crear cuentos, también podemos utilizar los que hay al uso en el mercado, o bien directamente o haciendo pequeñas adaptaciones. Como es imposible enumerar todos los que hay, citaremos algunos de ellos:

#### ***Miedo a la noche, la oscuridad y las tormentas***

«¡Scric scrac bibib blub!» (Ed. Corimbo, 2005) se presenta como «un cuento para los que no pueden dormir». Su autora es la sueca Kitty Crowther.

#### ***Miedo a las pesadillas***

«**Nana Bunilda come pesadillas**» (Ediciones SM, 1986), de la barcelonesa Mercè Company, es una divertida historia que ayuda a los pequeños a vencer su temor a los malos sueños.

### ***Miedo a los monstruos y otros seres imaginarios***

«**Un monstruo en el armario**» (Ediciones SM, 1991), de Carmen Vázquez-Vigo, cuenta el encuentro de un niño con su abuelo, venido desde Argentina.

### ***Miedos a seres imaginarios***

«**Un mensaje para Papá Noel**» (Timun Mas, 1995), de la sudafricana Hiawyn Oram, plantea el caso de un pequeño que, pese a los regalos, teme a este personaje. El libro cuenta con dibujos de Tony Ross.

### ***Miedo a los perros***

«**Un problema con patas**» (Edelvives, 2003) es obra de la barcelonesa Marinella Terzi. Narra la historia de Marcos, un niño que tiene miedo a los perros.

### ***Miedo a lo desconocido***

«**Zimbo va de acampada**» (Ed. Beascoa, 2003), del escocés Brian Paterson, cuenta la graciosa historia de unos animales que se asustan por algo que, en realidad, no saben lo que es.

Podríamos seguir enumerando y no acabaríamos nunca, pues el listado de cuentos largos o cortos, en verso o en prosa, sobre lo real o lo irreal, con música de fondo o en total y absoluto silencio, contados a viva voz o grabados..., es eterno..., «*hasta el infinito y más allá*» como diría nuestro querido amigo Buzz Lightyear. Pero como los cuentos tienen un final, finalizamos aquí.

### **Lecturas recomendadas**

Bruder, M. (2000). *El cuento y los afectos: Los afectos no son cuentos*. Buenos Aires: Galerna.

Drennen, O. (2008). *Cómo escribir cuentos y novelas*. Buenos Aires: Longseller.

Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Goleman, D. (2009). *El espíritu creativo*. Barcelona: Ediciones B.

Gutiérrez, A. y Moreno P. (2011). *Los niños, el miedo y los cuentos. Cómo contar cuentos que curan*. Bilbao: Desclée de Brower.

Méndez, X. (2011). *El niño Miedoso*. Madrid: Pirámide.

Rodari, G. (2002). *La Gramática de la Fantasía: Introducción al arte de contar historias*. Barcelona: Del Bronce.



# 16. JUGANDO EN LA CONSULTA

ANA GUTIÉRREZ LÓPEZ

*«Los juegos de los niños no son juegos y conviene juzgarlos como sus actos más serios.»*

MONTAIGNE

## 16.1. CON EL JUEGO DESCUBRIMOS...

*«... que es más fácil decirte cosas si estoy jugando..., entiendo mejor..., ¿tú lo sabías?». Manuel, 5 años*

Alma, de 2 años y medio de edad, fue una de las primeras niñas que acudió a nuestra consulta. Nos la derivó el pediatra, pues, tras las exploraciones y análisis oportunos, no había nada que apuntase a una cuestión de intolerancia u otro problema físico. Sin embargo, pese a los esfuerzos de los padres y abuelos, no comía. Cuando la conocimos tenía un hermanito de 6 meses al que adoraba y al que consideraba *«su juguete más precioso»*, según palabras de su joven madre.

Los padres tenían una buena relación, hablaban mucho con ella y ella hablaba mucho, mucho con todo el mundo. Se expresaba como si tuviese mayor edad y siempre estaba sonriendo.

El primer contacto en la consulta fue bueno. Entró de la mano de su madre, que nos explicó, con profusión de detalles, el motivo de consulta y la impotencia que *«todos sentían»*, al no saber cómo ayudar a la «princesa de la casa».

Alma al principio se sentó en el regazo de su madre, observaba y parecía entender todo lo que hablábamos. Pero en cuestión de breves minutos pidió que la bajase al suelo y comenzó a explorar el rincón de los juguetes. Estuvo con los bebés, con los cacharritos de cocina, con las casitas de madera y con los dálmatas (a los que se quería llevar a casa)... Hablaba y hablaba y nos mostraba continuamente con lo que jugaba. Sonreía y estaba «en su mundo».

En la siguiente sesión, cuando entró, buscó con la mirada el rincón de los juguetes. Nos sentamos en el suelo, sobre la alfombra, y me señaló los juguetes.

*«Sí, puedes jugar»*, le dije. Me sonrió y me trajo la familia de dálmatas. Eran cuatro: mamá con el cachorro más pequeño, otro cachorro y papá.

*«Qué bonitos... Papá, mamá y sus hijitos los perritos..., blaaaancooosss y con puntitos neeegrosss»*. Ella asentía con la cabeza. Los abrazó, los apretó contra su pecho,

los besó y los situó en fila sobre un cojín..., y sin previo aviso ¡el cachorro mayor comenzó a saltar sobre el cachorro bebé que mamá dalmata tenía en su regazo!

Lo besaba... y saltaba sobre él reiteradamente y decía «uapo»... Lo besaba... y saltaba sobre él, y le volvía a decir «uapo». Y venía a abrazar a su madre. Aunque jugamos a otras cosas y con otros juguetes, volvía insistentemente a este juego.

Nos planteamos que, probablemente, la adaptación de Alma a su «querido hermanito» iba algo más lenta de lo que sus padres creían y descubrimos que únicamente dejaba de comer si «el pequeño de la casa de papis..., de la casa de los abuelitos y también de los titos» estaba presente.

Dimos instrucciones a los padres para cambiar, en cualquier ambiente familiar, algunas rutinas en torno a la comida. Se le asesoró sobre cómo fomentar la autonomía emocional en los niños. Elaboramos un cuento a la medida de su malestar y le pedimos a los padres que se lo leyesen a diario y empleamos las escenificaciones emotivas. Alma, en unos días, comía con su hermanito.

El ejemplo de Alma nos puede ayudar a entender cómo el juego es una herramienta que da respuesta a necesidades. Es un disparador elegido para poner en acción nuestras fantasías e imaginación. Es un modo de atravesar el umbral de la realidad para habitar espacios personales e ir más allá. Nos facilita ser quienes somos, desear y concretar nuestros deseos, relacionarnos con otros, conocerlos y conocernos, hacer y deshacer, descubrir, combinar datos de la fantasía y de la realidad, y elaborar conflictos, transformando lo siniestro en maravilloso. El juego es la única actividad que permite simultáneamente el desarrollo de los valores humanos como la solidaridad, el compañerismo, el respeto por el otro, la tolerancia, la escucha atenta, las conductas resilientes como la autoestima, el humor, el desafío, la pasión, los vínculos afectivos, el manejo de la libertad y el despliegue integral de las inteligencias múltiples: la musical, la lingüística, la lógico-matemática, la interpersonal, la intrapersonal, la corporal y la espacial.

La actividad lúdica está presente desde los primeros días de vida en el vínculo hijo-madre/padre/familia, y se va complejizando y construyendo en estructuras físicas, psíquicas, emocionales, cognitivas y sociales que posibilitan el avance del desarrollo y el crecimiento infantil armónico y sólido.

En el cuadro 16.1 podemos apreciar la ayuda que, al desarrollo general, el juego nos proporciona en diferentes áreas.

#### CUADRO 16.1 Ayuda del juego en diferentes áreas

**Automotivación:** El juego es atractivo, pues presenta conflictos para resolver, reglas claras y sencillas, y objetivos seductores. Esto facilita que queramos jugar, seguir en él.

**Adquisición de habilidades:** El mismo juego va exigiendo, en la medida que lo ejecutamos, habilidades que nos hacen más diestros, lo que lo estimulará a seguir perfeccionado esas habilidades.

**Mejora de la coordinación oculomotora:** Aumentando y/o modificando la coordinación de movimientos.

**Mejor concentración, observación y experimentación:** En el afán de querer ganar, el niño necesita concentrarse, debiendo observar todas las situaciones y experimentar con estrategias que lo hagan ser más eficiente.

**Facilitación empática y cooperación:** Cuando el juego es en equipo es necesaria la cercanía a la perspectiva del otro y tener en cuenta el trabajo en colectivo. Esto ayuda a mejorar las relaciones interpersonales.

**Mejora de las relaciones interpersonales:** Las reglas del juego hacen que los participantes necesiten respetar y hacer valer sus derechos, pero teniendo en cuenta los de los demás. De este «ten con ten» resultará una relación armoniosa y productiva que hará el juego estable y duradero.

**Conocimiento sobre las consecuencias de no seguir las reglas:** Cuando se hace trampa en el juego hay sanción. Se provoca algún tipo de pérdida, conllevando en ocasiones el aislamiento y/o la expulsión, experiencias éstas dolorosas que enseñan a corregir «para la próxima vez».

**Aprender a perder:** Mantener una actitud serena, sin rencor ni defensividad ante la pérdida, prepara para aceptar las frustraciones que, con toda seguridad, van a ocurrir en la vida real.

**Manejo de las emociones de ira, rabia o agresividad:** Aprendemos que la agresividad genera agresividad, que la rabia deriva en rabia y que la tensión perturba el buen estar.

**Facilitación de la imaginación:** La capacidad inagotable de imaginar de un niño, sin el sesgo del juicio, está presente continuamente en el juego, ayudándole a caminar por caminos y perspectivas regeneradoras y emocionalmente saludables.

**Autosatisfacción emocional:** La implicación en el juego, consciente o inconscientemente, si éste ha sido divertido, genera placer.

**Sentimiento de validez:** Cuando logramos realizar una tarea, comprobamos que somos capaces de hacer cosas, que podemos superar obstáculos, que alcanzamos nuestras metas...; en definitiva, que somos eficientes.

**Sentido de la honradez:** Cuando en el juego no se es honrado se produce la misma reacción en el grupo que cuando se hacen trampas. Para los niños esto es exactamente lo mismo, y las consecuencias serán idénticas.

Podríamos quedarnos, como magnífico resumen de todo lo anteriormente dicho, con la descripción que sobre el juego y sus implicaciones en el desarrollo nos aporta la doctora Violeta Oaklander en su libro *El tesoro escondido: la vida interior de niños y adolescentes*:

*«Para los niños, el juego es un asunto serio y que tiene un propósito determinado a través del cual se desarrollan mental, física y socialmente. El juego es la forma de autoterapia del niño mediante la cual con frecuencia se llega al centro de las confusiones, ansiedades y conflictos. A través de la seguridad del juego, los niños pueden someter a prueba sus nuevas formas de ser. El juego representa una función vital para el niño. Es bastante más que una actividad frívola, despreocupada y placentera que los adultos generalmente consideran. El juego también sirve como lenguaje simbólico... Los niños experimentan mucho de lo que aún no pueden expresar en el lenguaje y, por tanto, utilizan el juego para formular y asimilar lo que experimentan».*

Según estas palabras, es fácil concluir que el juego es el medio natural de desarrollo y autoexpresión del niño y, por este motivo, es una de las herramientas terapéuticas empleadas en la prevención y tratamiento de dificultades acaecidas durante el desarrollo.

## 16.2. CUESTIONES A TENER EN CUENTA PARA JUGAR EN Y CON LA TERAPIA

*«El juego y la creación se desarrollan siempre en un espacio y un tiempo de repetición no idéntica, donde uno puede «soñarse otro y hacerlo.»*

STANISLAVSKY

Como sabemos, el juego es placentero, porque implica construcción de respuestas, y es excitante, pues mezcla, en la mente del niño, lo que es subjetivo con lo que es percibido objetivamente, combinando magistralmente la relación interna de su mundo imaginativo y la percepción exacta de la realidad exterior, generándose placer inmediato.

Como ayuda para tener presente y no olvidar determinados aspectos facilitadores recordemos lo siguiente:

1. No todos los juegos en consulta son obligatoriamente la expresión de un malestar, pero sí es cierto que a través de éstos el niño puede traducir en historia imaginaria e inconsciente el propio malestar.
2. Por este motivo, si el niño retoma a menudo el juego realizado en la sesión precedente, si propone juegos repetitivos, entonces hace falta comprender esto como metáfora, como Alma nos enseñó desde la primera visita que nos hizo.
3. Debemos permanecer dentro de su juego simbólico e ir introduciendo, sin excesos inicialmente, la palabra como un sostén verbal a la acción del niño. Son los niños los que, al principio, encuentran escollos en la expresión con las palabras. En realidad, nuestra misión es como la del narrador de los cuentos, que proporciona el aporte simbólico al contenido imaginario de la sesión, ayudando a iluminar el camino que les llevará a vislumbrar y dar solución a su problema. Con Alma así lo hicimos, *«Qué bonitos..., papá, mamá y sus hijitos los perritos..., blaaaancooosss y con puntitos neeegrosss»*.
4. Esta ayuda simbólica debemos devolvérsela a los niños como una posibilidad, no como una realidad. Por ejemplo, si al final de la sesión Alma, con la que estamos jugando, no quiere salir de la sala, grita o patalea, podríamos ayudar de la siguiente manera: *«A mí me parece que estás muy enfadada, que te gustaría quedarte jugando... y, a lo mejor, llevarte los perritos... ¿Es así?»*. Centrarla en su emoción, uniéndola ésta con su acción mediante nuestras palabras, es mediar entre los sistemas emocional y racional, que, en ocasiones, no se entienden.
5. Nuestra manera de dialogar con ellos, de utilizar el lenguaje, debe ser accesible, teniendo en cuenta su edad y nivel de desarrollo. Debe ser lo suficientemente flexible como para cambiar con facilidad del uso de frases cortas, palabras simples o repeticiones frecuentes, al uso de formas de comunicación no verbal. Hasta el uso de formas más complejas de diálogo semejantes a las de la entrevista con pacientes adultos. Es necesario crear un ambiente en el que el niño pueda sentir

que sus palabras y acciones son consideradas por el terapeuta como algo serio, no como algo «de pequeñajos».

### 16.2.1. Una hora de juego diagnóstica

*«Se puede descubrir más de una persona en una hora de juego que en un año de conversación.»*

PLATÓN, S. IV

La hora de juego diagnóstica es una técnica que supone un proceso, que tiene un comienzo, un desarrollo y un fin, y que podemos utilizar dentro del proceso psicodiagnóstico. En esta primera sesión de una hora no se brindan interpretaciones al niño; sólo se realizan señalamientos e intervenciones. En el ejemplo de Alma le dimos permiso para jugar, y nos sentamos en la alfombra con ella mientras hablábamos con la madre. De esta forma, nuestra primera incursión en su mundo fue adentrándonos en el espacio físico con ella, en el espacio que comenzaba a explorar jugando.

### 16.2.2. Acondicionando el momento

Los materiales, los juguetes y otros elementos deben ser de fácil alcance para los niños y deben tener su lugar especial: «la caja de los juegos», «el rincón para jugar», «el baúl de no sé qué hay ahí dentro»... Debemos presentar y mostrar a los niños, antes de comenzar a trabajar con ellos, el lugar en el que jugaremos, en el que charlaremos, en el que *«iremos ayudando a su cerebro a quitar sus miedos»*

Las construcciones de madera; los rompecabezas (puzles); coches, motos y aviones; las marionetas; las *Barbies* y los *Action-Man*; las muñecas de trapo; las cocinitas y las cosas de médico; los animalitos de todos los tamaños y épocas (los dinos no deberían faltar)... son algunos de «los imprescindibles».

Los folios, los colores, las tijeras y cartulinas, así como los libros de todas las edades con fieltros e imanes para jugar, tampoco deberían faltar. Aunque no haya demasiado espacio, éste se puede acondicionar para que los niños de diferentes edades puedan jugar con sus emociones.

### 16.2.3. El juego con tiempo limitado

El rol del psicólogo es directivo, observa pero se implica, definiendo previamente con los padres, de manera clara y concreta, el foco de trabajo sobre el que versará cada una de las sesiones. Si la edad lo permite también se consultará con el niño, pues el niño es activo y se le considera de forma continuada.

Así, cada sesión tiene un tiempo de trabajo pautado, otro de juego libre, y siempre al final el objetivo es trabajar sobre sentimientos y pensamientos que pueden provenir del

mismo niño o que el terapeuta le hace explícito. El objetivo es que el niño empiece a poner en palabras lo que le pasa, ayudarlo a que logre un nivel de comprensión de sí mismo mayor, y cuando se trata de comportamientos impulsivos o agresivos que pueda darse cuenta cuándo los tiene, qué lo enoja y el porqué, qué representa esto para él y, por supuesto, que poco a poco encuentre formas de controlarse.

#### 16.2.4. Fases y pasos a seguir

Esencialmente se pueden observar cuatro fases en la evolución de la terapia con juego, que podemos ver en el cuadro 16.2.

CUADRO 16.2  
Fases y sus características

FASES DE LA TERAPIA DE JUEGO	MANIFESTACIÓN EMOCIONAL Y CONDUCTUAL
<p><b>Primera:</b> Se desarrolla sobre todo el juego libre, para que muestre «en todo su esplendor» cómo es y cómo se encuentra.</p>	<p>Puede durar una o dos sesiones, durante las cuales el niño puede mostrarse ansioso, intranquilo y poco participativo. Se cierra la sesión facilitando que el niño pueda darse cuenta de estos comportamientos y trate de explicar por qué actúa así. Es importante que se genere una buena alianza y fijar los objetivos concretos, mostrando al niño que son posibles.</p>
<p><b>Segunda:</b> Durante unos minutos se desarrolla el juego libre y, según las reglas pactadas, después el juego determinado.</p>	<p>Ya se da una mayor confianza y comodidad del niño hacia el terapeuta y la situación. Respeta las reglas del proceso y puede comentar con mayor espontaneidad cómo se siente y lo que le disgusta.</p>
<p><b>Tercera:</b> Minutos de juego libre y/o determinado. Dependerá de la petición del niño.</p>	<p>Es la fase de generación y construcción de sentimientos positivos. Comienzan a percibirse como valiosos y que se les acepta. La defensividad y negativismo se dejan a un lado, por momentos, aunque vuelve «cual montaña rusa» Están en el camino de la aceptación.</p>
<p><b>Cuarta:</b> Casi con toda seguridad los niños tenderán a solicitar un juego concreto, normalmente el que determinamos como «<i>sanador</i>» o «<i>el juego que enseña a nuestro cerebro a sentirse mejor</i>».</p>	<p>Es el despertar de los sentimientos positivos. En esta etapa, el niño se adapta a la realidad, desaparece la resignación y con ella el sufrimiento. La defensividad desaparece, pues se impone la aceptación, y con ella la eliminación del dolor.</p>

#### 16.2.5. Juego según las edades

Los niños o niñas menores de cinco o seis años son capaces de seguir la explicación de un juego y aplicarlo de manera particular, sin necesidad de normas. Cuando superan estas edades comienzan a aceptar las normas externas como universales e inmutables. En

esta etapa el juego simbólico está llegando a su fin, necesitando que todo tenga un referente en la realidad. Esto provoca que en sus juegos aparezcan personajes y lugares determinados, lo que provoca que los juegos recomendados para niños de seis a siete años sean cortos, variados y con pocas normas, y que incluyan personajes y referentes de la realidad que le sirva de motivación. Las normas deben mantenerse mientras se juega, y si han de cambiarse es preciso mostrar dicho cambio como una motivación (Elkonin, 2006).

El pensamiento de los niños y niñas de ocho a nueve años empieza a evolucionar hacia una mayor abstracción y aumenta su capacidad de atención. Comienzan a gustar las actividades que suponen una prueba para su intelecto. Se produce un avance en las relaciones sociales, apareciendo los grupos estables donde hay una separación de sexos, que suele provocar problemas de relación. Al fin, se siente la necesidad y se vive la experiencia de las reglas como acuerdos entre iguales a partir de un consenso. Los juegos que se practican a estas edades pueden ser largos e incluir normas más complejas que presenten relaciones de cooperación y oposición. Valoran y necesitan llegar a «acuerdos y pactos» sobre las reglas y a introducir variantes del juego. Se pueden proponer juegos que contemplen una actividad física más intensa y de diálogo. La actividad física de los jugadores es significativa, y en ella aparecen la velocidad, la resistencia y la fuerza. Se puede introducir la diferenciación de roles y la estrategia en un mismo juego (Elkonin, 2006).

### 16.2.6. Criterios para interpretar lo que sucede jugando

Como profesionales, tenemos que observar detalladamente cómo el niño utiliza el juego y expresa sus emociones o fantasías inconscientes. Así, si un niño se enfada por las dificultades que pueda entrañar un juego y no participa en éste, puede que estemos ante un niño muy pasivo. Intentaremos resumir brevemente en el cuadro 16.3 algunas características de los tres modos de juego que podemos encontrar en la consulta.

CUADRO 16.3  
Tipos de juego

JUEGO NORMAL	JUEGO NEURÓTICO	JUEGO PSICÓTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>↔ El juego es creativo y de gran capacidad simbólica.</li> <li>↔ Las representaciones de situaciones son acordes a su momento evolutivo, su contexto sociocultural y su realidad familiar.</li> <li>↔ Personificaciones que se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↔ Su capacidad simbólica permite que se muestren los conflictos. Existe una gran capacidad de discriminar entre la fantasía y realidad.</li> <li>↔ Capacidad de comunicación con el psicólogo y con los juguetes.</li> <li>↔ Baja tolerancia a la frustración o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↔ Dificultad para jugar.</li> <li>↔ No se trataría de un juego, pues no existe la simbolización. Suelen ser juegos para descargar tensión.</li> <li>↔ Los personajes son extremadamente crueles.</li> </ul>

aproximan a los objetos reales.  
Existe equilibrio entre fantasía y realidad.  
⇒ Amplia y fluida comunicación con el psicólogo.

sobreadaptación en ciertas áreas.  
⇒ Dramatizan personajes cercanos a la realidad, con cierta dosis de omnipotencia y agresividad.

⇒ Lenguaje poco adecuado.  
⇒ Dificultades de adecuación a la realidad.  
⇒ Baja tolerancia a la frustración.

Es importante remarcar algo obvio: que este cuadro es meramente orientativo. Aquí se reducen de manera muy básica los principales aspectos a tener en cuenta, para identificar determinados rasgos normales, o con posibilidad de patología, dentro del juego.

### 16.3. LOS JUEGOS QUE AYUDAN... EN CONSULTA Y FUERA DE ELLA

*«La infancia tiene sus propias maneras de ver, pensar y sentir; nada hay más insensato que pretender sustituirlas por las nuestras.»*  
JEAN JACQUES ROUSSEAU

#### **Juegos para relajarse (técnicas adaptadas mediante el juego)**

Podemos decir que es una aplicación sencilla de la técnica de relajación muscular más conocida, la relajación progresiva de Jackobson (véase capítulo 4), que, como sabemos, se basa en tensar los músculos conscientemente para después aflojarlos completamente. Así se aprende a identificar qué músculos del cuerpo están tensos cuando se está nervioso.

#### **Robot-Muñeco de trapo que se relaja**

Se pide al niño que imagine que es un robot y que ande tensando fuertemente los músculos de las piernas. Pasado un minuto debe imaginar que se convierte en un muñeco de trapo: piernas, brazos y espalda se ablandan y relajan. El niño dejará caer el cuerpo hacia adelante, soltando todo el aire que pueda. Levantar uno de los brazos del niño y dejarlo caer suavemente para demostrarle que está blando.

#### **La rana saltarina que se centra y se concentra**

Se pide al niño que imagine que es una rana y que se siente sobre los pies manteniendo las rodillas abiertas. Debe juntar el dedo índice con el pulgar y respirar unos minutos fijándose en cómo sube y baja la zona de estómago cuando respira con el diafragma. Este ejercicio les ayuda a centrarse en su cuerpo, eliminando, en ese instante, el juicio sobre lo que sucede. De esta forma se centran en el presente y fomentan la concentración.

## **La tortuga y su paciente tranquilidad con la hiperactividad**

La técnica de la tortuga fue elaborada por Schneider y Robin (1990) para desarrollar en el niño habilidades de autocontrol de las conductas disruptivas y agresivas, como empujar, insultar, poner la zancadilla, dar puñetazos, patadas, etc. Es decir, ante provocaciones o situaciones conflictivas que les llevan a responder con conductas agresivas, la técnica de la tortuga pretende enseñar a los niños a controlar esa agresividad, a analizar adecuadamente las situaciones y a responder a las mismas de forma autocontrolada.

Resulta muy práctico enseñar la técnica de la tortuga a los niños en forma de historia, para, de esta forma, atraparlos con las imágenes de su fantasía y fomentar la capacidad de autosugestión que ésta tiene. Introduciremos dicha historia, como buenos narradores: *«¿A que hay algunos ratitos en los que los papás o los abuelitos, o los hermanitos o los profesores nos piden que hagamos cosas que no nos apetece hacer?... Y cuando no lo hacemos se enfadan... ¿Y a que cuando sucede esto... a veces nos enfadamos porque creemos que ellos nos tienen manía y no quieren que lo pasemos bien? Pues... ¿sabes qué?... Yo aprendí hace mucho tiempo que en estas situaciones es bueno recordar cómo solucionan las tortugas sus problemas. ¿Tú sabes cómo lo hacen? Pues se meten en su caparazón para dejar que su cuerpo deje escapar su enfado.*

*Te voy a contar lo que hacía una tortuga que se llamaba... (elegimos un nombre que comience por la inicial del nombre del niño o la niña) los días en los que estaba nerviosa o enfadada... ¿Quieres que te cuente la historia de mi amiga la tortuga? Pues verás... (véase capítulo 14).*

## **El Bingo de las emociones para la agresividad, la impulsividad y también la autoestima**

Creado por Marjorie Mitlin, ayuda a desarrollar la inteligencia emocional y social hablando sobre los sentimientos en general y aprendiendo a mostrar empatía cuando los demás expresan sus emociones. Su ayuda se demuestra en consulta con niños desde los seis años, con adolescentes y con sus familias en temas tan variados, aunque relacionados, como son la autoestima, la impulsividad, la violencia doméstica, el uso de drogas, el acoso y la agresividad.

## **El planeta de los Psimon que reeduca los pensamientos**

Es un sencillo juego de mesa que permite enseñar a los niños, de forma divertida, las técnicas cognitivo-conductuales de autores como A. Ellis o A. Beck. Consta de un tablero y un conjunto de tarjetas, cada una de las cuales representa un Psimon o monstruo psicológico, es decir, una distorsión cognitiva. A medida que avance por el tablero, el niño aprenderá a identificar las distorsiones cognitivas que producen los

pensamientos desadaptativos y a sustituirlos por pensamientos positivos. El planeta de los Psimon es una herramienta de gran utilidad para la terapia con niños y adolescentes.

### **Animales rabiosos que te sacan toda la rabia**

Juego de mesa con fines terapéuticos destinado a que los psicólogos, educadores, profesores y terapeutas enseñen a los niños a controlar y expresar la cólera y la ira de forma positiva y saludable. Consta de numerosas tarjetas que reflejan situaciones susceptibles de provocar ira y enfado. El niño debe elegir entre tres posibles formas de reaccionar ante la situación. El juego contiene dibujos muy atractivos de animales que pueden resultar peligrosos o agresivos. Con todo ello el niño aprende a reconocer y controlar diversas situaciones conflictivas y a expresar sus sentimientos de rabia y cólera de una forma adaptativa y adecuada.

### **El juego de las seis habilidades sociales que hacen amigos**

Este atractivo juego de mesa ayuda a los niños a aprender las actitudes y las conductas que propician el establecimiento de relaciones positivas y gratificantes con sus compañeros. Utiliza un sencillo y familiar formato basado en tarjetas en las que se plantean situaciones sociales concretas a las que los niños se enfrentan a diario, y se reflejan las actitudes, pensamientos o comportamientos que pueden darse ante ellas. Los contenidos que se abordan en las tarjetas están organizados en cuatro grandes áreas (Hacer amigos, Responder positivamente a los otros, Cooperar y Expresar las necesidades), que a su vez inciden en veinte comportamientos específicos (v.g.: hacer cumplidos, iniciar conversaciones, ofrecer ayuda...). Utilizando los principios del modelado, el refuerzo, la retroalimentación y la práctica, el juego enseña a los niños seis habilidades cognitivas específicas que les permitirán mejorar sus habilidades sociales. El manual incluye tres cuestionarios que pueden ser utilizados para identificar los déficits específicos del niño y poder así seleccionar las tarjetas más adecuadas para abordar estos problemas.

## **16.4. JUEGOS PARA LAS FOBIAS... DE CUALQUIERA**

### **Juego libre de rol**

El juego durante la hospitalización

La estancia en un espacio físico ajeno al familiar, rodeado de personas que a su vez le son desconocidas, expuesto a experiencias sobre su cuerpo que en muchos casos le infringen dolor y malestar. Son vivencias que generan en el niño un sinfín de situaciones

emocionales, como pueden ser la angustia, el temor o el enojo, entre otros, y a las que él debe encarar junto con el soporte afectivo que le brindan sus padres y/o familia. Esos estados anímicos pueden obstaculizar y limitar la evolución de su padecimiento o incluso dificultar su estancia en el hospital.

Los tipos de juegos y juguetes que podemos emplear en el ámbito hospitalario son muchos y muy variados, siempre sin olvidar:

1. Que el niño es, ante todo, un niño, no un «enfermo». La persona siempre trasciende a la enfermedad.
2. Que el juego ante todo ha de producir placer. Aunque sea una buena herramienta terapéutica, es primordial que el niño se divierta y que sean juguetes adecuados a sus intereses y a su edad.
3. Que por su situación de ingreso viven unas circunstancias especiales a tener en cuenta a la hora de escoger un juego: se pueden ver interrumpidos frecuentemente por la toma de la medicación o para hacer alguna prueba, quizá deben estar conectados a alguna máquina, pueden sufrir algún tipo de aislamiento médico por estados de inmunodepresión, etc.

En estos casos el juego libre de rol es muy importante, porque puede, de manera activa, escenificar lo que vive en su experiencia de enfermedad y en el hospital. Jugando a interpretar ser médicos o enfermeras, con manipulación progresiva de materiales médico-quirúrgicos, de juguete o de verdad, juegan a meterse en el papel del enfermero o del médico, ayudando a otros niños (reales o imaginados, dibujados o escenificados con muñecos). Hacen las funciones de los especialistas que habitualmente los tratan o los van a tratar y se les permite preguntar sobre todo, respondiéndoles siempre a todo (de la manera más clara y concreta, y adaptándonos a su edad).

Durante la hospitalización también es recomendable la utilización de juegos como rompecabezas, pintaditos, de construcción, videojuegos, etc. También es importante considerar el dibujo infantil como herramienta de juego en el niño hospitalizado, a través del cual puede expresar emociones que a veces no expresaría con palabras... Y si nos podemos poner una nariz de payaso y provocar la risa, mejor aún.

### **Juego estructurado de rol**

Técnicas de escenificación emotiva para las fobias simples

Técnica creada por Méndez y Macià (1988) muy indicada para niños, pues combina la relajación, la desensibilización sistemática, el modelo participante, las imágenes emotivas para inhibir la ansiedad (imágenes que pueden dibujar o crear ellos mismos), el juego de roles con intercambio de papeles, y algo muy importante, el refuerzo positivo ante cualquier comportamiento de aproximación y enfrentamiento al objeto temido. Todo

mediante el juego y representación de papeles reales o inventados. Veamos con un ejemplo de consulta el desarrollo de esta técnica.

Luz es una niña de 8 años que tiene miedo a los ascensores desde que hace un año oyó la noticia de que un vecino se había quedado encerrado en uno de ellos. Cuando entró en nuestra consulta estaba tensa, respiraba agitada y apretaba la mano de su padre con tanta intensidad que parecía iba a rompérsela.

Según los padres ya lo habían *«intentado todo»* sin ningún resultado: *«con paciencia y tranquilidad..., con buenas palabras, con gritos y castigos, prometiéndole el mejor regalo del mundo...»*. Y ella lo intentaba, pero cuando estaba ante la puerta... se bloqueaba y no podía. Y había que solucionarlo, pues vivían en un octavo piso.

En mi primer contacto con ella dejé que los padres hablaran. Cuando no la miraba escudriñaba con sus ojos asustados y no se despegaba del regazo de su padre. Le acerqué unos folios y colores que tengo habitualmente sobre la mesa y, pasados unos minutos, comenzó a dibujar. Mientras sus padres seguían informándome sobre cuestiones biográficas y datos acerca del inicio del problema, Luz hizo un dibujo en el que había un árbol, lleno de frutas de colores, y del que de una de sus ramas colgaba lo que parecía una jaula negra. Dentro de ésta había un pajarito, encerrado, de ojos opacos y color pastel. En el cielo volaban muchos pájaros.

Aunque no participaba de nuestra conversación, yo le pregunté por el pájaro y me respondió: *«Está ahí, nadie lo sabe»*. *«Pues que pena, debe estar asustado...; pobrecito, no se da cuenta que hay más pájaros cerca»*. A lo que contestó *«Ya, pero él tiene miedo..., no puede salir y le da igual los otros pájaros»*.

En esta **primera sesión**, a modo de psicoeducación, entrenamos a todos (padres e hija) para que *«enseñasen a su cerebro»* a relajarse, advirtiéndoles que las cosas que nos preocupan pueden asustarnos menos si nos relajamos. Lo hicimos con la técnica de la rana saltarina, y les pedimos que no cambiasen nada en los siguientes días, salvo realizar este ejercicio a diario.

En la siguiente sesión, la **segunda**, le pedí a Luz que entrase sola. Hablamos de cómo le había ido con los ejercicios de respiración y si creía que sus padres estaban aprendiendo. Ejercitamos los ejercicios diafragmáticos ambas, para servir de modelo y que ella se retroalimentase positivamente. Utilizamos mutuamente el refuerzo positivo, para que en casa ella lo hiciese con sus padres de la misma manera.

En esta misma sesión, tras pedirle permiso, sentada en el sillón, aplicamos la estrategia de exposición en imaginación. Le sugerí que: *«Imagina cómo las dos estamos frente al ascensor..., y como tu respiración poco a poco se hace lenta y descansas y te relajas. Estamos frente al ascensor; la puerta está abierta pero nosotras no vamos a entrar... Deja que tu cerebro aprenda a estar de forma tranquila mientras lo invitamos a respirar. Y aquí estás, respirando junto al ascensor y te imaginas tranquila, sin miedo y sin tensión..., y respiramos y respiramos y nuestro cuerpo frente al ascensor relajamos»*.

Le pedí permiso para salir al rellano y estar frente al ascensor. Lo hicimos y abrimos

la puerta. Le sugerí: «*Está ahí y nosotras aquí... Nuestra respiración nos acompaña y nos relaja y el ascensor parado..., ni sube, ni baja...; respiramos y el cuerpo descansa*». Utilicé el refuerzo positivo (como en todas las sesiones posteriores), advirtiéndole de los detalles que me habían gustado (su cuerpo se relajó, aunque era la primera vez que jugábamos con este juego ella había conseguido estar tranquila, y también el hecho de que me permitiese estar a solas con ella en la habitación).

En las **siguientes dos sesiones** aplicamos el ejercicio de desensibilización en imaginación, sentada en el sillón, incluyendo el estar dentro del ascensor y de éste subiendo y bajando. Siempre terminábamos frente al ascensor, entrando en él solamente yo.

En la **quinta sesión**, frente al ascensor hicimos el ejercicio de visualización, guiada por mi voz. Y entramos unos segundos en él y, con la puerta abierta, le pedí que apretase un botón. Sólo manifestó ansiedad en este instante. Al entrar en la consulta le pedí que hiciese un dibujo, el que quisiera. Dibujó un grupo de personas jugando en un corro. Había un árbol lleno de hojas verdes.

En la **sexta sesión**, antes de entrar su madre comentó que estaban muy contentos, pues Luz les había pedido estar a ratitos cortos frente al ascensor y permitía estar hablando sobre la posibilidad de volver a utilizarlos. En esta ocasión le pedí un dibujo inicialmente y elaboró uno muy similar al de la primera sesión, con la diferencia de que en la jaula no había pájaro. Luz me pidió ir al ascensor. En esta ocasión quiso entrar conmigo y me pidió visualizar dentro. Lo hicimos..., y subimos en imaginación (la puerta estaba abierta).

Nos despedimos con refuerzo y retroalimentación. Estaba tranquila y contenta. Al cabo de diez minutos tocaron a mi puerta y me pidieron salir. Luz y sus padres estaban frente a la puerta... Les había pedido bajar en el ascensor. Lo hizo con los ojos cerrados, pero sin tensión.

Le dimos su espacio, su tiempo, su necesaria tranquilidad, captamos su capacidad de imaginar el miedo para transformarlo en tranquilidad..., y ella sola decidió cambiarlo todo.

## 16.5. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

- Elkonin, D (2006). *Características del juego en el desarrollo infantil*. México: Océano.
- Méndez, X. (2011). *El niño miedoso*. Madrid: Pirámide.
- Mook, B. y Villegas, A. (2000). Interpretación del juego imaginativo en la psicoterapia infantil: hacia un enfoque hermenéutico fenomenológico. *Revista de Psicoterapia*, 44, 9.
- Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido*. Chile: Cuatro vientos.
- Olivares, J. y Méndez, X. (2010). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid:

Biblioteca Nueva.  
Schaefer, C. (2005). *Fundamentos de terapia del juego*. Colombia: El Manual Moderno.

# 17. USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

CRISTINA BOTELLA ARBONA, BERENICE SERRANO ZÁRATE, DIANA CASTILLA  
LÓPEZ, VERÓNICA GUILLÉN BOTELLA Y ROSA BAÑOS RIVERA

## 17.1. INTRODUCCIÓN

El uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) en los tratamientos psicológicos es cada vez más frecuente. De hecho, en las últimas dos décadas la incorporación de las TICs en los tratamientos psicológicos ha permitido desarrollar nuevos procedimientos terapéuticos que se están aplicando con éxito en diversos problemas.

Existen diferentes tipos de TICs, que van desde sistemas basados en Internet o la utilización de dispositivos móviles, hasta sistemas altamente inmersivos con realidad virtual (RV) o realidad aumentada (RA). Todas ellas han demostrado su utilidad en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos: las fobias específicas, el trastorno de pánico y la agorafobia, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad social, los trastornos adaptativos, etc. Desgraciadamente, la mayoría de estos estudios se han centrado en población adulta, y las evidencias empíricas respecto a su uso en los tratamientos de niños y adolescentes son todavía bastante escasas. Ahora bien, los primeros estudios arrojan resultados muy positivos respecto a su eficacia y su utilidad.

En este capítulo se revisan los estudios llevados a cabo hasta el momento utilizando RV o RA en población infantil o adolescente, y para ilustrar la forma en la que se pueden utilizar estas TICs en el tratamiento se presenta con cierto detalle un estudio de caso.

## 17.2. REALIDAD VIRTUAL (RV) Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

La RV permite crear un mundo virtual en el que es posible interactuar con cualquier objeto o con cualquier ser. El usuario tiene la sensación de encontrarse físicamente «presente» en ese mundo virtual generado por un ordenador, con el cual, además, puede interactuar en tiempo real. Se trata de una «simulación» de algún aspecto del mundo real, lo que la convierte en un entorno confortable y seguro a la vez, que traslada al usuario a través de sus sentidos a una réplica del mundo real. Su eficacia ha sido demostrada en

diversos estudios (Opris, et al., 2012), aunque principalmente éstos se han llevado a cabo en el tratamiento de adultos. Sin embargo, recientemente esta TIC ha empezado a utilizarse también en el tratamiento de niños y adolescentes, y los primeros resultados respecto a su eficacia son muy prometedores.

La RV tiene una serie de ventajas respecto al tratamiento tradicional, que hacen que pueda ser una herramienta útil para el tratamiento de las fobias y otros problemas en los niños y adolescentes. En primer lugar, proporciona un *entorno seguro* donde el paciente puede exponerse al objeto fóbico. En un contexto de RV, realmente no puede suceder nada de lo que teme el paciente: le podemos asegurar que el vuelo en avión no tendrá turbulencias o que el ascensor no se parará. También permite un *control* total de la situación, y ello posibilita una gradación muy precisa y controlada de la exposición. Por otro lado, se trata de un procedimiento *atractivo y novedoso* para los niños o los adolescentes, ya que tiene una connotación lúdica que puede ayudar también a reducir el componente aversivo de la exposición al objeto o situación temida. Como plantean Gutiérrez-Maldonado, Magallón-Neri, Rus-Calafell y Peñaloza-Salazar (2009), «*Trabajando con niños se ha encontrado que el uso de procedimientos conductuales requieren de una considerable flexibilidad y creatividad, así como procedimientos que garanticen su comprensión y cooperación*». La literatura pone de manifiesto que la RV puede cubrir estas necesidades y, además, incrementar la *motivación* del niño para colaborar en el tratamiento (Gutiérrez-Maldonado et al., 2009). Se trata, además, de una tecnología muy *versátil*, ya que es posible generar multitud de contextos virtuales dependiendo de las necesidades del problema. Por tanto, parece que la RV es una herramienta que puede utilizarse para apoyar los programas de tratamiento empíricamente validados con el objetivo de aumentar su eficacia o su eficiencia y para potenciar su aceptación.

Las principales aplicaciones de la RV en el tratamiento de niños y adolescentes se han centrado principalmente en el tratamiento de las fobias específicas. Botella, Baños y Fabregat (2006) llevaron a cabo dos estudios de caso en los que aplicaron un tratamiento para la *fobia a las arañas y cucarachas* y en los que utilizaron como herramienta para la exposición un ambiente de RV. El tratamiento se aplicó a una niña con fobia a las cucarachas y un niño con fobia las arañas. Además del componente de RV para la exposición, el tratamiento incluyó psicoeducación, identificación y modificación de los pensamientos automáticos negativos y prevención de recaídas. El ambiente virtual simula una cocina en la que se pueden encontrar cucarachas y arañas. El entorno virtual dispone de dos habitaciones (cocina y galería). La cocina dispone de varios objetos y mobiliario característicos, como un armario en el que se encuentra un spray que se puede utilizar para eliminar al insecto temido (véase figura 17.1). La exposición se realizó en base a una jerarquía, considerando los niveles de ansiedad y las posibilidades del sistema, y teniendo en cuenta también las interacciones que permite realizar el ambiente virtual. Los resultados mostraron que el tratamiento fue eficaz en reducir las conductas de evitación,

los niveles de temor y la intensidad de los pensamientos automáticos negativos.



Figura 17.1. Sistema de RV para el tratamiento de la fobia a los animales pequeños (Botella et al., 2006).

En otro estudio, Bouchard, St-Jacques, Robillard y Renaud (2007) han demostrado la eficacia de ambientes de RV para el tratamiento de la fobia a las arañas en la infancia. El tratamiento tuvo una duración de 4 sesiones de 75 minutos, y tenía como componentes sólo la psicoeducación y la exposición. Los niños eran expuestos a un ambiente de RV generado a partir de la adaptación de un videojuego. El ambiente virtual consiste en seis habitaciones localizadas en un sótano, con arañas de diferentes tamaños y aspecto (incluida una tarántula), moviéndose rápidamente o permaneciendo estáticas. La exposición se realizó en base a una jerarquía de exposición que comprendía 5 niveles dentro del ambiente virtual, que fueron jerarquizados previamente con los niños de acuerdo al nivel de ansiedad y evitación que le producía cada uno de ellos (v.g.: tamaño o número de arañas).

La RV también ha sido utilizada para el tratamiento de la *fobia escolar* (Gutiérrez-Maldonado et al., 2009). Se utilizaron diferentes ambientes virtuales (colegio y aula), en los cuales el niño o adolescente puede exponerse a distintas situaciones que le pueden generar ansiedad, como buscar un aula específica, ser intimidado por un compañero en el pasillo, elegir (o no) el lugar donde sentarse en el aula, presentarse ante sus compañeros de clase, resolver un cálculo matemático enfrente de toda la clase; y a estímulos relacionados con el ambiente escolar, como escuchar sonar el timbre que indica que hay que entrar al aula o recibir reforzamiento positivo o neutral por parte del profesor o de los compañeros. Además del componente de exposición con RV, el tratamiento incluyó entrenamiento en relajación con exposición en imaginación, y la duración del mismo fue

de siete sesiones.

También ha sido utilizada la RV, como componente de tratamiento, en los *trastornos de la conducta alimentaria*. Marco, Botella y Perpiñá (2006) utilizaron un protocolo estándar para el tratamiento de trastornos alimentarios basado en técnicas comportamentales, que incluía un componente de tratamiento para la imagen corporal aplicado mediante RV. Este componente consta de cinco entornos virtuales: 1) zona de balanza y cocina virtual, donde se trabajan pautas de alimentación saludable y equilibrada, los conceptos de peso real, peso subjetivo, peso deseado y peso saludable; 2) zona de fotografías, donde se trabajan conceptos como la relación y concordancia del peso en base al sexo, edad, altura, complexión física, etc.; 3) zona de dos espejos, donde se trabaja la discrepancia entre la imagen y el aspecto real; 4) zona de espacio corporal, y 5) zona de percepción corporal, donde se trabajan diversos aspectos relacionados con la imagen corporal, con el objetivo de generar conciencia sobre la discrepancia entre la apariencia ideal, el cuerpo ideal y la salud, así como la manera en los demás les perciben. En la figura 17.2 se muestran algunos ejemplos de este sistema.



Figura 17.2. Sistema de RV para el tratamiento de los trastornos alimentarios (Marco et al., 2006).

La RV también ha sido utilizada en el tratamiento del *trastorno de estrés postraumático* en el caso de un niño que había sufrido maltrato (López-Soler, Castro, Alcántara y Botella, 2011). Para el tratamiento por exposición se utilizó un ambiente virtual («El Mundo de EMMA-Infancia»), que tiene por objetivo facilitar el procesamiento emocional de las emociones relacionadas con el acontecimiento estresante. Por medio de este sistema de RV el terapeuta y el paciente pueden representar la experiencia sufrida utilizando una serie de elementos: imágenes, objetos 3D, sonidos especiales, música, etc. Es posible elegir una serie de elementos que le ayuden a activar y «reflejar» las emociones y pensamientos relacionados con el acontecimiento estresante. Además, el terapeuta puede modificar en tiempo real distintos aspectos del sistema (v.g.: la hora del día, que llueva, que haya niebla, que aparezca un arco iris). Con el objetivo

de potenciar las emociones que el niño está experimentando en cada momento, se incluyó una selección de fotos de personajes animados (v.g.: Supernenas o Superman) y elementos dentro del mismo ambiente virtual que representan seguridad y resguardo para el niño (v.g.: un iglú dentro de un paisaje nevado; una pequeña cabaña dentro de un prado; una cueva dentro del desierto; una tienda de campaña, castillos de arena, palas y cubos, dentro de la playa).

### **17.3. REALIDAD AUMENTADA (RA) Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

Esta TIC tiene como base un ambiente real al cual se le incorporan elementos u objetos virtuales controlados por un ordenador u otra tecnología. La RA permite superponer elementos reales y virtuales en un mismo espacio y que sea posible la interacción entre ellos. El usuario observa el contexto real en el que se encuentra por medio de una o más cámaras, a la vez que está viendo esos elementos virtuales.

En la literatura se han descrito algunas aplicaciones de esta TIC en el tratamiento de la fobia a los animales pequeños, aunque se han centrado principalmente en el tratamiento de población adulta. El grupo de Botella ha utilizado un sistema de RA que reproduce los insectos virtuales y se los presenta al paciente en el mundo real (Botella, Bretón-López, Quero, Baños y García-Palacios, 2010). En este sistema es posible modificar a voluntad el número de cucarachas o arañas, que el insecto esté estático o en movimiento, o el tamaño del mismo. Otro aspecto a destacar de este sistema es que es posible mostrar al insecto sobre una variedad de superficies del mundo real (v.g.: la ropa del paciente, los pies, el suelo, la mesa, etc.). La exposición se lleva a cabo en base a una jerarquía basada en los niveles de ansiedad y las posibilidades del sistema.

Este mismo grupo (Wrzesien et al., 2013) ha utilizado un sistema RA llamado «lámpara mágica», basado en un sistema de proyección interactiva. Este sistema tiene como objetivo promover una mejor comunicación terapeuta-paciente, ya que no requiere el uso de gafas de RV o algún otro dispositivo de visualización; de esta manera se busca una interacción más natural y mejorar la participación del paciente en la terapia. El sistema de RA tiene una mesa en la que se proyectan elementos virtuales (por ejemplo, arañas y cucarachas) con los cuales puede interactuar el paciente. Es posible utilizar distintos moduladores para llevar a cabo la exposición: tipo de insecto, tamaño, cantidad, estático o en movimiento, muerto o boca arriba, cambiar la trayectoria (v.g.: girar, huir, perseguir), etc. Este sistema, además, incluye un juego serio (*serious game*) en un entorno de una cocina virtual, en donde el paciente tiene que jugar a atrapar la mayor cantidad posible de arañas o cucarachas en un tiempo determinado utilizando una taza o cualquier otro dispositivo.

En otro estudio reciente, centrado en el tratamiento de la fobia a los animales

pequeños (Quero et al., en prensa) y llevado a cabo en población infantil, se ha combinado el uso de imágenes, juegos de ordenador y el sistema de RA antes descrito. En la figura 17.3 se muestran ejemplos de estos sistemas de RA.



(a)



(b)

Figura 17.3. Sistemas de RA con sistema de marcas (a) Botella et al. (2010) y sistema de RA con proyección interactiva (b) Wrzesien et al. (2013) para el tratamiento de la fobia a las cucarachas y arañas.

### Juegos serios y tratamientos psicológicos

En los últimos años han cobrado bastante importancia los juegos serios (*serious games*). Este término se utiliza para referirse a juegos diseñados con fines educativos y de persuasión, o enfocados a promover la salud. En ellos se combinan el aprendizaje y el juego, haciendo que el proceso de aprendizaje de nuevos conceptos y habilidades resulte más atractivo. Existen una serie de beneficios de los juegos serios como herramientas educativas y de tratamiento para niños y adolescentes: 1) son muy atractivos; 2) facilitan la transmisión de información muy compleja a través de pequeñas unidades más fáciles de asimilar; 3) su coste no es muy elevado; 4) su difusión es sencilla, ya que se utilizan medios con los cuales los niños y adolescentes de este siglo están muy familiarizados y son muy hábiles en su manejo (v.g.: Internet, juegos de ordenador, etc.); 5) son muy adaptables, y los objetivos del juego se pueden modificar de acuerdo a los objetivos terapéuticos, y 6) facilitan reforzar el aprendizaje y lo hacen más entretenido.

Algunos sistemas se han desarrollado con el objetivo de promocionar hábitos

saludables en los niños y adolescentes y para *prevenir la obesidad* (Baños, Cebolla, Oliver, Alcañiz y Botella, 2013). En esta línea, en el marco del proyecto ETIOBE se ha desarrollado y sometido a prueba una plataforma de e-salud para el tratamiento y prevención de la obesidad infantil, cuyo objetivo fundamental es mejorar la adherencia al tratamiento y promover mecanismos de autocontrol. El sistema ETIOBE integra tres aplicaciones, apoyadas por diferentes TICs: 1) una aplicación de ayuda para el clínico: se trata de una herramienta con la que el clínico puede diseñar un tratamiento adaptado a cada paciente; 2) un sistema de apoyo en el hogar: se trata de una web (<http://casa.etiobe.com>) en la que el niño o adolescente encuentra las tareas que le prescribe el clínico (v.g.: autorregistros, jugar a distintos juegos serios formando parte de la panda de ETIOBE, en la que participan todos los niños que están usando el sistema); y 3) un sistema de soporte móvil a través de una PDA, en el que pueden cumplimentar registros diarios acerca de su dieta y actividad física. Un avatar, que elige y personaliza el niño, le guía y le refuerza a lo largo de todo el proceso de tratamiento. El sistema incluye tres juegos, cuyo propósito es enseñar pautas nutricionales de una manera lúdica y divertida: 1) «El juego de memoria» tiene como objetivo enseñar al niño pautas de alimentación saludable. 2) El juego «plato saludable» tiene como propósito enseñar las categorías en la pirámide nutricional. 3) El juego «Súper-Etiobe», está destinado a enseñar que algunas conductas del día a día se pueden cambiar de manera sencilla siguiendo una serie de pautas, con el objetivo de promover otras conductas más saludables. En la figura 17.4 se muestran algunos ejemplos de este sistema de juego serio.



Figura 17.4. Juego serio para la prevención y el tratamiento de la obesidad (Baños et al., 2013).

Una estrategia de juego serio también ha sido utilizada en el tratamiento de la fobia a las cucarachas (Botella et al., 2011). En este caso, se trata de un sistema de RA incorporado en un teléfono móvil, el cual usa la cámara para generar el entorno en el que se pueden llevar a cabo las interacciones con la cucaracha virtual. Este sistema incluye diferentes niveles con respecto a los estímulos temidos y ansiógenos, para poder realizar

una jerarquía que permita la exposición de forma sistemática y graduada. El sistema permite avanzar poco a poco en el juego, aumentando la sensación de dominio y autoeficacia con respecto a su capacidad de permanecer en un lugar donde hay cucarachas o verse a sí mismos interactuando con ellas (v.g.: sobre sus manos, ropa o pertenencias). Incluye elementos relacionados con la ganancia de puntos para reforzar al paciente (véase figura 17.5). Los resultados de este estudio mostraron que el uso del juego serio redujo el nivel de miedo y evitación, motivando al paciente a utilizarlo para reforzar lo aprendido durante las sesiones de tratamiento.



Figura 17.5. Juego serio para el tratamiento de la fobia a las cucarachas (Botella et al., 2011).

## **17.4. UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON REALIDAD VIRTUAL PARA LA FOBIA A LA OSCURIDAD**

Para ilustrar la utilización de estas nuevas herramientas basadas en TICs, en este apartado se describe un programa de tratamiento aplicado en el caso de un niño con fobia a la oscuridad. Se utilizó un programa de RV, y el protocolo de tratamiento se realizó a partir de una adaptación del procedimiento de escenificaciones emotivas diseñado por Méndez, Orgilés y Espada (2004).

### **17.4.1. Descripción del caso**

Se trata de un niño de 9 años con dos hermanos mayores, quien presentaba un notable miedo a la oscuridad. La madre al llegar a consulta indicó que su hijo siempre había tenido problemas para dormir. Cuando dormía con su hermano mayor, necesitaba

que le dejaran una luz encendida, motivo por el cual decidieron que el niño durmiera solo en otra habitación, ya que la luz molestaba a su hermano. Por tanto, los padres tenían que dejar la luz encendida del pasillo para que el niño pudiese conciliar el sueño. Después, apagaban la luz del pasillo, aunque le dejaban una lámpara encendida en la habitación. El niño pertenecía a un grupo de «*boy scouts*», pero cuando iba de acampada sólo podía dormir llevando una linterna en la mano. Cuando se le preguntaba por su miedo a dormir solo, el niño manifestaba su temor a los «monstruos» que veía en la oscuridad. Los padres habían intentado solucionar el problema empleando diversas estrategias (refuerzos, persuasión, etc.), obteniendo resultados parciales y poco duraderos.

## 17.4.2. Tratamiento

El tratamiento incluyó los siguientes componentes: psicoeducación; modificación de los pensamientos automáticos negativos; escenificaciones emotivas apoyadas por narrativas y reforzamiento positivo; exposición en vivo, y un sistema de economía de fichas que se usó como estrategia para reforzar los avances en la exposición, así como prevención de recaídas. Como hemos señalado, en este caso se usó un ambiente de RV para realizar las primeras sesiones de exposición antes de pasar a la exposición a las situaciones temidas reales. El tratamiento tuvo una duración total de 11 sesiones, en base a la siguiente agenda: sesiones 1 y 2: evaluación; sesiones 3 a 4: psicoeducación; sesiones 5 a 8: escenificaciones emotivas y exposiciones con RV; sesiones 9 a 11: exposición en vivo; sesión 11: prevención de recaídas.

### 17.4.2.1. Psicoeducación

Se explica al niño en qué consistirá el tratamiento, planteando la terapia como «un juego» en el que tendrá que ir superando diferentes «misiones» relacionadas con su miedo a la oscuridad. Se explica el fundamento de los miedos y fobias y la importancia de la evitación en el mantenimiento del problema y sus consecuencias. A partir de dicha explicación, el niño, junto con el terapeuta, realiza un balance entre las consecuencias positivas y negativas de evitar las situaciones temidas. También se aborda el papel que desempeñan los pensamientos catastróficos negativos y el fundamento y la lógica de la técnica de exposición (utilizando RV y en vivo).

### 17.4.2.2. Identificación de los pensamientos automáticos negativos

Se proporciona información acerca de cómo *identificar* los pensamientos automáticos negativos y cómo retarlos para vencerlos. Para ayudar a identificarlos se explica que éstos son automáticos, pues acuden a la memoria de forma muy rápida, dando la

impresión de que no podemos controlarlos; incluyen términos absolutos como «siempre, todo o nada»; tienen poco fundamento, es decir, tienen pocas pruebas a su favor, y suelen suponer lo peor.

El siguiente paso es explicar *cómo someter a prueba estos pensamientos*, siguiendo los siguientes pasos: 1) analizar las evidencias a favor y en contra; 2) pensar en la probabilidad real de que ocurra; 3) identificar posibles pensamientos alternativos; 4) desdramatizar el pensamiento automático negativo y valorar la utilidad de ese pensamiento, y 5) finalmente evaluar de nuevo la creencia del pensamiento automático negativo.

### 17.4.2.3. Escenificaciones emotivas

Esta técnica, diseñada y validada por Méndez et al. (2004), ha sido adaptada en este caso para ser utilizada en un ambiente de RV. Se trata de un procedimiento que sustituye el uso de la relajación como respuesta inhibitoria de la ansiedad, por una narrativa que provoque emociones positivas (v.g.: alegría, autoafirmación, orgullo, etc.) dentro de un ambiente virtual; dicha narrativa es sugerida por el terapeuta durante la exposición a los estímulos fóbicos. Para ello, el niño o adolescente *elige un héroe o personaje principal* de dibujos animados o películas, que simbolice estados emocionales positivos (v.g.: valentía, orgullo, fortaleza), al igual que otros personajes que el terapeuta utiliza para construir las narrativas (escenificaciones). En este caso, durante la narrativa un superhéroe se presenta y le pide ayuda para realizar una «misión», incluyendo en la narrativa los estímulos que le provoquen ansiedad (v.g.: estar solo, ladrones, etc.).

### 17.4.2.4. Descripción de un ambiente virtual para la fobia a la oscuridad

Los elementos principales del ambiente virtual son una habitación con una estructura arquitectónica que define un espacio protector, el cual contiene diferentes elementos que pueden adaptarse al tratamiento y al problema individual del niño o adolescente. En esta habitación hay una gran pantalla que muestra todos los elementos que el terapeuta puede emplear como herramientas durante la sesión (v.g.: objetos tridimensionales, música, sonidos, imágenes). Dichos elementos pueden activarse al depositarlos sobre unas pequeñas columnas o peanas distribuidas por toda la habitación.

Por otro lado, el ambiente virtual consta de varios escenarios o paisajes (v.g.: una playa, un bosque o un prado). Los escenarios pueden modificarse de forma que permitan activar y potenciar las emociones del niño o adolescente. De esta manera, el terapeuta puede cambiar distintos elementos: la hora del día (puede hacerse de tarde o de noche), el color del cielo, o introducir elementos naturales: lluvia, viento o nieve (véase figura 17.6). La playa tiene un farolillo que se puede encender o apagar a voluntad del terapeuta. El bosque está lleno de sombras, donde se escuchan sonidos extraños (v.g.:

animales). Este sistema es llamado «El mundo de EMMA-Infancia». Para una mayor descripción véase López-Soler et al. (2011), trabajo en el que se utilizó para el tratamiento de un niño que padecía estrés postraumático.



Figura 17.6. Ambiente de RV para el tratamiento de la fobia a la oscuridad.

#### 17.4.2.5. Construcción de la jerarquía de exposición y narrativas

El primer paso para realizar la exposición en RV es la elaboración de una jerarquía, una lista de los objetos y situaciones concretas que se evitan y que producen ansiedad. Esta lista jerarquizada debe tener en consideración los contenidos de los ambientes virtuales con los que cuente el terapeuta y lo que permita el sistema. Se construye una jerarquía de exposición combinando variables físicas del entorno virtual (v.g.: tiempo de exposición, intensidad de la luz, etc.) en base a los niveles de ansiedad. En el cuadro 17.1 se puede observar un ejemplo de jerarquía de exposición para utilizar en un ambiente virtual en base a unas conductas objetivo y pensamientos irracionales determinados.

CUADRO 17.1

Jerarquía de exposición con RV y en vivo para la fobia a la oscuridad

CONDUCTAS OBJETIVO	PENSAMIENTOS IRRACIONALES	ÍTEMS Y MODULADORES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acostarse con la luz apagada.</li> <li>2. Acostarse en las acampadas sin llevar la linterna debajo de la almohada.</li> <li>3. Despertar a media noche y no encender la lamparita de noche.</li> <li>4. Permanecer solo en la habitación a oscuras.</li> </ol>	<p>«Entrará un ladrón por la ventana, o monstruos o marcianos».</p> <p>«Puede pasar algo malo».</p>	<p><b>En el ambiente virtual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↪ Mantenerse en una playa al <b>atardecer</b> con la luz de un farolillo <b>encendida</b>.</li> <li>↪ Mantenerse en una playa de <b>noche</b> con la luz de un farolillo <b>encendida</b>.</li> <li>↪ Mantenerse en una playa de <b>noche</b> con la luz de un farolillo</li> </ul>

**apagada.**

- ⇒ Mantenerse en un bosque de **noche**.

**En el ambiente real:**

- ⇒ Mantenerse en una habitación **a oscuras** durante **3 minutos**.
- ⇒ Mantenerse en una habitación **a oscuras** durante **6 minutos**.
- ⇒ Mantenerse en una habitación **a oscuras** durante **10 minutos**.

El propósito de las narrativas es introducir progresivamente los ítems de la jerarquía como si fuesen episodios de una trama. En el cuadro 17.2 se muestra un ejemplo de las narrativas que se usaron en este caso durante la exposición.

### CUADRO 17.2

Ejemplo de narrativas que pueden ser usadas durante la exposición con RV para la fobia a la oscuridad

#### *Narrativa 1:*

¡Hola!, soy Spiderman. Vamos a hacer muchas misiones juntos. Hasta hoy lo has hecho muy, muy bien, eres mi mejor ayudante, y con tus súperpoderes seguro que llegarás a ser el mejor trepamuros de la ciudad. Hoy tengo una misión muy especial para ti; en la playa hay un barco con ladrones que están intentando comunicarse con sus jefes que están en otra isla, no muy lejana. Lo hacen a través de código morse. Tienes que espiarlos escuchando los sonidos que emitirán con el barco. Es un mensaje en clave secreta. Si lo descubres y me lo cuentas ya no podrán hacer nada.

¡Seguro que con tu superoído arácnido podrás oírlo todo!

¡Lo vas a hacer muy bien!

Mi sentido arácnido me dice que lo has hecho muy bien. Por eso hoy tienes un grado más como mi ayudante. El próximo día podrás hacer una misión más difícil; seguro que un superhéroe como tú podrá hacerla rápido y fácil.

#### *Narrativa 2:*

Hoy tengo para ti una misión un poco más difícil. Los ladrones del barco van a intentar robar los tesoros que hay en el templo, que es nuestro cuartel general. Esos ladrones tienen miedo de los superhéroes como tú. Por eso tú puedes hacer que huyan y salvar nuestros tesoros. Tienen que saber que eres el ayudante de Spiderman y vigilar que no se acerquen a la playa.

Oirás unos pequeños pasos. Cuando pase eso, tienes que avisarme con el botón secreto de comunicaciones.

¡Seguro que lo vas a hacer muy bien!

#### 17.4.2.6. Exposición con un ambiente virtual y reforzamiento positivo con economía de fichas

Antes de la primera sesión de exposición con el ambiente virtual se realizó una entrevista con la madre y el niño para negociar las condiciones del sistema de economía

de fichas. Las fichas que se utilizaron eran pequeños «gomets» de colores, que se pegaban en un autorregistro diario, teniendo en cuenta que se podía conseguir una ficha: a) por las misiones que conseguía cumplir en las sesiones de exposición con el ambiente virtual, y b) por cada noche que el niño era capaz de dormir con la luz apagada y no la encendía durante la noche. Las fichas podían canjearse posteriormente por refuerzos.

La lógica de la exposición virtual es la misma que la de la exposición en vivo, y al igual que en ésta la exposición debe ser sistemática y repetida hasta que se reduzcan los niveles de ansiedad antes de continuar con el siguiente ítem de la jerarquía.

Antes de cada sesión de exposición se revisaba el autorregistro semanal y se comentaban los problemas que hubiesen surgido durante la semana. Posteriormente se llevaba a cabo la exposición en RV, registrando los niveles de temor y evitación antes, durante y al finalizar la exposición. Al finalizar la exposición se dedicaba un tiempo a comentar también con la madre del niño la evolución semanal.

En cada sesión, el terapeuta le presentaba una narrativa en la que los ítems de la jerarquía se introducían progresivamente, como si fuesen episodios de una trama. Cuando el niño afrontaba adecuadamente la interacción con el estímulo fóbico se le reforzaba utilizando una *economía de fichas* y el *reforzamiento positivo* (v.g.: poniendo la foto del niño junto a la foto de su superhéroe, o ascendiéndole de rango). Cada vez que superaba un ítem de la jerarquía el terapeuta introducía una nueva situación hasta completar toda la jerarquía. Durante la exposición se intentaba modificar los pensamientos negativos que presentaba el niño, recordándole el trabajo realizado para retar a los pensamientos automáticos negativos, y que todo lo aprendido lo debía de poner en práctica durante la exposición. Cada tarea tenía un tiempo definido por la duración de la narrativa. Al completar la «misión» que explica la narrativa, el superhéroe (o personaje elegido) reforzaba positivamente al niño o adolescente, concediéndole un rango más como su ayudante y motivándole para realizar en la siguiente sesión una «misión» más difícil.

Una vez finalizadas las sesiones de RV se llevaron a cabo tres sesiones de exposición en vivo, con la finalidad de generalizar a las situaciones reales los cambios logrados durante la exposición en el ambiente virtual. En todas las sesiones de exposición en vivo la tarea que el niño tenía que realizar consistía en permanecer en una habitación a oscuras durante un tiempo determinado. Antes de la exposición, se le daba al niño la siguiente instrucción: *«Ahora vas a hacer una prueba: vas a entrar en una habitación a oscuras con la puerta cerrada durante unos minutos. Es importante que intentes quedarte en la habitación el mayor tiempo posible, aunque si sientes que ya no puedes estar más tiempo en la habitación, me llamas y acabamos la prueba»*. El tiempo que el niño tenía que permanecer a oscuras se iba incrementando en cada sesión de exposición (3' en la primera sesión, 6' en la segunda sesión y 10' en la tercera). Además, se le pedía que durmiera sin luz y que no la encendiera si se despertaba durante la noche. A partir de la segunda sesión de exposición en vivo se procedió a aumentar progresivamente el

número de veces que el niño tenía que llevar a cabo la conducta objetivo (v.g.: dormir con la luz apagada) para obtener las fichas.

#### 17.2.2.7. Prevención de recaídas

Al finalizar la jerarquía de exposición se llevó a cabo una sesión de prevención de recaídas, destinada a fortalecer los resultados del tratamiento. En esta sesión se llevaron a cabo interacciones con la situación fóbica sin utilizar escenificaciones. Durante esta sesión, se le recordaron al niño los efectos negativos de la evitación y se le animó a que continuara exponiéndose a lo que todavía pudiera temer. Asimismo, se le reforzó por todos los logros alcanzados. Con esta sesión se dio por finalizado el tratamiento.

#### 17.2.2.8. Resultados del tratamiento

Los resultados del test de evitación conductual (BAT) muestran una mejoría importante en los síntomas de la fobia a la oscuridad que presentaba el niño. Antes de iniciar el tratamiento el niño no era capaz de superar el BAT (únicamente toleró permanecer en la habitación con la puerta abierta y la luz tenue) y obtuvo una puntuación de 3,5 en una escala máxima de 16 puntos. Después del tratamiento, el niño superó el BAT sin dificultades (permanece a oscuras y con la puerta cerrada 5 o 10 minutos) y obtuvo una puntuación de 14 puntos. Se realizó un seguimiento a los tres meses, en el cual se mantenían los resultados del tratamiento; de hecho, el niño obtuvo la puntuación máxima de 16 puntos. Asimismo, se encontró una disminución importante en las medidas de temor, evitación y grado de creencia después del tratamiento.

Por otra parte, a partir del registro de los niveles de ansiedad y evitación del niño durante las sesiones de exposición con RV se identificó que durante las sesiones de exposición a los diferentes entornos del ambiente virtual el niño informó de niveles altos de ansiedad y evitación, que fueron disminuyendo progresivamente siguiendo las pautas de la exposición tradicional. Esto parece indicar que los entornos virtuales que se utilizaron eran clínicamente significativos para el niño, y capaces de generar niveles de ansiedad similares a los que el niño experimentaba en las situaciones reales temidas.

Los datos obtenidos con el autorregistro diario indicaron que el número de noches que el niño durmió con la luz encendida fue disminuyendo progresivamente conforme avanzaba el tratamiento. A partir de la primera sesión de exposición con RV comenzó a descender de manera progresiva y constante el número de noches en las que el niño precisaba encender la luz para dormir. A partir de la sesión 9 el niño fue capaz de dormir todas las noches con la luz apagada, y este cambio se mantuvo en las dos sesiones posteriores, en la evaluación post-tratamiento y en el seguimiento a los tres meses. Por tanto, parece que la reducción de la ansiedad ante la oscuridad conseguida en las sesiones de exposición con RV se generalizó a la vida cotidiana del niño.

El niño se mostró satisfecho con el tratamiento recibido, le pareció útil para superar su miedo a la oscuridad, se lo recomendaría a otro niño con el mismo problema y no lo consideró aversivo. Además, el niño tampoco consideró como «desagradables» las sesiones de exposición en RV, indicando que su uso había sido lo «más divertido del tratamiento» y lo valoró positivamente (puntuando con un 4 en una escala de 0 a 5).

### 17.3. CONCLUSIÓN

Como hemos visto, TICs como la RV o la RA pueden ser herramientas útiles para el tratamiento de fobias y otros trastornos en niños y adolescentes. Permiten un control completo y son herramientas atractivas que pueden ayudar a incrementar la motivación del niño o adolescente hacia el tratamiento. De igual manera, pueden ayudar a reducir la tasa de rechazo o abandono de tratamientos que pueden resultar aversivos para el niño, como la exposición. Estas TICs pueden ayudar a solventar también algunas de las limitaciones de la exposición en imaginación con niños y adolescentes, debido a posibles problemas respecto a la capacidad de imaginación y focalización de la atención. Asimismo, son herramientas muy versátiles, las cuales pueden incorporarse a los programas de tratamiento ya existentes para niños y adolescentes.

Aunque el uso de las TICs en los tratamientos de niños y adolescentes es un campo que aún está en niveles muy básicos de desarrollo, consideramos que en el futuro se le dará más importancia y se valorará aún mejor su utilidad, ya que, además de ser herramientas de apoyo al trabajo y labor de los terapeutas, las TICs van a ser cada vez más atractivas para la población infanto-juvenil del siglo XXI.

### 17.4. RECURSOS

A continuación se muestra un listado de proveedores y centros que ofrecen tratamientos basados en TICs en diferentes partes del mundo. Los tratamientos que ofrecen han demostrado eficacia en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos: fobias específicas (animales pequeños, perros, gatos, viajar en avión, claustrofobia, acrofobia, colegio, conducir, médico, tormentas), trastorno de pánico, agorafobia, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de ansiedad social y miedo a hablar en público, trastorno de estrés postraumático, trastorno adaptativo, juego patológico, fibromialgia, distracción del dolor, adicciones, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**España:** <http://www.labpsitec.es>, <http://www.previsl.com>.

**Estados Unidos:** <http://www.virtuallybetter.com>, <http://www.vrphobia.com>.

**Canadá:** [http://w3.uqo.ca/cyberpsy/en/index\\_en.htm](http://w3.uqo.ca/cyberpsy/en/index_en.htm), <http://invirtuo.com>.

**Italia:** <http://www.neurovr.org>.

**Holanda:** <http://clevr.net>.

## 17.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baños, R. M., Cebolla, A., Oliver, E., Alcañiz, M. y Botella, C. (2013). Efficacy and acceptability of an Internet platform to improve the learning of nutritional knowledge in children: the ETIOBE mates. *Health Educ. Res.*, 28(2), 234-248. doi: 10.1093/her/cys044.
- Botella, C., Baños, R. M. y Fabregat, S. (2006). Tratamiento del miedo a los animales pequeños por medio de realidad virtual. En X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgiles (eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (pp. 49-65). Madrid: Pirámide.
- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R. y García-Palacios, A. (2010). Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy*, 41(3), 401-413.
- Botella, C., Breton-López, J., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Zaragoza, I. y Alcañiz, M. (2011). Treating cockroach phobia using a serious game on a mobile phone and augmented reality exposure: A single case study. *Computers in Human Behavior*, 27(1), 217-227.
- Bouchard, S., St-Jacques, J., Robillard, G. y Renaud, P. (2007). Efficacy of a virtual reality exposure treatment for arachnophobia in children: A pilot study. Gutiérrez-Maldonado, J., Magallón-Neri, E., Rus-Calafell, M., y Peñaloza-Salazar, C. (2009). Virtual reality exposure therapy for school phobia. *Anuario de Psicología*, 40(2), 223-236.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. y Botella, C. (2011). The virtual reality system EMMA-Childhood in the psychological treatment of a minor with posttraumatic stress disorder. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 189-206.
- Marco, J. H., Botella, C. y Perpiñá, C. (2006). Los trastornos alimentarios y las nuevas tecnologías: La utilidad de abordar la imagen corporal utilizando técnicas de realidad virtual. En X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgiles (eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (pp. 257-284). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2004). Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: Un ensayo controlado. *Internacional Journal of clinical and Health Psychology*, 4(3), 505-520.
- Opris, D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, S., y David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29(2), 85-93. doi: 10.1002/da.20910.
- Quero, S., Nebot, S., Rasal, P., Bretón-López, J., Baños, R. M. y Botella, C. (en prensa). The use of communication and information technologies in the treatment of

small animals phobia in childhood [La utilización de las tecnologías de la información y la comunicación en el tratamiento de la fobia a animales pequeños en la infancia]. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*.

Wrzesien, M., Alcañiz, M., Botella, C., Burkhardt, J. M., Bretón-López, J., Ortega, M. y Brotons, D. B. (2013). The therapeutic lamp: Treating small-animal phobias. *IEEE Computer Graphics and Applications*, 33(1), 80-86.

# 18. MODELADO

FABIÁN VILLALBA GIL Y JUAN MANUEL ORTIGOSA QUILES

## 18.1. INTRODUCCIÓN

Observar e imitar comportamientos es probablemente el recurso para el aprendizaje más antiguo y más empleado por el ser humano a lo largo de su historia. De todos es conocida su utilización por parte de padres o educadores, poniendo a un modelo como ejemplo de buen comportamiento, o como advertencia, a modo de aviso para no incurrir en una conducta no deseable socialmente.

Por ello es normal encontrarnos en la vida cotidiana numerosas situaciones de modelado a través de muchos medios, como las interacciones personales, la literatura, el cine, la televisión o internet.

Hoy en día el término modelado se emplea para referirse a toda la variedad de procesos de aprendizaje por observación. Aunque existen diversas teorías sobre la naturaleza y los procesos que tienen lugar en el modelado, la propuesta de Albert Bandura es la que goza de mayor aceptación en la actualidad.

En el modelado, como método de aprendizaje por observación, un observador se expone ante una conducta realizada por un modelo, individuo o grupo, que actúa como estímulo o ejemplo, para que la persona aprenda nuevas conductas, habilidades o actitudes a través de la imitación.

## 18.2. FUNCIONES DEL MODELADO

El modelado es útil y eficaz para la adquisición de nuevos hábitos y comportamientos adecuados en un contexto social en el caso de niños y adolescentes. Se ha aplicado en el ámbito educativo y clínico tanto a modo de intervención como a nivel preventivo. Además, su posibilidad de aplicación en forma grupal y comunitaria proporciona una gran ventaja en términos de costes y beneficios (véase cuadro 18.1).

CUADRO 18.1  
Las tres funciones del modelado

- ⇨ Prevenir: promocionar comportamientos adecuados.
- ⇨ Intervenir y tratar determinados trastornos y problemas ya desarrollados.

⇒ Educar y entrenar a padres, tutores, educadores, cuidadores o al propio sujeto.

El modelado posee diversas funciones:

1. Adquirir nuevas conductas o patrones de conducta. Por ejemplo, hábitos de higiene, de alimentación o habilidades sociales o de afrontamiento del estrés.
2. Facilitar o debilitar respuestas:
  - a) Eliminar conductas desadaptadas que tiene la persona. Los efectos inhibitorios del modelado son útiles en niños con conductas excesivas desaprobadas socialmente, como el mal comportamiento o las rabietas. El modelado puede fortalecer sus propias inhibiciones frente a estas conductas, observando a un modelo que experimenta consecuencias negativas por realizar esas mismas acciones, o por no recibir consecuencias positivas.
  - b) Desinhibir conductas inhibidas por el miedo o la ansiedad, haciendo que observen a modelos que llevan a cabo conductas de acercamiento o de interacción con los objetos temidos o realizan las propias conductas temidas y experimentan consecuencias que no son negativas o incluso que son positivas.
3. Estimular conductas ya aprendidas y que no se emiten por falta de estímulos inductores. Por ejemplo, observar a un modelo que va a dormir después de cenar induce y recuerda al niño que es el momento de ir a la cama.
4. Educar en valores potenciando una cualidad o actitud adecuada a partir de un modelado positivo. Por ejemplo, un adolescente que practica un deporte tenderá a incorporar en su repertorio la cualidad de deportividad al observar a un reconocido deportista como modelo de juego limpio.
5. Educar en la expresión de emociones. La observación de modelos con ciertas respuestas emocionales provoca un nivel de activación emocional similar en el observador. Un ejemplo sería el adolescente que vence el miedo a llorar en público al observarlo en el actor principal de su serie favorita.

### **18.3. LAS CUATRO FASES DEL MODELADO**

La adecuada aplicación terapéutica del modelado consta de cuatro fases o momentos a lo largo de los cuales progresaremos:

#### **A) Fase educativa**

1. Empezaremos por explicar la conducta o habilidad que va a ser entrenada. Es importante destacar la utilidad y los efectos que tiene en la situación.

Supongamos que vamos a entrenar el hábito de higiene de cepillarse los dientes a un niño pequeño. En tal caso comentaremos: «*Vas a aprender a limpiarte los dientes. Es muy importante tenerlos siempre limpios para que no se te pongan feos. Como papá y mamá, tendrás que cepillártelos después de cada comida*».

## B ) Fase de preparación

1. Comprobaremos que el niño está moderadamente relajado. En caso de manifestar ansiedad se aplicará cualquier procedimiento de respiración controlada o relajación (consúltese capítulo 4).
2. Verificaremos que el niño sostiene un sistema de creencias adecuado que facilite la aplicación de la técnica. En caso de que se presenten creencias erróneas que obstaculicen el entrenamiento, se modificarán antes de iniciar el procedimiento.
3. Instruiremos al niño acerca de los aspectos a los que ha de atender: los estímulos situacionales presentes, los aspectos relevantes de la conducta del modelo y las consecuencias de la conducta modelada. La observación debe ser activa.
4. Seleccionaremos la combinación de variantes de modelado más adecuada para el caso según las características del niño, la problemática que presente y los recursos de los que dispongamos (véase cuadro 18.2).

CUADRO 18.2  
Principales tipos de modelado

VARIABLE	TIPOS	EJEMPLO
SEGÚN LA CONDUCTA DEL OBSERVADOR	<i>Pasivo o no participante</i>	El niño mira la acción del modelo sin reproducirla durante la sesión de entrenamiento.
	<i>Activo o participante</i>	El niño observa al modelo y a continuación reproduce la conducta modelada.
SEGÚN EL GRADO DE DIFICULTAD DE LA CONDUCTA A MODELAR	<i>De conductas intermedias</i>	Ante una conducta compleja, el niño observa las conductas intermedias que se van modelando progresivamente.
	<i>De la conducta objetivo</i>	Ante una conducta sencilla, el niño observa la secuencia conductual completa.
	<i>Positivo</i>	El niño observa un comportamiento adecuado con consecuencias positivas.

<b>SEGÚN LA ADECUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL MODELO</b>	<i>Negativo</i>	El niño observa un comportamiento inadecuado con consecuencias negativas.
	<i>Contrastado o mixto</i>	El niño observa la conducta adecuada e inadecuada de la misma situación.
	<i>En vivo</i>	El modelo está presente.
<b>SEGÚN LA PRESENTACIÓN DEL MODELO</b>	<i>Simbólico</i>	El modelo se presenta a través de DVD, cuento, muñeco...
	<i>Encubierto</i>	El niño imagina al modelo actuar.
	<i>De dominio</i>	El niño observa cómo el modelo ejecuta la conducta con un alto grado de competencia.
<b>SEGÚN LA COMPETENCIA DEL MODELO</b>	<i>De afrontamiento</i>	El niño observa cómo el modelo realiza la conducta desde un nivel de competencia similar al suyo.
	<i>Automodelado</i>	El niño observa su propia conducta.
<b>SEGÚN LA IDENTIDAD DEL MODELO</b>	<i>Modelado</i>	El niño observa a otra persona actuar.

### C) Fase de desarrollo

1. El modelo mostrará las acciones deseadas y describirá verbalmente lo que está haciendo y las consecuencias anticipadas.
2. Inmediatamente a la presentación se le pedirá al niño que describa la conducta del modelo, sus antecedentes y consecuentes, para asegurarnos que ha entendido los criterios que rigen esa conducta.
3. Instruiremos al niño para que imite y practique lo observado.
4. Si fuera necesario, nos situaremos en el campo de visión del niño para, mediante indicaciones, ayudarlo en los primeros ensayos.
5. Tras el ensayo de la conducta, proporcionaremos *feedback* positivo y específico a la conducta modelada. Evitaremos el *feedback* negativo, y en caso de utilizarlo siempre lo usaremos a continuación del positivo y con un carácter constructivo.
6. Realizaremos varios ensayos para que la conducta quede sobreaprendida, utilizando, si es posible, varios modelos.

### D) Fase de aplicación al ambiente natural

1. Entrenaremos el modelado encubierto mediante ensayos cognitivos de la conducta, para facilitar el recuerdo, disminuir la ansiedad y aumentar la autoeficacia.
2. Diseñaremos tareas para casa, a fin de practicar las habilidades modeladas entre

las sesiones. El sujeto cumplimentará un registro de las tareas realizadas, que se comentará al inicio de cada sesión.

3. Estableceremos un plan de contingencias de reforzamiento en el medio natural para mantener los efectos del entrenamiento.
4. Entrenaremos las habilidades en orden de dificultad progresiva e incluiremos estrategias para afrontar los posibles obstáculos o variaciones.

## 18.4. UN EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL MODELADO

Vamos a describir la técnica paso a paso con la ayuda de un sencillo ejemplo (véase cuadro 18.3). Supongamos que Pedro, de 9 años, es un glotón y come demasiado rápido. Como no hay forma de que atienda a razones para que coma más despacio, sus padres le proponen asistir a un programa de control de sobrepeso y obesidad. Para realizar el modelado contamos con Pablo, un niño que ya asistió anteriormente al programa y que ahora nos ayuda en algunas actividades.

- a) Una vez hemos seleccionado la conducta que vamos a modelar y conocemos los componentes de dicha conducta (*trocear una pieza de fruta, pinchar un trozo con un tenedor, llevar el alimento a la boca, dejar el tenedor en la mesa, masticar lentamente, tragar el bolo alimenticio, volver a tomar el tenedor y repetir la operación*), iniciaremos el ejercicio de modelado describiendo la conducta que se va a modelar e indicando los beneficios de llevarla a cabo. «*Pedro, ahora vas a observar cómo Pablo trocea una manzana. A continuación pinchará con el tenedor y se llevará un trozo a la boca, dejará el tenedor en la mesa, masticará muy despacio hasta 20 veces, a continuación se tragará el trozo de manzana masticado, y luego volverá a tomar el tenedor. Es importante que te fijas en lo que hace. Recuerda que comer despacio es importante para digerir bien la comida*».
- b) A continuación ejecutaremos los componentes más sencillos y realizaremos movimientos lentos y gruesos acompañados de descripciones verbales. Centraremos la atención del niño en los movimientos del modelo. Hay que recordar que para facilitar la atención y concentración es importante que el niño esté tranquilo: «*Pedro, ¡fíjate! Trocea la manzana, pincha con el tenedor y se lleva un trozo a la boca, deja el tenedor en la mesa, mastica muy despacio hasta 20 veces* (las contamos con la ayuda del observador), *se traga el trozo de manzana y vuelve a coger el tenedor*». Aplicaremos el reforzamiento vicario otorgando algún refuerzo al modelo, especialmente de tipo social: «*¡Muy bien hecho, Pablo! ¡Increíble! ¡Tú sí que eres una persona que sabe comer bien!*».
- c) Le pediremos al niño que describa con el mayor lujo de detalle posible lo que acaba de ver: «*Ahora cuéntame despacio qué es lo que has visto...*». A continuación se

le reforzará: «*Muy bien, veo que has estado muy atento*». También es posible realizar una ejecución incorrecta, acompañada de castigo verbal vicario, para que el niño vea las consecuencias negativas. Esto es lo que se denomina modelado contrastado.

d) Seguidamente le ordenaremos que imite la conducta que acaba de ejecutar el modelo. «*Ahora tú será quien hagas lo mismo que Pablo acaba de hacer...*». A partir de este momento pueden ocurrir tres situaciones:

- ⇒ Que lo reproduzca correctamente. Es el momento de felicitar por la estupenda ejecución: «*¡Muy bien! ¡Fantástico! ¡Lo has hecho estupendamente!*».
- ⇒ Que lo reproduzca parcialmente. Le daremos el feedback positivo: «*Bastante bien, has conseguido comer despacito*»; y a continuación, si lo consideramos necesario, el feedback negativo: «*recuerda que tienes que masticar más despacio y más veces. Vamos a intentarlo otra vez*».
- ⇒ Que no lo reproduzca. En este supuesto se puede dar una segunda oportunidad, y en caso de persistir en la negativa averiguaremos qué dificulta la observación, si el desinterés, la desmotivación, la desatención y/o la dificultad para la reproducción.

e) En este punto se puede utilizar instigación verbal o física para facilitar la imitación de la conducta: «*Muy bien, parte la manzana..., deja el tenedor en la mesa...*».

f) Si la conducta se imita correctamente a la primera, no nos confiaremos y repetiremos el modelado hasta que consideremos que el niño realice correctamente la conducta, ¡casi sin darse cuenta!

g) Progresivamente desvaneceremos el refuerzo que hemos estado aplicando, a fin de que se transfiera al medio natural.

h) Por último, diseñaremos un plan de tareas para casa de acuerdo con el niño y sus padres. Tendremos en cuenta, según la edad del niño: 1) procurar el apoyo de los padres tras una fase de entrenamiento; 2) la disponibilidad en el medio natural de los elementos para practicar la conducta y la existencia de distintos contextos donde realizar las tareas, y 3) diseñar y mantener un registro de la ejecución en la vida real.

CUADRO 18.3  
El modelado paso a paso

FASES	PASOS
PREPARACIÓN	<i>Terapeuta</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Selección de la conducta a imitar.</li> <li>⇒ Estudio de la conducta a imitar (componentes de la conducta).</li> <li>⇒ Explicación de la conducta: componentes y</li> </ul>

EXPOSICIÓN	Modelo y/o terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Instrucciones.</li> <li>⇒ Ejecución del modelo (motora + verbal).</li> <li>⇒ Contingencia vicaria.</li> </ul>
	Observador y/o terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Descripción de la conducta observada.</li> <li>⇒ Imitación o reproducción.</li> <li>⇒ Instigación verbal o física.</li> <li>⇒ Feedback.</li> <li>⇒ Contingencia.</li> <li>⇒ Ensayos en diferentes contextos.</li> <li>⇒ Desvanecimiento de las contingencias.</li> </ul>
	Observador y terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Tareas para casa.</li> <li>⇒ Entrenamiento de los padres.</li> <li>⇒ Diseñar la práctica en diferentes contextos.</li> <li>⇒ Mantener un registro conductual.</li> </ul>
ADQUISICIÓN		
MANTENIMIENTO Y GENERALIZACIÓN		

## 18.5. LAS 16 REGLAS DE ORO DEL MODELADO

Para que el modelado sea realmente eficaz tendremos en cuenta las *16 reglas de oro* sobre características que afectan a la adquisición, la ejecución, la generalización y el mantenimiento.

### Fase de adquisición

Sobre las características del modelo

- ⇒ **Regla 1:** *Cuanto más semejante sean el modelo y el observador (en sexo, edad, raza, actitudes y otras características), más probable es que éste ejecute la conducta modelada.*
- ⇒ **Regla 2:** *Cuanto más prestigioso o significativo sea el modelo para el niño, más probable es que imite su comportamiento.* Por ejemplo, cuando en un anuncio un personaje famoso, real o de ficción, presenta un producto, el niño tratará de imitar su conducta y sus gustos al adquirir ese producto.
- ⇒ **Regla 3:** *Cuanto más similar sea la conducta del modelo y la habilidad del observador, más probable será que imite su comportamiento y mejore progresivamente.* El modelo debe mostrar su habilidad a la hora de realizar la conducta, pero en este sentido es más eficaz cuando parte de un nivel ligeramente mayor de habilidad. Por ejemplo, si se utiliza el modelado para preparar a una niña que va a someterse a una intervención quirúrgica, se presentará un modelo que manifieste un grado de miedo similar al de la observadora y que muestre conductas de valentía o afrontamiento ligeramente más eficaces.

⇒ **Regla 4: Cuanto más interactúe y refuerce el modelo al niño, el modelado será más eficaz.** Por ejemplo, si un niño presenta miedo a los ruidos fuertes y se aplica el modelado para aumentar sus conductas de afrontamiento, éste será más eficaz si se refuerza al observador después de que éste reproduzca las conductas de valentía del modelo.

Sobre las características del observador

⇒ **Regla 5: Tener en cuenta la discapacidad psíquica o déficits cognitivos, ajustando el proceso de modelado a estas características del observador.** Por ejemplo, si se pretende modelar la conducta de pintar un dibujo sin salirse de los bordes en un niño con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, será necesario incrementar el número de presentaciones repetidas del modelo.

⇒ **Regla 6: A mayor relajación, mayor facilitación de los procesos de modelado.** Previamente a la presentación del modelo se atenderá al grado de ansiedad del observador y se le ayudará a reducirlo si fuera necesario. Por ejemplo, si aplicamos esta técnica a un niño que presenta una fobia específica, en primer lugar se comprobará que se encuentra relajado para así atender adecuadamente a la conducta del modelo.

Sobre las características del procedimiento

⇒ **Regla 7: Utilizar señales (resúmenes explicativos, repetición de los elementos importantes, etc.) para captar la atención del niño sobre los estímulos relevantes para facilitar la retención.** Por ejemplo, en ocasiones en las campañas publicitarias se emplea más de un modelo, pero se repiten determinados elementos que actúan como estímulos discriminativos que facilitan el aprendizaje. Así, en una campaña para reducir el abuso de alcohol en adolescentes se muestran las consecuencias en diferentes chicos y chicas, pero se mantiene y se repite el mismo mensaje, que incide en que el alcohol en exceso acentúa los aspectos y vivencias negativas.

⇒ **Regla 8: Detectar y eliminar los estímulos irrelevantes para el aprendizaje.** Por ejemplo, si mostramos a un grupo de niños un audiovisual para modelar sus conductas de higiene, se debe evitar la presencia de juguetes o ruidos en la sala, a la vez que mantener un nivel de luminosidad que favorezca su atención concentrada en la película.

## Fase de ejecución

Reproducción motora

- ⇒ **Regla 9: La conducta a imitar debe encontrarse en el repertorio conductual del niño y no existe ningún impedimento físico.** Por ejemplo, en el caso de que se modele en un niño de 6 años los pasos para vestirse, hay que asegurarse de que no padezca problemas de motricidad fina para poder abotonarse adecuadamente o gruesa para subirse él solo los pantalones o ponerse un jersey.
- ⇒ **Regla 10: A mayor práctica de la conducta observada, más óptima será la ejecución.** Siguiendo el ejemplo anterior, después de diversos ensayos el niño logrará vestirse con mayor rapidez que en los primeros intentos.

#### Motivación

- ⇒ **Regla 11: La contingencia que reciba el modelo (contingencia vicaria) influirá en la ejecución de la conducta por parte del observador.** Por ejemplo, si se modela a una niña con problemas de ingestión de ciertos alimentos, es más probable que lleve a cabo esta conducta si se presenta un modelo que recibe consecuencias positivas después de tomar los alimentos propuestos en la conducta meta, como más tiempo de actividades con su padre (refuerzo vicario). Igual sucederá con un modelo que interactúa con un gato sin recibir ningún arañazo, aspecto temido en la ailurofobia (extinción vicaria).
- ⇒ **Regla 12: La contingencia administrada directamente al observador también condicionará la reproducción de la conducta modelada.** Por ejemplo, si se pretende modelar que un niño pinte un dibujo sin salirse de los bordes, el refuerzo contingente de la ejecución correcta de la conducta modelada incrementará la probabilidad de su futura reproducción.

#### Fase de generalización y mantenimiento

- ⇒ **Regla 13: A mayor similitud entre el lugar donde se aplica el entrenamiento de modelado y el ambiente natural del observador, mayor transferencia entre ambos contextos.** Por ejemplo, será más fácil modelar la conducta de asertividad de un empleado de una oficina en la consulta del terapeuta, por la similitud entre ambos ambientes, que la conducta de ir a la cama en un niño pequeño, ya que difiere en gran medida la habitación de éste con la consulta terapéutica.
- ⇒ **Regla 14: A mayor presentación de la conducta modelada bajo distintas condiciones y contextos, mayor generalización a una variedad de situaciones naturales.** De este modo, si se pretende modelar una conducta socialmente hábil, el modelado será más eficaz si se presentan diversos modelos que ejecutan distintas habilidades en más de un ambiente.
- ⇒ **Regla 15: A más tareas para casa, más se consolidará la conducta y facilitará la transferencia al medio cotidiano.** Siguiendo con el ejemplo anterior, será oportuno que el niño practique las habilidades de interacción social en sus

ambientes naturales (domicilio familiar, aula, parque) y en sus relaciones personales (amigos, compañeros de clase, hermanos).

⇒ **Regla 16: A mayor refuerzo de la conducta de imitación en el ambiente natural, mayor será la generalización.** Si se premia al niño cuando ejecuta correctamente la conducta modelada en un lugar concreto, es más probable que la repita en otros ambientes.

## 18.6. EL TERAPEUTA COMO MODELO

El modelado es una técnica eficaz para la modificación de conducta de niños y adolescentes agresivos, hiperactivos, impulsivos, con discapacidad intelectual o trastornos del espectro del autismo), y con problemas diferentes (miedos, déficits o excesos de conducta).

El modelado puede resultar igualmente efectivo con los propios profesionales y paraprofesionales que se ocupan de ayudar a los demás a cambiar su propio comportamiento (psicoterapeutas, enfermeras, padres y educadores). El entrenamiento de este tipo de profesionales se ha utilizado con éxito para ejemplos de la conducta deseada, modelado simbólico y demostraciones de una conducta.

Para la práctica clínica nos encontramos ante un recurso de fácil aplicación. Basta con exponer a la persona ante un modelo *in vivo*, que puede ser el propio terapeuta, de forma simbólica en DVD o encubierta mediante la imaginación.

Ejemplos de modelado en el contexto de una consulta son cuando el terapeuta modela al niño la respiración diafragmática y a continuación supervisa la correcta práctica de dicha técnica; o cuando ayuda a entrenar al niño en habilidades sociales, por ejemplo modelar un comportamiento socialmente deseado y en habilidades comunicativas como la asertividad o la empatía (véase capítulo 11), o para la adherencia a tratamientos médicos, como el caso de un niño con diabetes donde el niño aprende por modelado a medir su nivel de glucosa y a inyectarse la insulina en la zona y de la forma adecuada.

También es útil instruir a los padres de niños con dificultades de aprendizaje motor, para que modelen hábitos diarios de autonomía personal en higiene, vestimenta o alimentación.

## 18.7. ¿QUÉ HACER SI...?

⇒ **El niño no atiende:** se presta más atención si la conducta a observar es sencilla, se realiza despacio, ha sido previamente entrenada y se exagera la conducta a imitar. Además, daremos instrucciones específicas sobre los aspectos en que se ha de fijar más detenidamente, con el fin de ayudar al niño a guiar su atención.

- ⇒ **El niño no está motivado:** aplicaremos reforzamiento contingente a la observación atenta sobre el modelo. Es más adecuado hacer presentaciones cortas y plantear una observación activa; por ejemplo, le pediremos al niño que señale o describa algunas de las cosas que ve. También enfatizaremos la utilidad funcional de la conducta entrenada para facilitar una actitud positiva y activa en el niño; por ejemplo, preguntarle qué es importante para él o qué es lo que más le gusta de la conducta a entrenar.
- ⇒ **Queremos elegir el mejor modelo:** seleccionaremos al modelo que sea parecido al niño en actitudes y en aspectos como sexo y edad. También procuraremos que el modelo sea eficaz al realizar la conducta-objetivo, cuidando que el modelo muestre un nivel de capacidad de únicamente uno o dos pasos por encima del niño. Hay que recordar que observar modelos de características similares hace que en el niño aumente la percepción de autoeficacia y facilita el aprendizaje de las habilidades modeladas.
- ⇒ **El niño manifiesta inquietud, nerviosismo ante la conducta a modelar por inseguridad o miedo:** en este caso utilizaremos alguna técnica de respiración controlada o relajación, que ayude a bajar el nivel de activación del niño.
- ⇒ **El niño tiene déficit atencional:** simplificaremos al máximo la presentación de la conducta objetivo y seguiremos el resto de instrucciones de la respuesta. En algunos casos evaluaremos la capacidad de atención y procesamiento del niño para adaptar la presentación a sus características.

## 18.8. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

Los tres siguientes manuales contienen sendos capítulos dedicados a la técnica de modelado. En ellos el lector podrá encontrar explicaciones sobre los fundamentos teóricos, componentes, ámbitos de aplicación y la evidencia empírica sobre la técnica:

- Méndez, F. X., Olivares, J. y Ortigosa, J. M. (1998). Técnicas de modelado. En J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 193-224). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Macià, D., Rosa A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2013). *Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Ruiz, M. A., Villalobos, A. y Díaz, M. I. (2012). Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales. En M. A. Ruiz, M. I. Díaz y A. Villalobos (eds.), *Manual de Técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (pp. 277-313). Bilbao: Desclée de Brouwer.

### Internet

**Child Friendly Australia:** <http://childfriendly-australia.org>.

Organización dedicada a la infancia que elaboró un vídeo que es un excelente ejemplo de modelado negativo de padres sobre hijos.

**Campaña Prevención embarazos no deseados: «Es cosa de 2»:**  
<https://www.youtube.com/watch?v=JT0yrJ2oDiU>.

Aparecen dos jóvenes actores de conocidas series de televisión, chico y chica, recomendando el uso de profilácticos en las relaciones sexuales. Se refuerza con tema musical actual de grupo de moda entre jóvenes.

**Campaña prevención de drogas: Fundación había droga una vez:**  
[https://www.youtube.com/watch?v=kW0\\_SCZ-LnY](https://www.youtube.com/watch?v=kW0_SCZ-LnY).

En este vídeo se enseña a ser asertivos y decir no a las drogas, además de mostrar las consecuencias negativas de su consumo.

# 19. EL MÉTODO DE ALARMA PARA LA ENURESIS

CARMEN BRAGADO-ÁLVAREZ

## 19.1. INTRODUCCIÓN

La enuresis (nocturna) es un problema muy frecuente en la población infantil de todo el mundo. La prevalencia del trastorno puede variar en función de los criterios diagnósticos adoptados para identificar los casos. Teniendo en cuenta este aspecto, los estudios epidemiológicos realizados en diversos países arrojan cifras de prevalencia que oscilan entre el 4,3 por ciento hallado en una serie de niños chinos de 6-16 años (Liu et al., 2000), al 18,5 por ciento encontrado en niños iraníes de 7-11 años (Mahmoodzadeh, Amestejani, Karamyar y Nikibakhsh, 2013). La prevalencia global en España supera el 10 por ciento, afectando a unos 500.000 niños de 5-14 años (Úbeda, Martínez y Díez, 2005). En todos los estudios consultados se constata que la enuresis nocturna es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, en una proporción de 1,5-2 varones por cada mujer, y que la prevalencia del trastorno disminuye con la edad.

En la actualidad, la definición de enuresis más aceptada por la comunidad científica hace referencia a «la pérdida involuntaria de orina durante el sueño», mientras que si el escape se produce cuando el niño está despierto se habla de incontinencia diurna. De modo que en el momento actual *enuresis* y *enuresis nocturna* son dos términos equivalentes, y el de *incontinencia de orina* ha pasado a sustituir al de enuresis diurna.

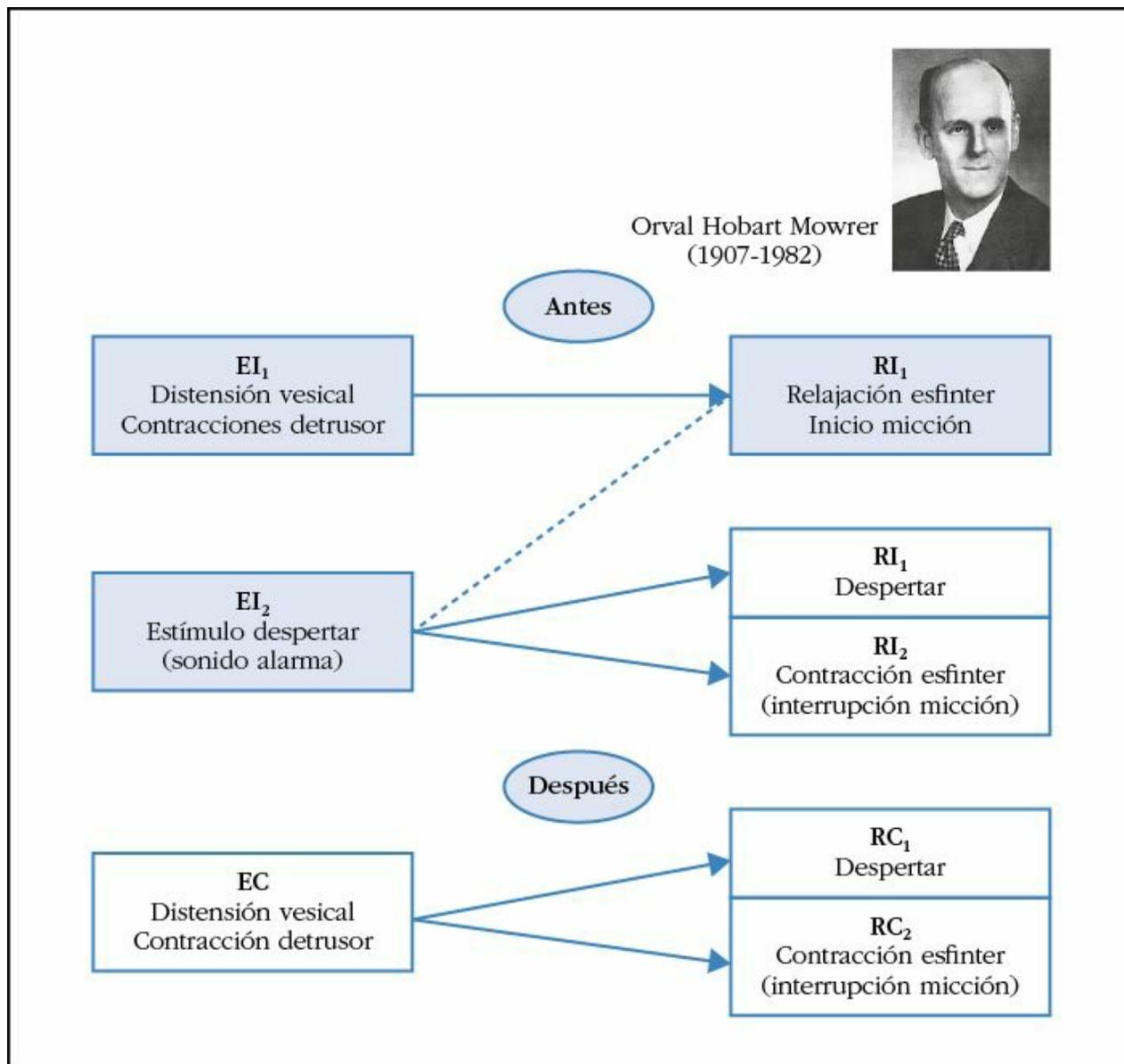
La enuresis nocturna puede ser *monosintomática* o *no-monosintomática*. En el primer tipo, el único síntoma relevante es que el niño se orina cuando duerme, pero no se aprecian síntomas miccionales diurnos que indiquen alguna disfunción vesical. Es decir, la vejiga funciona con total normalidad durante el día. Por el contrario, en la enuresis no-monosintomática la incontinencia nocturna se acompaña de otros síntomas miccionales (v.g.: urgencia, aumento o disminución de la frecuencia miccional, goteo, retraso del vaciado, maniobras retentivas, anomalías en el flujo de orina, disuria, etc.). Según el curso del trastorno, ambas formas de enuresis pueden ser de tipo *primario* (no se ha establecido la continencia durante un tiempo continuado) o *secundario* (la enuresis reaparece después de un período de continencia de 6 meses o más). La enuresis monosintomática de tipo primario es la forma más frecuente, afectando al 80 por ciento de los casos.

## 19.2. EL MÉTODO DE ALARMA

El método de la alarma es la primera opción terapéutica para curar la enuresis nocturna; su porcentaje de éxito se sitúa muy por encima del tratamiento farmacológico y de otros tratamientos psicológicos de dudosa eficacia (Bragado, 2009; Guía Clínica NICE, 2010).

Este procedimiento psicológico fue desarrollado por Orval Hobart Mowrer y Willie Mae Cook (su esposa) en 1938, a partir de los principios del condicionamiento clásico y con el objetivo de enseñar a los niños las dos respuestas clave involucradas en la continencia nocturna: inhibir la orina y despertar ante los estímulos fisiológicos que preceden a la micción (distensión vesical y contracción del detrusor). Con este propósito diseñaron un dispositivo dotado de un sensor de humedad y un timbre que se activaba con la orina (*bell and pad*).

Resumidamente, el proceso de aprendizaje tiene lugar conforme al siguiente esquema: *a)* cuando los sensores detectan la humedad ocasionada por la orina se cierra un circuito eléctrico que activa la alarma; *b)* el sonido de la alarma produce dos efectos: interrumpe la micción (debido a la contracción del esfínter) y despierta al niño, y *c)* al repetir el proceso cierto número de veces se acaba estableciendo una conexión funcional entre los estímulos fisiológicos previos a la micción y las dos respuestas anteriores: contracción de esfínter y despertar (véase figura 19.1). Una vez concluido el entrenamiento, el niño se comportará como lo hacen los niños sin enuresis, es decir, se despertará para ir al baño cuando su vejiga se llene hasta su límite funcional o dormirá durante toda la noche sin orinarse si esto no sucede.



Nota: EI: estímulo incondicionado; EC: estímulo condicionado; RI: respuesta incondicionada; RC: respuesta condicionada.

Fuente: Tomado de Bragado, 2009, p. 182.

Figura 19.1. Proceso de condicionamiento propuesto por Mowrer.

### 19.2.1. Implementación del tratamiento

La puesta en marcha del tratamiento con alarma es relativamente sencilla, aunque para que el método resulte efectivo es imperativo que padres y niños colaboren en el proceso de aprendizaje, siguiendo las indicaciones del terapeuta sobre el protocolo de intervención. Los pasos a seguir incluyen las actuaciones que iremos describiendo a

continuación.

#### 19.2.1.1. Psicoeducación

Esta primera etapa de la secuencia incluye una serie de estrategias comunes a otros tratamientos y que entran dentro del catálogo de lo que se consideran «buenas prácticas». Dichas estrategias incluyen, entre otras, una explicación comprensible sobre la naturaleza del trastorno, la fisiología de la micción, los cambios esperados con el tratamiento y el procedimiento a seguir para conseguir un buen resultado. Es importante desmitificar el problema, desmontar ideas erróneas y enfocar el proceso terapéutico desde la perspectiva del aprendizaje. Desde esta posición, se aconseja discontinuar todas aquellas medidas que puedan interferir con el tratamiento, por ejemplo la restricción de líquidos, los castigos o regañinas por mojar la cama, etc.

En relación al método concreto de la alarma es conveniente realizar una demostración en consulta de cómo funciona el equipo, anticipando posibles problemas en el curso del tratamiento. Por último, el terapeuta debe asegurarse de que padres y niños comprenden que para obtener el éxito es preciso continuar el tratamiento de forma ininterrumpida durante un período aproximado 3-4 meses.

#### 19.2.1.2. Instrucciones de procedimiento

Una vez acordado cuándo se va iniciar el tratamiento, es conveniente explicar y proporcionar por escrito instrucciones detalladas para su correcta aplicación, que resumidamente consisten en:

- a) Pedir al niño que orine antes de ir a dormir.
- b) Colocar y encender el dispositivo de alarma.
- c) Cuando se activa la alarma a consecuencia de un episodio enurético es necesario que el niño se despierte del todo; si no lo hace por sí mismo, tendrán que despertarlo los padres para que tome conciencia de que la alarma está sonando porque se está haciendo pis.
- d) Una vez despierto, tiene que apagar la alarma y dirigirse al cuarto de baño para terminar de orinar en el inodoro, dado que la micción aún no ha concluido.
- e) Cambiar su ropa interior y colaborar en el cambio de las sábanas si se hubieran mojado.
- f) Conectar nuevamente el aparato.
- g) Mantener este régimen hasta alcanzar el criterio inicial de éxito: catorce noches consecutivas secas.

Existen dos tipos de alarmas: «corporales» y de «cama» (*bell and pad*). En las

primeras, el dispositivo de alarma se coloca en la chaqueta del pijama o en la muñeca, mientras que el sensor de humedad se introduce en una especie de compresa de algodón que se acopla a la ropa interior. En las segundas el niño no lleva nada encima, dado que el sensor de humedad (una esterilla de metal, acolchada o no, con los cables integrados) se coloca sobre la cama, mientras la unidad central que contiene el timbre se sitúa sobre la mesilla de noche o en el suelo (véase figura 19.2). Ambos tipos son igualmente efectivos, de modo que el niño puede elegir cuál prefiere.

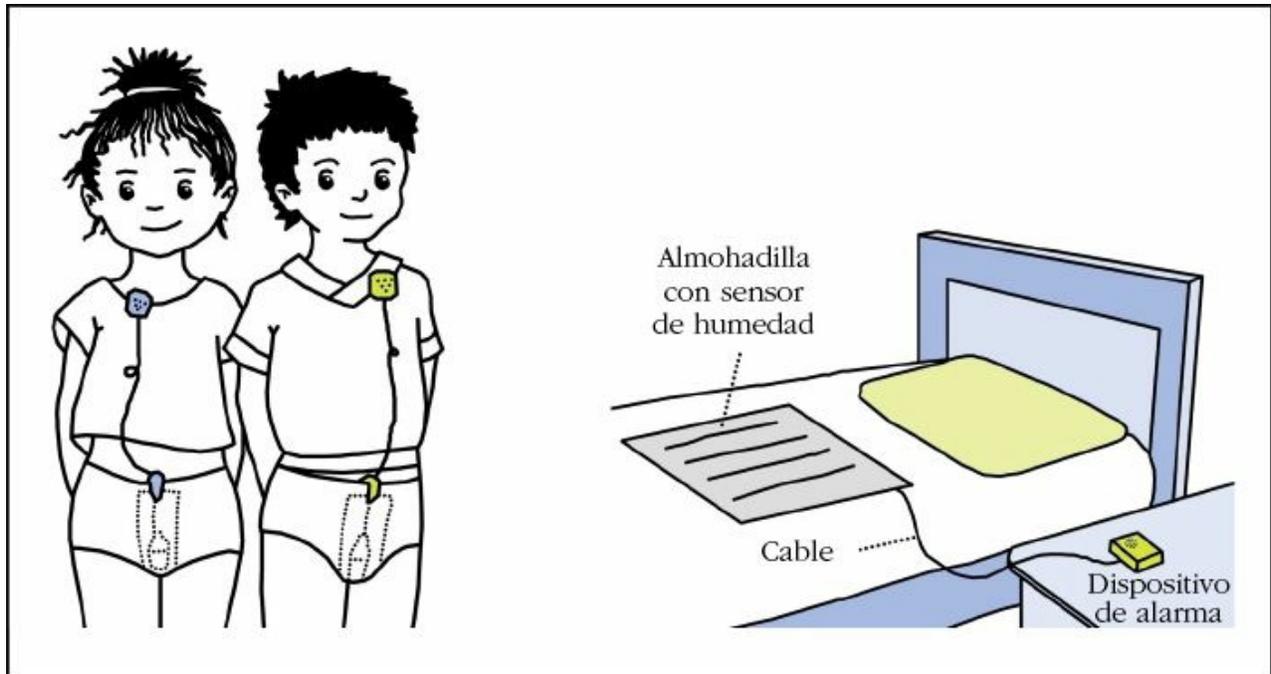


Figura 19.2. Tipos de alarma.

### 19.2.1.3. Sobreaprendizaje

A diferencia del manejo convencional de la enuresis nocturna, que aconseja limitar el consumo de líquidos en la tarde-noche, el método de la alarma hace hincapié en lo contrario: el niño puede beber con libertad durante todo el día y, además, en un momento dado del proceso se le anima a beber una cantidad mayor. La ingestión extra de líquidos se conoce con el nombre de «sobreaprendizaje», y tiene como objetivo promover más ensayos de condicionamiento a fin de fortalecer las respuestas condicionadas (contracción del esfínter y despertar ante el estímulo de una vejiga llena) y prevenir las recaídas al retirar el tratamiento. La mejor forma de instaurar el sobreaprendizaje es siguiendo una pauta gradual (Houts, 2010). Una vez que el niño ha logrado permanecer seco durante 14 noches consecutivas (criterio inicial de éxito), se le anima a beber una cantidad extra de líquido (aproximadamente 120 ml) unos quince minutos antes de retirarse a dormir. Dicha cantidad aumenta progresivamente, en una proporción de 30 ml

cada dos noches seguidas sin mojar la cama, hasta llegar a la cantidad máxima pautada (unos 300 ml). Esta dosis se mantiene hasta conseguir otras 14 noches consecutivas secas, momento en que se da por concluido el tratamiento. En caso de no lograr el criterio en un período de 8 semanas, se suspende la ingestión extra y se continúa el entrenamiento previo (sin sobreaprendizaje).

#### 19.2.1.4. Reforzamiento positivo

El uso del reforzamiento positivo es habitual en los programas conductuales. Por lo que respecta al método de la alarma, el reforzamiento (especialmente el elogio y la alabanza) se aplica a las respuestas objetivo (despertar ante la necesidad de orinar y permanecer seco) y a las conductas de cooperación con el tratamiento.

#### 19.2.1.5. Registros

Registrar las respuestas objetivo antes, durante y después del tratamiento con alarma es fundamental para poder valorar el efecto de la terapia. Un registro estándar debería incluir como mínimo las siguientes observaciones: *a) línea de base*: frecuencia de enuresis, despertar espontáneo (ante la necesidad de orinar o por otras causas) y volumen de orina evacuado (estimación de la capacidad funcional de vejiga); *b) curso del tratamiento*: despertar ante el sonido de la alarma, tamaño de la mancha de orina, despertar ante el deseo de orinar y problemas relacionados con el tratamiento, y *c) seguimiento*: noches mojadas y despertar espontáneo.

### 19.3. POSIBLES PROBLEMAS Y SOLUCIONES

Para que el niño aprenda a despertarse ante la necesidad de orinar mientras duerme es imprescindible que primero se despierte cuando suena la alarma. Uno de los problemas más frecuentes en la aplicación del procedimiento es que muchos niños tienen dificultad para oír la alarma cuando se activa con la orina, especialmente en los primeros días del entrenamiento. Para solucionar este problema se requiere la ayuda de los padres. En concreto, se les instruye para que cuando suene la alarma se levanten y observen qué hace su hijo. Si el niño no se despierta por sí mismo, deben despertarlo ellos (sin apagar la alarma) para que sea consciente de lo que ocurre, y pedirle que la apague y se levante de la cama cuanto antes para terminar de orinar en el inodoro. Algunos autores recomiendan que al llegar al baño se lave la cara para asegurar que se despierta totalmente. Repitiendo esta estrategia, el niño conseguirá oírla en unos pocos días. Para fortalecer el despertar conviene que los padres alaben a su hijo cada vez que se despierte sin ayuda.

Otro problema relativamente frecuente es el abandono del tratamiento antes de agotar el tiempo de entrenamiento máximo estipulado (16 semanas consecutivas). Este problema se ha encontrado asociado a una actitud parental de intolerancia ante la enuresis. Varios estudios han informado de que los padres que se sienten muy molestos con la enuresis de sus hijos tienden a finalizar el tratamiento antes de tiempo en mayor medida que los padres más tolerantes. El mejor modo de prevenir el abandono es programar visitas, llamadas telefónicas o correos electrónicos de supervisión. Además, hay que animar a los padres a que se pongan en contacto con el terapeuta ante cualquier duda o inconveniente que pueda surgir en el curso de la terapia, para buscar la solución más apropiada. Se ha comprobado que una supervisión profesional más estrecha incrementa la probabilidad de éxito y fomenta la motivación de logro.

#### 19.4. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

El método de alarma es el tratamiento de elección para tratar la *enuresis nocturna monosintomática* (la forma más frecuente de enuresis), tanto de tipo primario como secundario. También es el método más indicado para tratar la *enuresis no-monosintomática*, aunque en este caso puede ser necesario complementar el tratamiento con otros procedimientos dirigidos a mejorar los síntomas diurnos que acompañan a la enuresis nocturna. Por ejemplo, los niños con síntomas de urgencia miccional diurna pueden beneficiarse añadiendo al tratamiento con alarma una medicación anticolinérgica (v.g.: oxibutinina).

El mayor inconveniente para pautar el tratamiento con alarma es la falta de motivación de padres o niños para afrontar las demandas del entrenamiento. La falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de fracaso del método de la alarma. De ahí la necesidad de que los padres y sus hijos comprendan bien que el objetivo principal de la terapia es enseñar al niño las conductas involucradas en la continencia, lo que, como en todo proceso de aprendizaje, requiere una participación activa del que aprende (el niño) y del que enseña (padres y terapeuta) para conseguir el éxito final.

El tratamiento con alarma tampoco estaría indicado si lo que se desea es obtener una reducción rápida y a corto plazo de la enuresis, por ejemplo porque el niño tiene que dormir fuera de casa y no hay tiempo suficiente para que la alarma produzca sus efectos. En estos casos se recomienda utilizar un tratamiento farmacológico con *desmopresina*. La desmopresina es un análogo sintético de la hormona antidiurética, cuyos efectos sobre la enuresis se aprecian enseguida, aunque tienden a desaparecer casi con la misma rapidez cuando se retira el fármaco. De hecho, su capacidad para curar la enuresis es muy limitada, dado que el porcentaje de éxito obtenido difícilmente supera la tasa de remisión espontánea. Padres y niños deben conocer estos datos para no sentirse frustrados cuando finalice el tratamiento.

La presencia de otros trastornos concomitantes relativamente frecuentes en los niños con enuresis no es un impedimento para el tratamiento con alarma. Es más, se ha comprobado de forma reiterada que los problemas emocionales y conductuales asociados a la enuresis mejoran cuando ésta se resuelve.

## 19.5. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

**Bragado-Álvarez, C. (2009). *Enuresis nocturna. Tratamientos eficaces*. Madrid: Pirámide.**

Se trata de un libro muy completo en el que se discuten los temas centrales de la enuresis a luz de los avances acaecidos en los últimos años. El texto analiza detalladamente cuáles son los procedimientos más eficaces y efectivos para curar la enuresis, ofreciendo una explicación didáctica y rigurosa de sus fundamentos teóricos, los mecanismos de acción hipotetizados y los resultados obtenidos. Tal vez su virtud más destacada, además de la revisión exhaustiva sobre el tema, es que incluye herramientas muy útiles (registros, cuestionarios, protocolos de intervención, etc.) para que el psicólogo clínico pueda llevar a cabo el tratamiento de manera eficaz y sencilla.

Las dos lecturas que siguen a continuación complementan la anterior. Se trata de dos casos clínicos que pueden servir de guía para la práctica clínica cotidiana desde una perspectiva conductual. En ambos casos se mencionan los problemas encontrados en el curso del tratamiento y las estrategias utilizadas para solventarlos.

**Bragado, C. (1999). Tratamiento de un caso de enuresis nocturna monosintomática con el método de alarma, sobreaprendizaje y práctica positiva. *Clínica y Salud*, 10 (2), 211-229.**

En este artículo se exponen los resultados obtenidos en el tratamiento de un niño de 7 años de edad que sufría enuresis nocturna primaria monosintomática y espina bífida oculta. El niño fue tratado con el método de alarma, sobreaprendizaje y práctica positiva. Se empleó un diseño de retirada (ABAB) con seguimiento, lo que aumenta la certeza de que los cambios conseguidos (curación de la enuresis) se deben al tratamiento empleado y no a otros factores. El problema se resolvió en apenas cuatro meses, sin observar ningún otro episodio de enuresis en dos años de seguimiento. El texto completo está disponible en: <http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Tratamiento+de+un+caso+de+enuresis+nocturna+monosintom%C3%A1tica+cc>

**Gonzálvez, M.T. (2014). Intervención conductual en un caso de enuresis secundaria mixta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 45-52. Disponible en: <http://www.revistapcna.com>.**

En este trabajo se aborda el tratamiento de una niña de 6 años que padecía enuresis (nocturna) e incontinencia diurna. Los problemas diurnos se trataron con entrenamiento en limpieza, refuerzo diferencial y economía de fichas. El tratamiento de la enuresis nocturna fue similar al empleado en el caso anterior: alarma, práctica positiva, entrenamiento en limpieza y manejo de contingencias. Mientras que la incontinencia diurna se resolvió sin dificultad, la enuresis nocturna no se consiguió eliminar por completo después de 12 semanas de entrenamiento, entre otras razones porque la niña no llegó a despertarse por sí misma ante el sonido de la alarma. Se trata de un aspecto que se ha encontrado reiteradamente asociado al fracaso.

### **Internet**

Existen numerosas páginas web que abordan el problema de la enuresis con más o menos acierto. Entre ellas destacamos las siguientes:

**Universidad Autónoma de Madrid:** <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/>  
**Asociación Española de Pediatría:** <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-nefrologia>.  
**Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria:** <http://www.sepeap.org>.  
**Asociación Española de Nefrología Pediátrica:** <http://www.aenp.es>.  
**Asociación de Familiares y Pacientes con Enuresis:** <http://www.afypen.org>.

Finalmente, aunque las siguientes páginas están escritas en inglés, resulta obligado mencionarlas, por su gran contribución al conocimiento de un trastorno que ha preocupado a padres y niños durante siglos, lo que resalta la importancia cultural otorgada al fenómeno enurético.

**International Children's Continenence Society:** <http://www.i-c-c-s.org>.  
**National Institute for Health and Care Excellence:** <http://www.nice.org.uk>.

## **19.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Bragado Álvarez, C. (2009). *Enuresis nocturna. Tratamientos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Guía Clínica NICE-111 (2010). *Nocturnal enuresis: The management of bedwetting in children and young people*. National Institute for Health and Clinical Excellence, London. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG111/Guidance>.
- Houts, A. (2010). Behavioral treatments for enuresis. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (eds.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: The Guilford Press.

- Liu, X., Sun, Z., Uchiyama, M., Li, Y. y Okawa, M. (2000). Attaining nocturnal urinary control, nocturnal enuresis, and behavioral problems in Chinese children aged 6 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1557-1564.
- Mahmoodzadeh, H., Amestejani, M., Karamyar, M. y Nikibakhsh, A. (2013). Prevalence of nocturnal enuresis in school aged children. The role of personal and parents related socio-economic and educational factors. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(1), 59-64.
- Mowrer, H. O. y Mowrer, M.W. (1938). Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8(3), 436-459.
- Úbeda, M., Martínez, R. y Díez, J. (2005). Guía de práctica clínica: enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, Supl. 3. Disponible en: [http://www.aepap.org/sites/default/files/gpc\\_367.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/gpc_367.pdf).

# 20. NEUROFEEDBACK COMO TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

VICTORIA MEISEL ROMERO, GLORIA GARCÍA-BANDA GARCÍA, MATEU SERVERA  
BARCELÓ Y JACOBO PICARDO TEJERA

## 20.1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más prevalentes en la infancia (alrededor del 5%), con un gran impacto en la vida familiar, escolar y en el desarrollo del niño. El DSM-V lo define como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por niveles inadecuados de inatención, y/o hiperactividad e impulsividad. En la práctica clínica, las intervenciones más utilizadas para este trastorno son el tratamiento psicológico (psicoeducación, entrenamiento para padres, terapia conductual y cognitivo-conductual) y el tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico ha demostrado su eficacia; sin embargo, presenta importantes limitaciones (10-30% de los pacientes no responde bien a la medicación o presentan efectos secundarios). La eficacia del tratamiento psicológico en la reducción de la sintomatología del TDAH es limitada en comparación a la medicación (por lo que se recomienda en la mayoría de los casos un tratamiento multimodal, que incluya medicación y tratamiento psicológico). Por otro lado, los efectos de estas intervenciones no suelen mantenerse a largo plazo. Todo esto indica la necesidad de intervenciones efectivas alternativas y/o complementarias para el tratamiento del TDAH.

## 20.2. FUNDAMENTOS DEL NEUROFEEDBACK

El neurofeedback (NF) es un entrenamiento de la actividad eléctrica cerebral, que utiliza la tecnología del electroencefalograma (EEG) y los principios del condicionamiento operante, es decir, el aprendizaje mediante el refuerzo. El NF tiene como objetivo desarrollar estrategias de autorregulación de la actividad eléctrica del cerebro. Este tratamiento lleva más de 30 años aplicándose, y ha sido particularmente estudiado en el TDAH y en la epilepsia. Durante el entrenamiento de NF, la actividad eléctrica cerebral de la persona es registrada mediante un EEG; esta señal es filtrada y exportada al ordenador, para ser presentada en forma de ondas cerebrales o en forma de un juego.

Así, la persona recibe retroalimentación o feedback de la actividad de su cerebro en forma de juego de ordenador, y gana puntos cuando ciertos patrones cerebrales cambian en la dirección deseada. En otras palabras, cuando el paciente va entrenando sus actividad cerebral y cumple unos criterios establecidos, va recibiendo reforzamiento visual (el videojuego va avanzando y gana puntos) y auditivo (oye sonidos que indican que va ganando puntos). La información continuada de la propia actividad cerebral y el reforzamiento simultáneo inducen al cerebro a prolongar determinados patrones cerebrales que se traducen en patrones de conducta deseados (v.g.: la disminución de las ondas theta y el aumento de las ondas beta se han relacionado con un estado de atención y concentración; véanse figuras 20.1 y 20.2).



Figura 20.1. Paciente durante una sesión de neurofeedback.



Figura 20.2. Ejemplo de un juego de ordenador, mediante el cual el paciente recibe el feedback o retroalimentación.

### 20.3. PROPIEDADES DEL EEG

El EEG representa la actividad eléctrica espontánea y continuada del cerebro, sobre todo en el córtex. La actividad cortical está regulada por las estructuras subcorticales, particularmente el tálamo. Las tres formas más comunes de categorizar el EEG son por velocidad, tamaño y morfología. La velocidad corresponde a la frecuencia de la onda y se mide en ciclos por segundo o hercios (Hz). El tamaño se refiere a la amplitud de la onda y se mide en microvoltios. La morfología o la forma se describe categóricamente, por ejemplo si es puntiaguda, cuadrada, etc. En el NF nos interesa especialmente la frecuencia y la amplitud de la onda.

El EEG se filtra en rangos definidos según la frecuencia. Así, las ondas que van de 1-4 Hz se denominan delta, de 4-8 Hz theta, de 8-12 Hz alpha, de 12-15 Hz ritmo sensorio-motor (un tipo de actividad de *low beta*) y de 13 a 21 Hz beta (Lofthouse, McBurnett, Arnold y Hurt, 2011). Cada una de estas ondas está relacionada con un estado funcional cerebral. Delta está relacionada con un estado de sueño profundo, sin conciencia. Theta está asociada a un estado de adormecimiento y ensoñación. Alpha aparece cuando nos relajamos y se asocia a un estado de meditación; el ritmo sensorio-motor está relacionado con un estado de calma y de control motor. Y finalmente, beta está relacionada con estados de atención y de alerta. Aparte de esta actividad eléctrica global, existen patrones más específicos y lentos que los ritmos habituales del EEG. Estos patrones son denominados potenciales evocados (*event-related potentials* [ERP]). Un grupo específico de ERP son los potenciales corticales lentos (*slow cortical potentials* [SCP]), y son pequeños cambios en el EEG (duran entre cientos de milisegundos y varios segundos) elicitados por algún estímulo o evento que reflejan el nivel de excitación del área cortical subyacente.

El NF se fundamenta en los déficits electrofisiológicos encontrados en personas con TDAH, y en el hecho de que varios parámetros del EEG humano se pueden controlar y modificar por medio de un entrenamiento que exhiba en tiempo real los cambios que se desarrollan continuamente en el EEG.

## 20.4. PROTOCOLOS DE ENTRENAMIENTO

Los protocolos de NF comúnmente utilizados para el TDAH son el entrenamiento theta/beta y el entrenamiento de SCP. El primero consiste en mantener un estado de activación cortical (estado atento y de concentración, pero relajado) mediante la disminución de las ondas theta y aumento de las ondas beta (algunas veces solapándose con el ritmo sensorio-motor [RSM] cuando se requiere reducir la hiperactividad). Este entrenamiento se suele fundamentar en estudios que indican un aumento de la actividad frontal de theta, y (en menor medida) un incremento de la actividad de delta y una disminución en la actividad de las ondas alpha y beta en pacientes con TDAH (Barry, Clarke y Johnstone, 2003; Clarke, Barry, McCarthy y Selikowitz, 2011). El segundo protocolo, el entrenamiento SCP, se basa en la regulación y control de los SCP, apuntando así a la regulación de los niveles de excitabilidad cortical (consiste en mantener un estado de alta excitabilidad cuando se requiera, así como un estado de baja excitabilidad o inhibición). Este protocolo se basa en las anomalías encontradas en los potenciales corticales lentos en pacientes con TDAH, tales como reducción de los componentes P300, que reflejan atención, inhibición y control cognitivo y desviaciones en la variación negativa contingente (Barry, Johnstone y Clarke, 2003). El protocolo más utilizado suele ser el entrenamiento theta/beta. Sin embargo, ambos protocolos han presentado una eficacia similar.

## 20.5. APLICACIÓN: ¿EN QUÉ CONSISTE UNA SESIÓN DE TRATAMIENTO DE NF?

Este tratamiento suele aplicarse a niños de entre 7 y 14 años, y aunque se puede suponer que jóvenes y adultos se beneficiarán de esta intervención, en la actualidad no hay muchos estudios que apoyen la eficacia de este tratamiento en este rango de edad. Antes de iniciar el tratamiento con NF será necesario realizar una evaluación completa de la historia del cliente, de la sintomatología básica y asociada, así como una evaluación neuropsicológica y electroencefalográfica. La presencia de otros trastornos comórbidos podría afectar el curso del tratamiento (por ejemplo, la presencia del trastorno negativista desafiante podría afectar la adherencia al tratamiento, y habría que trabajar conjuntamente con el paciente esta problemática). Además, es muy importante plantear los objetivos del entrenamiento con el cliente y sus padres.

El entrenamiento con NF, si se trata de casos simples de TDAH que no incluyan comorbilidades con otros trastornos, puede basarse en un solo canal de EEG. En este caso, se requiere la correcta colocación de tres electrodos. En un montaje monopolar, uno de los electrodos (tierra o *ground*) se puede colocar en el lóbulo de la oreja. El segundo electrodo registra los datos de la actividad eléctrica y se denomina «activo»;

generalmente (en el tratamiento para el TDAH) se coloca en la posición Cz o Fcz, según el Sistema Internacional de Clasificación 10/20 (este es el sistema de posicionamiento de electrodos utilizado a nivel internacional). Y el tercer electrodo se le llama «referencia», y puede colocarse en el otro lóbulo de la oreja.

El entrenamiento suele consistir en la fijación de unos umbrales u objetivos, a los que el cliente debe acomodar y controlar su amplitud de onda. Es un proceso de aprendizaje, donde los umbrales definen el nivel de dificultad, que a su vez determina el reforzamiento que podrá tener u observar el cliente. Así, cuando se cumplen las condiciones el sujeto es reforzado (este refuerzo se le presenta en forma de juego con sonido, puntos, etc.). El terapeuta debe ir comprobando durante la sesión si el cliente llega con excesiva facilidad al objetivo o por el contrario le cuesta mucho. Generalmente esto se controla a través de determinar el porcentaje de tiempo que se exige para cumplir el criterio. Es decir, en un protocolo theta/beta el reforzamiento se obtendría, por ejemplo, si el cliente logra estar por encima del umbral de beta que se ha fijado, el 70% del tiempo; y simultáneamente por debajo (ya que pretendemos inhibir) del umbral de theta, el 80% del tiempo. Estos porcentajes se programan debido a que se asume que la persona no puede estar siempre por encima del umbral de beta y por debajo de theta. Si el cliente muestra excesiva facilidad o dificultad a la hora de conseguir el objetivo, el terapeuta puede cambiar estos porcentajes (véase figura 20.3).



Figura 20.3. Pantalla del ordenador durante una sesión de neurofeedback que indica el rendimiento del paciente en términos de ondas cerebrales.

El tratamiento de NF tiene una duración de 25-40 sesiones (las sesiones suelen implicar entre 25-40 minutos de entrenamiento). Algunos autores recomiendan que el entrenamiento se lleve a cabo dos veces por semana, con un día de descanso intermedio. En la práctica, la disponibilidad del cliente marcará un poco la pauta y la intensidad de las sesiones.

En general, se suele emplear uno de los protocolos antes descritos (theta/beta o SCP), pero según el perfil del cliente también se puede combinar el entrenamiento de theta/beta y el SCP. Algunos clientes (generalmente los de menor edad) lograrán entrenar con más facilidad utilizando el protocolo theta/beta, ya que el entrenamiento SCP requiere que la persona esté lo suficientemente quieta y relajada para evitar los artefactos o interferencias que producen los movimientos oculares y corporales, y así avanzar en el entrenamiento.

## 20.6. INDICACIONES

¿Qué aspectos son relevantes para que este tratamiento sea exitoso? Ante todo, se debe tener presente que el NF es un proceso de aprendizaje que utiliza los mecanismos del condicionamiento operante, y por tanto se deben cumplir ciertos supuestos básicos de la teoría de aprendizaje para que esta terapia funcione (véase Sherlin et al., 2011). Por ejemplo, que el *feedback* sea simultáneo es importante, ya que el tiempo de aparición del refuerzo es crítico para el aprendizaje. El tipo de *feedback* es también relevante. Los juegos muy complejos (y «divertidos») suelen ser contraproducentes, ya que eclipsan la asociación de la respuesta y el reforzador.

Otro criterio que de manera especial facilitará el proceso de aprendizaje es la generalización de las estrategias a la vida cotidiana. En la práctica clínica será de gran utilidad combinar el entrenamiento de la actividad cerebral con estrategias de generalización para la vida diaria. Así, una sesión de NF debería incluir una serie de ejercicios y deberes que ayuden al cliente a relacionar estos estados de atención y concentración o relajación (en el caso del entrenamiento basado en la regulación de SCP), ejercitados durante el NF, con actividades y situaciones cotidianas. De esta manera, el paciente puede aplicar lo aprendido (el «control» adquirido de su propio estado mental) en acciones particulares y en situaciones que lo requieran (por ejemplo, concentración durante un examen, haciendo las tareas escolares, etc.). Entre las estrategias de generalización utilizadas se encuentra la de hacer deberes del colegio o algún ejercicio que requiera concentración mientras el niño está conectado al aparato de NF (recibiendo retroalimentación de manera habitual). Otra forma de facilitar la transferencia de las estrategias de autorregulación a la vida cotidiana es la aplicación de ensayos donde no se le da *feedback* al cliente durante un período determinado y sólo al final se le indica si ha sido «correcto o incorrecto». Durante el entrenamiento, que el paciente verbalice la estrategia mental que ha utilizado durante un ensayo exitoso suele también ayudar a que tome conciencia de cómo adquirir cierto estado mental. Entre otros ejercicios se encuentran aquellos que el paciente debe hacer por sí solo en casa, los cuales le ayudarán a recordar y a utilizar su capacidad de control en la vida diaria. Varios expertos sugieren que un entrenamiento exitoso de NF en niños con TDAH dependerá en gran parte de ejercitar la generalización. En suma, este entrenamiento ayudará a que el paciente traduzca el control aprendido a comportamientos específicos y situaciones particulares, fuera de la consulta y sin el *feedback*.

## 20.7. POSIBLES PROBLEMAS Y SOLUCIONES

El NF implica un proceso de aprendizaje largo y exigente, tanto para el niño como para el terapeuta. La motivación es crucial durante el proceso, y el terapeuta debe

asegurarse de que el paciente se comprometa a seguir el entrenamiento con ganas y esfuerzo. Pequeños premios ayudarán a mantener la motivación. Los padres deberán también contribuir en este respecto y animarles durante el proceso. El entrenamiento suele ser novedoso al inicio, y luego puede volverse monótono e incluso a veces aburrido para el paciente. Recordemos que los juegos son los mismos y no deberían ser muy complejos (es decir, no «muy divertidos») para favorecer el aprendizaje. Por tanto, el terapeuta deberá motivar al cliente constantemente, reforzándolo verbalmente por su esfuerzo y sus logros, ya que la motivación será muy importante para obtener buenos resultados.

## 20.8. EFICACIA DEL NF EN EL TDAH

Hasta la fecha, varios estudios han informado de la eficacia del NF. La proliferación de ensayos clínicos cada vez más rigurosos y de resultados más claros ha hecho que en algunos ámbitos se considere ya un tratamiento clínicamente efectivo para niños y niñas con TDAH (Arns, Heinrich y Strehl, 2013). Nuestro grupo de investigación ha realizado un estudio aleatorizado y controlado para comparar la eficacia del NF y el tratamiento farmacológico estándar conjuntamente con la Universidad de Sevilla. Los resultados informan de una mejora similar para los participantes que reciben medicación y NF, e indican que los efectos del NF pueden mantenerse a largo plazo. Sin embargo, es importante resaltar que nuestros resultados también sugieren que el NF puede ser eficaz por sí mismo en algunos pacientes con TDAH, pero en otros es eficaz en combinación con tratamiento farmacológico (Meisel, Servera, García-Banda y Moreno, 2013).

A pesar de que el NF ha demostrado ser una intervención beneficiosa para pacientes con TDAH en cada vez más estudios, en la actualidad no es considerado una terapia estándar para el tratamiento del TDAH. Esto se debe en gran parte a las limitaciones metodológicas que varios de estos estudios presentan, y a la falta de claridad que aún existe en relación a su mecanismo de acción. En conclusión, el NF ha demostrado una eficacia considerable en el tratamiento del TDAH; sin embargo, es necesario seguir estudiando de manera controlada los efectos que tiene a corto y a largo plazo, así como las variables mediadoras y los posibles mecanismos de acción.

## 20.9. RECURSOS

### Lecturas recomendadas

#### **Manual general sobre los fundamentos y la aplicación del neurofeedback:**

Demos, J. N. (2005). *Getting started with neurofeedback*. Nueva York: W.W. Norton &

Company.

### **Introducción a conceptos básicos de Psicofisiología para el manejo del neurofeedback:**

Thompson, M. y Thompson, L. (2003). *The Neurofeedback Book: An Introduction to Basic Concepts in Applied Psychophysiology*. Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology (AAPB).

### **Aspectos fundamentales y recomendaciones para la aplicación del neurofeedback en el TDAH:**

Gevensleben, H., Rothenberger, A., Moll, G. H. y Heinrich, H. (2012). Neurofeedback in children with ADHD: validation and challenges. *Expert review of Neurotherapeutics*, 12, 447-460. doi: 10.1586/ern.12.22.

### **Internet**

### **Información general acerca del neurofeedback de la Sociedad Internacional de Neurofeedback e Investigación:**

International Society for Neurofeedback and Research:

<http://www.isnr.net/neurofeedback-info/info-articles-books-dvds.cfm>.

## **20.10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Arns, M., Heinrich, H. y Strehl, U. (2013). Evaluation of neurofeedback in ADHD: The long and winding road. *Biological Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.11.013.

Barry, R. J., Clarke, A. R. y Johnstone, S. J. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. *Clinical Neurophysiology*, 114, 171-183. doi: 10.1016/j.biopsycho.2009.04.027.

Barry, R. J., Johnstone, S. J. y Clarke, A. R. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Event-related potentials. *Clinical Neurophysiology*, 114, 184-198. doi:10.1016/S1388-2457(02)00362-0.

Clarke, A. R., Barry, R. J., McCarthy, R. y Selikowitz, M. (2011). Correlation between EEG activity and behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Neurotherapy*, 15, 193-199. doi:10.1080/10874208.2011.595295.

Lofthouse, N., McBurnett, K., Arnold, E. y Hurt, E. (2011). Biofeedback and Neurofeedback treatment for ADHD. *Psychiatric Annals*, 41, 42-48. doi:10.3928/00485713-20101221-07.

- Meisel, V., Servera, M., García-Banda, G., Cardo, E. y Moreno, I. (2013). Neurofeedback and standard pharmacological intervention in ADHD: a randomized controlled trial with six-month follow-up. *Biological Psychology*, *94*, 12-21. doi:/dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.04.015.
- Sherlin, L. H., Arns, M., Lubar, J., Heinrich, H., Kerson, C., Strehl, U. y Sterman, M. B. (2011). Neurofeedback and basic learning theory: implications for research and practice. *Journal of Neurotherapy*, *15*, 292-304. doi: 10.1080/10874208.2011.623089.

Director: Francisco J. Labrador

Edición en formato digital: 2014

© Juan M. Ortigosa Quiles (Coord.), Francisco X. Méndez Carrillo (Coord.) y Antonio Riquelme Marín (Coord.),  
2014

© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2014  
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15  
28027 Madrid  
[piramide@anaya.es](mailto:piramide@anaya.es)

ISBN ebook: 978-84-368-3253-2

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

[www.edicionespiramide.es](http://www.edicionespiramide.es)

# Índice

Introducción	10
Parte primera. Planteamiento terapéutico	13
1. La relación terapéutica con el niño y el adolescente	14
1.1. Introducción	14
1.2. Variables del terapeuta	16
1.3. Variables del niño como cliente	25
1.4. La relación terapéutica	26
1.5. Algunos aspectos éticos en el trabajo con niños y adolescentes	30
1.6. Recursos	32
1.7. Referencias bibliográficas	33
2. El papel de los padres en los tratamientos psicológicos	35
2.1. Introducción	35
2.2. La participación de los padres en el tratamiento psicológico	38
2.3. Problemas frecuentes y potenciales soluciones	45
2.4. Alcance y limitaciones	47
2.5. Recursos	47
2.6. Referencias bibliográficas	48
3. La colaboración de los profesores y de la escuela	50
3.1. Introducción	50
3.2. ¿Por qué es necesaria la colaboración del profesor en el tratamiento de las conductas problemáticas surgidas en el contexto escolar?	51
3.3. Áreas en las que ha intervenido el profesor como coterapeuta	52
3.4. El entrenamiento a profesores	54
3.5. Algunos problemas y sus soluciones	65
3.6. Recursos	66
3.7. Referencias bibliográficas	67
Parte segunda. Procedimientos emocionales	69
4. Técnica de relajación muscular, respiración profunda y visualización	70
4.1. Introducción	70
4.2. Fase educativa	71
4.3. Fase de entrenamiento	71
4.4. Fase de aplicación	80
4.5. ¿Qué hacer si...?	81

4.6. Recursos	84
4.7. Referencias bibliográficas	85
5. Exposición	87
5.1. Concepto	87
5.2. Aplicación	88
5.3. Problemas y soluciones	97
5.4. Indicaciones y contraindicaciones	101
5.5. Recursos	101
6. Educar en emociones	104
6.1. Introducción	104
6.2. La educación en emociones	105
6.3. Aplicaciones	107
6.4. Conclusión	116
6.5. Recursos	116
6.6. Referencias bibliográficas	117
<b>Parte tercera. Procedimientos conductuales</b>	<b>119</b>
7. Control estimular	120
7.1. Antecedentes, conductas y consecuencias: el papel de los estímulos en la regulación del comportamiento	120
7.2. Instrucciones y reglas como pieza clave en el control estimular	121
7.3. Otras modalidades de control estimular	134
7.4. Recursos	135
7.5. Referencias bibliográficas	136
8. Reforzamiento positivo	137
8.1. Introducción	137
8.2. Programa de reforzamiento positivo: procedimiento	140
8.3. Técnicas basadas en el reforzamiento positivo para la adquisición de nuevas respuestas	146
8.4. Aplicaciones	151
8.5. Recursos	153
8.6. Referencias bibliográficas	155
9. Reforzamiento diferencial, extinción y castigo	157
9.1. Procedimientos para reducir conductas: consideraciones generales	157
9.2. Reforzamiento diferencial (RD)	158
9.3. Extinción	161
9.4. Procedimientos de castigo	164

9.5. Recursos	174
9.6. Referencias bibliográficas	176
10. Sistemas de organización de contingencias: economía de fichas y contrato conductual	177
10.1. Introducción	177
10.2. Economía de fichas	177
10.3. Contrato conductual	187
10.4. Referencias bibliográficas	191
11. Habilidades sociales	193
11.1. Introducción	193
11.2. Técnicas de intervención en habilidades sociales	196
11.3. Posibles problemas y soluciones	202
11.4. Indicaciones y contraindicaciones	205
11.5. Recursos	208
11.6. Referencias bibliográficas	209
<b>Parte cuarta. Procedimientos cognitivos</b>	<b>210</b>
12. Terapia cognitiva	211
12.1. Requisitos mínimos para poder aplicar terapia cognitiva en niños y adolescentes	211
12.2. Terapia cognitiva para niños y adolescentes	213
12.3. Diez problemas habituales usando terapia cognitiva	220
12.4. Recursos	223
13. Diálogo interno y autoinstrucciones	224
13.1. Concepto	224
13.2. Procedimiento	227
13.3. Dificultades en la aplicación de la técnica	232
13.4. Indicaciones y eficacia de la técnica	234
13.5. Referencias bibliográficas	236
14. Resolución de problemas para niños y adolescentes	238
14.1. Introducción	238
14.2. Técnicas de resolución de problemas para niños pequeños	239
14.3. Técnicas de resolución de problemas para niños mayores y adolescentes	252
14.4. Bibliografía clásica	259
14.5. Recursos actuales	259
<b>Parte quinta. Procedimientos diversos</b>	<b>260</b>

15. Cuando los cuentos son la solución	261
15.1. En el inicio todo es un cuento	261
15.2. Vamos a crear un cuento	262
15.3. Recursos	271
16. Jugando en la consulta	274
16.1. Con el juego descubrimos...	274
16.2. Cuestiones a tener en cuenta para jugar en y con la terapia	277
16.3. Los juegos que ayudan... en consulta y fuera de ella	281
16.4. Juegos para las fobias... de cualquiera	283
16.5. Recursos	286
17. Uso de las tecnologías de la información y la comunicación	288
17.1. Introducción	288
17.2. Realidad virtual (RV) y tratamientos psicológicos	288
17.3. Realidad aumentada (RA) y tratamientos psicológicos	292
17.4. Un programa de tratamiento con realidad virtual para la fobia a la oscuridad	295
17.3. Conclusión	302
17.4. Recursos	302
17.5. Referencias bibliográficas	303
18. Modelado	305
18.1. Introducción	305
18.2. Funciones del modelado	305
18.3. Las cuatro fases del modelado	306
18.4. Un ejemplo de aplicación del modelado	309
18.5. Las 16 reglas de oro del modelado	311
18.6. El terapeuta como modelo	314
18.7. ¿Qué hacer si...?	314
18.8. Recursos	315
19. El método de alarma para la enuresis	317
19.1. Introducción	317
19.2. El método de alarma	318
19.3. Posibles problemas y soluciones	322
19.4. Indicaciones y contraindicaciones	323
19.5. Recursos	324
19.6. Referencias bibliográficas	325
20. Neurofeedback como tratamiento para el trastorno por déficit de atención e	

hiperactividad	327
20.1. Introducción	327
20.2. Fundamentos del neurofeedback	327
20.3. Propiedades del EEG	329
20.4. Protocolos de entrenamiento	330
20.5. Aplicación: ¿en qué consiste una sesión de tratamiento de NF?	330
20.6. Indicaciones	333
20.7. Posibles problemas y soluciones	333
20.8. Eficacia del nf en el TDAH	334
20.9. Recursos	334
20.10. Referencias bibliográficas	335
Créditos	337