



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía

Escuela de Psicología

***Plan de intervención terapéutico para el caso de un niño de 5 años
con agresividad.***

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

Licenciada en Psicología Clínica

Autora: Ana María Espinosa Alvarado.

Directora: Ana Lucía Pacurucu.

Cuenca, Ecuador.

2010

Dedicatoria:

Este trabajo se lo dedico a mi familia por apoyarme durante su realización y por todo el amor que siempre me dan, a mis compañeras del trabajo por su paciencia, los permisos y el apoyo, a mis amigas por sus alientos y ánimos constantes, y especialmente a mi abuela Berenice que está en el cielo y desde allá debe estar muy orgullosa, a pesar de que no alcanzó a ver lo que estuvo esperando, y a mi abuela Olguita, por todo el cariño y ejemplo de valentía que significa en mi vida.

ÍNDICE:

Dedicatorias	I
Índice	II
Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	IV
Capítulo I Marco Teórico	1
Diferentes conceptos de Agresividad	1
Teoría de McLean.....	2
Teoría de los supuestos Endócrinos.....	3
Teoría Cognitivo Conductual (Precusores).....	4
Orígenes y Elementos del Modelo Cognitivo	6
Teoría del Aprendizaje Social de Bandura	8
Conclusiones acerca de la Agresividad	10
Capítulo II Diagnóstico y evaluación del Caso	12
Entrevistas	12
Entrevista a la madre	12
Entrevista a la maestra.....	14
Entrevista al niño	16
Entrevista y observación al niño.....	16
Aplicación de Reactivos al niño	18
Revisión de la Historia Clínica del niño	21
Comparación y validación de los resultados del caso con el DSMIV	24
Establecer un diagnóstico preciso y confiable del niño.....	27

Capítulo III: Estrategias y Recursos	28
Psicoeducación a la madre.....	28
Técnica de resolución de problemas.....	31
Entrenamiento en habilidades sociales.....	32
Confrontación al niño.....	36
Técnicas de relajación.....	39
Material y espacio para la terapia.....	44
Capítulo IV: Plan de Intervención durante la terapia	46
Establecimiento del Rapport.....	46
Tiempo de duración de la terapia.....	47
Número de sesiones y estructura de la terapia.....	48
Actividades extras para madre y maestras.....	52
Cierre de la terapia.....	52
Conclusiones del trabajo de tesis	54
Anexos	56
Bibliografía	57

Resumen

El presente trabajo de tesis se trata de un plan terapéutico basado en la terapia cognitivo conductual para aplicar a un caso de agresividad de un niño de 4 años y medio de edad. Este plan puede servir para cualquier caso de agresividad en niños de esta edad o mayores. Contiene tanto un marco teórico como la descripción y modos de aplicación de diferentes técnicas muy eficientes para esta clase de problemas. Además contiene métodos de recolección de datos, evaluación y diagnóstico que serán de gran utilidad para tratar este tipo de trastornos, que son muy comunes en la edad temprana.

Ana María Espinosa Alvarado

Psicología Clínica.

ABSTRACT

This thesis deals with a therapeutic plan based on behavioral cognitive therapy to be applied in a case of aggression in a four and a half year old. This plan is transferable to any case of aggression in children of this age or older. It has, as well as a theoretical framework, a description and ways of applying the different techniques most effectively in these types of problems. Furthermore, it has methods of data collection, evaluation, and diagnostics that will be of great use to treat these types of disorders, which are very common in young children.



A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping letters.

Introducción

El presente trabajo de tesis está diseñado para trabajar con niños agresivos y es de gran interés para la sociedad debido a que en la actualidad el nivel de delincuencia crece cada día más, a causa de la falta de oportunidades y las desigualdades sociales que existen en nuestro país.

Es importante entonces, prevenir estos problemas, antes que tratar de remediarlos demasiado tarde, cuando la personalidad de estos individuos ya esté formada y castigarlos con cárcel y después de haber dejado consecuencias nefastas para los demás.

Es importante mejorar la calidad de vida emocional de estos niños, que prolemente, si no obtienen ayuda, en el futuro constituyan un problema para nuestra sociedad.

Es necesario también hacer una campaña para mejorar las relaciones afectivas en las familias, dar mejor trato a los niños, respetar sus derechos y enseñarles a ser unas personas de bien, con palabras y con ejemplos, para que ellos, nos devuelvan frutos de la misma manera.

Entonces, este trabajo constituye un método de prevención, aplicable a cualquier tipo de problemas de agresividad, ya que para que exista un futuro mejor, con adultos más éticos y sanos, deben existir mejores hogares y una mejor educación desde niños.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO.

La agresividad.

Definición de la Agresividad según autores:

La definición para la palabra agresividad viene del latín "agredí" que significa "atacar". Implica que alguien está decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto incluso si ello significa que las consecuencias podrían causar daños físico o psíquico (Pearce, 1995). Para Dollard, Miller, Mowrer y Sear (1939) es una conducta cuyo objetivo es dañar a una persona o a un objeto.

Buss (1961), define a la agresividad como una respuesta consistente en proporcionar un estímulo nocivo a otro organismo.

Bandura (1973) dice que es una conducta perjudicial y destructiva que socialmente es definida como agresiva.

Patterson (1977) dice que la agresión es "un evento aversivo dispensando a las conductas de otra persona". Utiliza el término "coerción" para referirse al proceso por el que estos eventos aversivos controlan los intercambios diádicos.

Revisando las diferentes definiciones podemos concluir que la agresividad es cualquier forma de conducta que pretende causar daño físico o psicológico a alguien, mediante golpes, insultos, burlas y amenazas además tiene como característica que es un tipo de comportamiento claramente intencionado.

Hay diferentes teorías acerca de las posibles causas de la agresividad, que van desde los inicios de la humanidad y de la evolución y la biología del hombre como tal, hasta teorías de aprendizaje que ponen al ambiente externo en el que se desenvuelve el individuo como el causante y reforzador del mismo.

Dentro de las teorías más conocidas de la agresividad relacionadas con la biología del individuo tenemos:

La teoría de McLean:

La cual habla de que el cerebro humano está constituido por 3 subsistemas, los mismos que son: el cerebro básico o reptiliano, el cerebro emocional y el neocortex.

El **cerebro reptiliano** sería aquel que es el menos evolucionado, se refiere al que maneja nuestras pautas de conducta para la sobrevivencia como la recolección, caza, emparejamiento, dominio y dentro de este estaría también la agresión. Este es un tipo de cerebro que no nos lleva al razonamiento sino mas bien a la pura intuición, incluso podríamos decir que es el que maneja nuestros comportamientos amorales debido a que es mas instintivo. Dentro de estos comportamientos amorales podríamos señalar la competitividad, ya que los demás serán percibidos como rivales y diferentes en el camino a la supervivencia. Esto podría ser lo que influye en las personas actualmente para que se genere el racismo y las tribus urbanas, grupos de tanta influencia en la actualidad.

El **segundo cerebro** hace referencia a los **afectos** y se encuentra a nivel anatómico en el sistema hipocampo-amígdala. Este cerebro sobre todo es capaz del aprendizaje, del recuerdo, de la lucha, en conclusión, nos permite operaciones mucho más complejas.

El **tercer cerebro** es más complejo y estructurado aún, intervienen los dos anteriores pero siendo modulados por el neocortex, y este nos permite no solo el recuerdo sino la **anticipación del futuro**, lo que podría explicar como pensamos cuando vamos a

enfrentarnos a alguien, lo que nos imaginamos acerca de este enfrentamiento y lo que sentimos acerca del mismo.

Teoría de los Supuestos Endócrinos:

También podríamos mencionar la Teoría de los supuestos endócrinos, la misma que habla de la influencia de las hormonas para el comportamiento agresivo. Esta teoría establece que hay diferentes hormonas que controlan el antes y el durante la conducta agresiva y además habla de niveles de control que posee el ser humano. El primero tiene que ver con el estado de preparación para la acción, para el cual influyen los andrógenos (principalmente la testosterona, es por esto que se dice que hay mayor nivel de agresividad en varones que en mujeres) estrógenos (es la hormona principal de la agresividad en la mujer) y hormona luteinizante. En cambio, contrario a la testosterona, cuando los niveles de progesterona son altos, la agresividad tiende a suprimirse.

El segundo está relacionado con la respuesta rápida al estrés y en él participan las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) e intervienen sobre todo en los procesos en los que se necesita de una respuesta inmediata, en el caso de la agresividad, las conductas de lucha y de huida.

El tercero está vinculado a la capacidad de una respuesta sostenida ante el estrés (corticoides adrenales).

En cuanto a las teorías de aprendizaje y de influencias del exterior podemos hablar de una que tiene especial aceptación por su eficacia y sus resultados a corto plazo y es en la que nos basaremos para analizar y tratar el caso, esta es la terapia cognitivo conductual.

Teoría Cognitivo-Conductual.

Precursores

Las bases de la terapia cognitivo conductual se encuentran en la corriente del Conductismo, dentro del cual se destaca el fisiólogo Pavlov con su condicionamiento clásico, con el cual entrenaba a perros y que constituye hoy en día uno de los principales métodos de aprendizaje en el mundo; también tenemos a Edward Thorndike, quien gracias a su teoría de “la ley del efecto”, que habla de que la práctica pura no conduce al aprendizaje, sino que tiene que tener efectos positivos para poder aprender, es considerado uno de los precursores de esta corriente. Pero el más destacado de Conductismo sin lugar a dudas es Jhon Watson, ya que el hizo que la psicología fuera tomada como una verdadera ciencia, con la cual se podrían utilizare métodos objetivos como la experimentación, observación, los test, etc. Es a partir de este enfoque que los psicólogos se propusieron la descripción, explicación, la predicción y el control de la conducta, todo muy práctico, dejando al lado el subjetivismo de la introspección. Otro de los autores importantes de esta corriente es Skinner, que fue el descubridor del condicionamiento operante, que consiste en describir lo que se ve y buscar las relaciones de un comportamiento observado y lo que ocurre inmediatamente en el ambiente antes y después del mismo. A todos estos enfoques de la psicología se les conoce también como de “estímulo-respuesta”.

Por otro lado, la otra base de la psicología cognitiva conductual está en el enfoque cognitivo puramente, que percibe al hombre como un procesador de información. Este enfoque surge en las décadas de los 50-60, en Estados Unidos, con autores como Norman(1987), Searle (1987), y Denet (1989), entre otros. Y establece que su objetivo es sacar a relucir los mecanismos psicológicos que sirven como motivo para la ejecución de determinada conducta.

La psicología Cognitiva según Bajo y Cañas (1991) es, “la psicología cognitiva es la rama de la psicología experimental, que estudia los procesos cognitivos y como tal está basada en la metodología experimental”.

La psicología cognitiva se refiere a como funciona la mente, como conoce, como procesa la información, como utiliza su conocimiento cuando resuelve un problema, etc., además le da a la cognición un carácter regulador frente a las otras teorías del aprendizaje humano que son de tipo mecánico, las de estímulo-respuesta. Esta teoría complementa a estas concepciones, explicándonos que el comportamiento va más allá de un simple condicionamiento.

Hay algunos aspectos muy importantes a la hora de estudiar la conducta cognitiva y estos son:

Los sistemas de creencias: ya que a lo largo de nuestra vida adquirimos conocimientos que va a marcar nuestra interacción con el medio, con los demás e incluso van a marcar nuestra percepción de las cosas.

La conciencia: que es una noción interna que nos permite saber si estamos haciendo el bien o el mal, es decir nos permite un desarrollo de nuestra moral y además nos ayuda a reconocer nuestros propias acciones o sentimientos.

El Desarrollo: una gran parte de la conducta cognitiva podría ser estudiada a través del ciclo del desarrollo, de esta manera que la historia del desarrollo conduce a una mejor comprensión de los adultos, los seres humanos aprenden nuevos conceptos durante toda su vida.

Emoción: las emociones influyen de una manera radical en nuestra forma de percibir el mundo, a los demás y a nosotros mismo, no podemos ignorar nuestras emociones.

Interacción: es muy importante reconocer a las personas como seres sociales que interactúan unos con otros, y complementan su inteligencia con esta interacción mediante el uso de su entorno.

Aprendizaje: que es nuestra forma de acumular y reestructurar nuestro propio conocimiento del entorno.

Memoria: la memoria humana es el centro de la cognición y marca también nuestra interacción y percepción del mundo.

Pensamiento: en el pensamiento humano se construyen objetos mentales, imaginamos el entorno y en otros casos utilizamos el entorno, para modificarlo.

Gracias a autores como Aaron Beck, estas dos teorías que estuvieron ligadas desde siempre, pero incompletas, se complementaron, ya que la conducta influye en el pensamiento o cognición, y a su vez, la cognición influye en la conducta de los seres humanos, y es así como se formó la actualmente conocida como terapia cognitiva conductual, un enfoque mucho más completo y más lógico de percibir la conducta humana, y que hoy en día constituye una de las mejores herramientas para la psicología, gracias a sus técnicas muy prácticas, rápidas y efectivas en la práctica de la terapia mental.

Orígenes y Elementos del Modelo Cognitivo.

La teoría psicológica conocida como Cognitivo conductual, fue inicialmente establecida por **Albert Ellis** y **Aaron Beck** a mediados de los 50, inicialmente se utilizó sobre todo en sujetos deprimidos y se basa en 3 constructos principales de la visión del individuo (Víctor Frank) que son:

1. Visión negativa de sí mismos.
2. Visión negativa de los otros y del mundo.
3. Visión negativa del futuro.

De acuerdo a estos 3 constructos, Beck hablaba de un enfoque en el cual los pensamientos influían en las acciones y a su vez las acciones en los pensamientos, es así como une y combina dos tipos de teorías psicológicas muy influyentes y nombradas, como son la corriente Cognitiva y la corriente Conductual, y así aportó con uno de los mejores métodos para resolver problemas en el **“Aquí y el Ahora”** del individuo.

La terapia cognitiva conductual habla de que la conducta de una persona va a ser determinada por el contexto o el medio en el que vive, y además de las disposiciones personales de cada individuo. Es decir, el ambiente influye en la persona y la persona da forma al ambiente, es percibido como único a través de sus ojos, de una manera muy subjetiva. Cada persona percibe la realidad a su manera, y esta forma de percibir influye a su vez en su comportamiento y pensamiento.

Además la terapia cognitivo conductual sostiene que hay 5 elementos interrelacionados que se deben tener en cuenta en las dificultades psicológicas humanas. Estos elementos son el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición de cada individuo. Estos factores interactúan unos con otros dando como resultado un sistema dinámico y complejo. Es importante por eso para la evaluación y terapia, tomar en cuenta las características particulares de cada individuo sin olvidar el medio en el que se desenvuelve. Es por esto que los terapeutas cognitivo conductuales intervienen a nivel de pensamiento, emoción y reacción corporal.

A partir de esta forma de explicar el comportamiento humano, se han ido estableciendo diferentes técnicas para todo tipo de conflictos y de trastornos que se puedan presentar.

Para el caso actual, el de Agresividad del niño en cuestión, también podemos señalar varias técnicas y teorías de este enfoque y sus autores que podrán proporcionarnos una explicación del porqué del trastorno y además encontrar posibles soluciones al mismo.

Teoría del Aprendizaje Social de Bandura.

Albert Bandura, psicólogo conductista, que escribió su teoría a finales de los años 70, es uno de los autores que más ha aportado en el campo del estudio de comportamiento en los niños con su teoría del Aprendizaje Social, la cual habla de que las personas durante sus primeros años de vida aprenden por medio de la imitación de conductas que ven a su alrededor, por lo tanto para él el aprendizaje social, es decir el comportamiento social de las personas es aprendido por repetición de lo que observamos en el medio que nos rodea.

En el caso de los niños pequeños, naturalmente lo primero que observan es el comportamiento de sus padres ya que ellos constituyen los primeros modelos a seguir para el infante, y lo que esta teoría sostiene, es que el niño actuará socialmente de la manera como sus padres lo hacen con él.

En el presente caso, de un niño con agresividad, esta teoría toma mucho sentido, ya que las conductas inadecuadas que el menor presenta pueden estar claramente relacionadas con la relación que el mismo tiene con la madre, y el afecto y respeto que exista entre ellos.

Es decir, si el niño observa a su madre actuar de determinada manera, y lo experimenta en sí mismo, es muy probable que el niño perciba a esta forma de actuar como la correcta, y si no, como la única que él conoce.

Como ya se dijo antes y lo reitero, esta teoría no concibe al niño/a como enfermo, sino que más bien lo percibe como si no tuviera un modelo correcto de comportamiento a seguir, se trata más bien de enseñanzas inadecuadas por parte del medio en el cual él se desenvuelve. También se trata de que el niño/a, siempre tiende a tener un modelo a seguir que para él es su ejemplo seguir y resulta que este modelo no tiene las conductas sociales aprobadas y apropiadas.

Esta teoría no toma en cuenta los factores biológicos o fisiológicos que influyen en el comportamiento, sino se basa en que todo es aprehendido del ambiente, del exterior y que así, de la misma forma deberá ser eliminada la conducta no deseada. Es decir, por medio del aprendizaje, que se logrará exponiendo al individuo a un ambiente que le proporcione las instrucciones y las correcciones de una conducta adecuada.

Dentro del grupo de estudios que Bandura realizó para escribir su teoría de la imitación de comportamientos, la que más destacó es el experimento que realizó con un muñeco “bobo” o más bien conocido como “porfiado”, que es un muñeco que tiene cierto peso en su base y a pesar de que se lo golpea, vuelve a su sitio. Bandura comenzó a hacer películas con este tipo de muñecos y una joven que los pegaba con toda clase de herramientas y le proporcionaba toda clase de insultos. Luego estos videos fueron exhibidos ante grupos de niños en algunas guarderías, los niños miraban los videos muy felices y después se los enviaba a jugar libremente en un cuarto donde se encontraba un muñeco de estos y curiosamente, los niños repitieron el mismo comportamiento de las películas sin que existiera ningún otro estímulo que lo provocara, luego experimentó con personas reales y los niños tuvieron la misma reacción. Esto no compaginaba con las teorías clásicas del aprendizaje y es a partir de esta observación que Bandura crea la que llamo la teoría social del aprendizaje, que también era conocida como de moldeado. Dentro de este proceso de moldeado se descubrieron varios pasos para que estos comportamientos fueran imitados:

Primero se descubrió que tenía que existir **Atención**, ya que si no se presta la suficiente atención a algo no se aprenderá de la misma manera, dentro de este primer paso existen dos variables que son muy importantes a considerar, la primera está relacionada con el observador y su estado mental y físico, si se encuentra cansado, enfermo o con efectos de alguna sustancia, no aprenderá de la misma manera que si estuviera completamente alerta; y por otro lado se encuentra la variable del estímulo, ya que mientras más atractivo, interesante, o parecido a nosotros sea este, más atención le pondremos y más eficaz será nuestro aprendizaje.

Segundo tiene que haber **Retención**, tenemos que retener lo que hemos observado para luego recordarlo y repetirlo en nuestro comportamiento. El siguiente paso entonces sería, la Reproducción, que es la repetición de la conducta aprendida y esto se logra con el recuerdo, la imaginación y la práctica de dicha conducta. El siguiente y último paso para la adquisición de una conducta sería la Motivación, ya que si no existen buenas razones para actuar de determinada manera simplemente este comportamiento no se efectuará.

Bandura señaló tres motivos principales para aprender un comportamiento determinado y son:

- Refuerzo pasado: que es el mismo al que se refiere el conductismo clásico.
- Refuerzos prometidos: o los incentivos o posibles recompensas.
- Refuerzo Vicario: que consiste en observar el modelo nuevamente y que este sirva como un reforzador constante.

Además existen las motivaciones negativas como son: el castigo pasado y el castigo prometido (amenazas), pero estas en realidad son menos efectivas y pueden producir el efecto contrario.

Conclusiones:

La agresividad según la teoría cognitivo conductual es:

Un proceso repetido, imitado, y además reforzado por su ambiente, el mismo que se encarga de mantener esta conducta adquirida. Según esta teoría, la manera de eliminar dicha conducta es aislando a la persona de los estímulos erróneos y dándoles las armas para adquirir nuevas y mejores pautas de comportamiento.

En conclusión la agresividad, ya sea desde la parte genética, o la parte adquirida, coinciden en que es un acto voluntario y premeditado porque el que lo realiza tiene toda la intención de hacer daño, ya sea físico o mental a la víctima del mismo.

CAPÍTULO II

Diagnóstico y Evaluación del Caso.

Entrevistas:

Entrevista a la madre del niño:

Relación con el niño:

“El comportamiento de él cuando está de buenas es de meterle en el bolsillo, dulce y cariñosos, pero cuando está de malas, dan ganas de mandarle sacando o dejarle encerrado en algún lado”.

A pesar de ello, dice que el niño si ha mejorado en su conducta en relación al año pasado porque ya está más madurito.

El castigo.

Se le pregunta a la madre que cómo eran los castigos antes y cómo son ahora a lo que responde “cualquier cosa que me diga no le tomo en cuenta o sino le digo que se va a quedar en la casa solito, antes si le daba con la correa, una vez también le día en las manos porque me cogió y me regó una crema y puso en toda la ropa de puro bravo, y le dí dos correazos en las manos, para que le voy a mentir, pero ahora la mayoría le digo con palabras, porque ya me he dado cuenta de que pegándole uno se contradice, peor se le hace, ya he hecho experiencia”, “cuando estoy con paciencia le digo de buena manera las cosas, y también le hice una sugerencia, que si se porta bien le pongo en la escuelita que él quiere, que es la Remigio, o que sino, se pasará un año en el cuarto encerrado”.

Relación con el padre del niño:

La madre expresa que el niño no tiene relación directa con el padre, que incluso este le ha dicho que le diga al niño que él no es su papá y que le haga creer que es solamente un amigo. A pesar de estas advertencias, ella si le ha dicho al niño quien es su padre, el niño si sabe que es él, ella no quiere mentirle, quiere por lo menos que sepa que tiene un padre así este no le quiera reconocer.

Dice que antes, cuando el niño era más pequeño, tenían un poco más de contacto, ya que rara vez se iban en el bus con él a Santa Isabel, pero que él nunca le ha tratado como un hijo sino que le llama por su nombre cuando le saluda, que también es rara vez.

Expresa que ella quiere que se aclaren las cosas, dice “quiero cogerle de buena manera y decirle que arreglemos los papeles para que le reconozca, pero si él no quiere allá él, yo no le pienso ocultar, no quiero que sufra mi guagua, él quiere que venga y cuando me llama el papá pregunta que qué me dijo”. Dice también que él últimamente le ha llamado para hablar con ella, y que ella espera que sea para arreglar las cosas, que sabe que no es para estar juntos porque él ya tiene una familia y que ella no quiere ser la causante de destruir un hogar, pero si quiere que se haga cargo del hijo que tiene”.

Motivos de la agresividad del niño.

Cuando se le pregunta el por qué cree que el niño es agresivo, cuenta que cuando él era pequeñito era un niño muy suavito, un angelito, bien tranquilo que no hacía nada. Que ellos vivían en esa época en la casa de su madre y que ahí todos le adoraban y le trataban muy bien. Pero cuando el niño tenía 2 años, ella se fue a vivir sola con él y le puso en una guardería para poder trabajar, y comenta que en esta guardería necesitaban cupos para la clase de los niños menores y que como era un niño muy inteligente y desenvuelto las maestras decidieron oponerle en la clase de los niños de 4 años. Ella nunca se enteró de esto hasta que comenzó a notar cambios en las actitudes y conducta del niño, y fue ahí cuando

consultó con su maestra y esta le contó lo que pasaba. Dice que ella se opuso a este hecho pero que no tenía donde más dejar al niño, entonces tuvo que seguir dejándolo en la misma guardería bajo estas circunstancias hasta que pudiera conseguir algún otro lugar. La madre manifiesta que desde ese entonces su niño no volvió a ser nunca el mismo hasta el día de hoy, dice “mi hijo tuvo un cambio horroroso hasta hoy, ahí me hicieron la fregada, yo le dije a la profesora que eso era hacerles daño a las criaturas y así fue”.

Cuenta la madre que fue ahí cuando le niño comenzó a pegar y a ser agresivo, que le hacía berrinches, y que peleaba con los primos y la gente de la calle, que decía muchas malas palabras, “parecía boca de borracho”.

Comenta la madre que cuando comenzó con estas actitudes, al principio ella si le castigaba y le corregía mal, que le daba correazos en el rabo porque le colmaba la paciencia. Y dice que ahora y no le castiga, “ya me di cuenta de la reacción cuando le castigo, que es peor de lo que me imaginaba, ahora le digo no me molestes y me voy, y luego de un rato él mismo viene a pedirme perdón, pero yo a veces ya le digo que ya no le voy a perdonar, porque yo quiero que se dé cuenta por sí solo de las cosas, pero pasa por dos días y vuelve a lo mismo”. Por último, se le pregunta a la madre que cómo se siente ella después de castigar exageradamente al niño, y manifiesta “yo le castigaba pasada de las iras, pero luego lloraba de pena, preguntándome por qué hice eso?, me dolía en el alma, pero no le podía decir ya ven no más porque después es peor para ellos, me tocaba aguantarme, dejaba, pasaba y nos tranquilizábamos los dos”.

Entrevista a la maestra del niño:

La maestra actual del niño lo describe como una persona muy inteligente que tiene un excelente proceso cognitivo y motriz, y que está muy bien en cuanto a las destrezas adquiridas y esperadas para su edad.

Cuando describe la conducta del niño manifiesta que es muy agresivo con sus compañeritos, que les pega, les insulta, le amenaza e incluso que últimamente esta presentando conductas de tipo antisocial como robarse las cosas de ellos y de sus maestras o esconderlas, y que además les quita a sus compañeros juguetes que ni siquiera está utilizando, lo que indica que el único motivo para hacerlo es pelear y llamar la atención y no que en realidad este interesado por el juguete.

Dice que cuando el niño está tranquilo, es muy dulce y cariñoso, que abraza y da caricias a sus maestras o les dice cosas lindas, que busca afecto aferrándose a la maestra y que claramente se puede ver que hay una carencia afectiva en su núcleo familiar.

La maestra manifiesta que el niño le cuenta los métodos que su madre utiliza para castigarlo y que incluso ella mismo le ha confesado algunas veces lo que le hace al niño cuando se porta mal en la casa, entre los castigos mencionados están el atado de mano con la correa a la cama, dejarle encerrado solo en la casa, perseguirle a patadas, bañarle en agua fría y hortigarle; además del maltrato psicológico, que como dice la maestra de una u otra manera lo hace constantemente, ya sea con insultos, amenazas y palabras groseras como “burro”, “estás horrible”, “pareces monstruo”, “si vuelves hacer eso ya sabes cómo te va con las manos” y cosas por el estilo que hacen que le niño se sienta muy mal, y que sufra, lo que provoca en él los comportamientos agresivos mencionados.

La profesora dice que todas estas actitudes de la madre le afectan al niño primeramente en las conductas que él está adquiriendo ya que el va normalizando la agresividad como si fuera un hábito más y después que en lo emocional es un niño muy inestable, que cambia de estado de humor cada dos minutos y que además se frustra ante cualquier situación que se le salga de las manos.

En cuanto a la autoridad, dice su profesora que para él no existe, las personas mayores son un niño más, no le pueden poner reglas ni normas porque reciben, al igual que sus pares, amenazas, golpes, e insultos.

Cuando se le pregunta a la maestra acerca de su relación con la madre del niño dice que es un relación intermedia, esto se refiere a que no es buenísima ni pésima, pero si es mas bien de tipo muy formal, básicamente informativa y por el bienestar del niño, debido a que siempre que ha querido hablar con la madre o le comenta sobre el comportamiento de su niño, ella se pone a la defensiva y le toma a mal, manifiesta que “le han puesto el ojo a su niño”, o que le “han cogido de pato”, incluso la maestra le ha recomendado terapia familiar, le ha sacado turno con algunos psicólogos y nunca asiste y cuando se le llama la atención por algo ella también responde con amenazas y con agresiones verbales con las profesoras. Por último la maestra recomienda que debería recibir terapia familiar, y que madre e hijo deberían pasar por un proceso de modificación de conducta.

Entrevista al niño:

Relación con la madre:

Primero se hablo acerca de su relación con su mamá porqu e es el punto de mayor conflicto para el caso, a lo cual responde que se lleva bien. Dice que cuando están juntos “duermen como los cerditos” y muestra gráficamente como acurrucados.

Habla de las compañeras de su mamá que son la Pachi y la Gloria, “son la únicas que son las amigas de mi mamá, no hay más, y la Mary”.

Dice que su mamá se lleva bien con su jefa y que no pelea con ella. Se le pregunta qué ¿Con quién pelea la mami? Y dice que con nadie.

Se le pregunta que como le castiga la madre y dice que “cuando me porto mal me pega con la correa en el rabo, en las manos y ahí me salen rayas”. “Cuando no me apuro mi ma me deja chapoteando (amarrando) las manos y los pies para no hacer travesuras, me deja amarrando en la puerta y ahí no puedo funcionar”.

Además “cuando me porto mal me patean y me hacen caer al suelo”.

Cuando se le pregunta cómo se siente cuando su mamá le pega dice que se siente triste.

Además el niño manifiesta “cuando hago eso todos los días (pegar a mis compañeros), mi mamá me deja encerrado en la casa, me siento triste cuando me deja encerrado y cuando mi mamá llega me pongo feliz”.

El niño manifiesta además que su mamá algunas veces le amenaza y le insulta, que cuando se demora comiendo la sopa le dice “muévete” o sino te pego con la correa. Y que utiliza insultos como “longo de mierda”. Dice que cuando le insultan se pone bravo y que cuando no le insultan se pone feliz.

Manifiesta el niño que la madre le dice malas palabras cuando no funciona el radio y no suenan las canciones que a ella le gustan dice “hijue puta, voy a mandar ese radio a la basura”. Cuenta que cuando dice esas cosas se pone triste y cuando no dice esas cosas se pone feliz. “cuando dice esas cosas al pobre radio, me dan ganas de mandar regalando”.

Dice que “mi familia es mi papá, mi abuelita, mi tía y mi tío”, pero no le menciona a la mamá y es la única persona con la que él vive.

Relación con el papá:

Se le pregunta acerca de su relación con su papá, y dice que si le ve a veces, “en la media calle, a veces se va a mi casa, y hay veces que no se va porque se va a Santa”, refiriéndose al pueblo de Santa Isabel.

“Cuando se va a mi casa a veces duerme con nosotros, mi mamá y mi papá duermen juntos”, se le pregunta si hacen algo y responde que no hacen nada, solo que su mamá hace cafecito y le da con pan antes de que se vaya.

Dice que “cuando nos vamos al pueblo mi mami y yo, le hacemos parar a mi papi para que mi papi me lleve, porque mi papi maneja un bus”.

Relación con los compañeros y las maestras:

Cuando se le pregunta al niño ¿por qué pega a su amigos? Responde que es porque ellos también le pegan y le insultan y “me dicen cada rato malo”. Y dice que se enoja con las maestras porque “ellas me ponen en las cunas de los bebés y le avisan a mi mami que me porte mal y ella se pone brava y me empuja”.

Aplicación y resultados de reactivos:

Para la evaluación del niño se utilizaron las siguientes pruebas de la terapia cognitivo conductual:

ECI, Early Childhood Inventory (versión para padres) de Sprafkin y Gadow, 1996), este cuestionario consta de 108 ítems y es de gran utilidad para diagnosticar debido a que está basado en los criterios del DSM IV y porque nos brinda información sobre los síntomas emocionales y conductuales que aparecen en la primera infancia.

CBC, Child Behavior Checklist (Achenback), que será de gran utilidad sobre todo para encontrar concordancia entre lo que dice la madre y los maestros acerca del niño.

Y se utilizó también el Test Proyectivo de la Familia de Louis Corman (1961), que evalúa fundamentalmente el estado emocional del niño con respecto a su adaptación al medio familiar, y se aplicó debido a las grandes aportaciones de información que brinda el mismo dentro de la práctica psicológica, especialmente en el caso de los niños.

Resultados de las pruebas:

Early Childhood Inventory:

En esta prueba el niño obtiene puntuaciones altas que podrían considerarse como trastornos, en los siguientes ítems:

Categoría B: Desorden oposicionista desafiante, con una puntuación de 5, siendo necesarios para el diagnóstico 4 o más puntos.

Categoría C: Trastorno de Conducta, con una puntuación de 4, siendo necesarios para el diagnóstico 3 puntos.

Categoría PSC: problemas en la relación con los compañeros, con una puntuación de 6, siendo necesarios para el diagnóstico 4 puntos.

Categoría L: Trastorno del vínculo, con una puntuación de 2, siendo necesarios para el diagnóstico 1 punto.

Child Behavior Checklist:

El niño obtiene claramente la mayor puntuación (37 puntos), en la escala de Agresividad de este Test.

Test de la Familia:

El dibujo no presenta rasgos claros debido a la edad del niño, que recién está aprendiendo a dibujar el cuerpo humano. A pesar de ello, si se puede notar que algunos monigotes están mejor definidos que otros.

En el caso del dibujo del padre, este está dibujado en un plano superior como si no estuviera tocando el suelo, significa distanciamiento físico o afectivo, que en el caso presente serían las dos circunstancias.

La primera persona que dibuja el niño es a su tío, lo que significa que es la persona con la que más se identifica afectivamente, no es la madre como comúnmente suelen hacer. Y la última persona en dibujar es a sí mismo, lo que puede indicar desvalorización a su persona. La distancia entre los personajes se nota en el dibujo, ninguno de los personajes está muy cercano, lo que podría indicar distancia afectiva y poca comunicación. Además el niño se dibuja al lado del padre, con el cual no tiene casi nada de contacto y separado de la madre que es la persona con la que vive, esto es importante de tomar en cuenta.

Análisis individual de cada personaje:

Las cabezas son de tamaño normal.

La expresión de la boca es de felicidad pero parece fingida o forzada.

En este caso los miembros de la familia como el padre, la madre y el tío tienen facciones en sus caras, tienen ojos, nariz y boca, pero él mismo se dibuja sin ninguno de estos elementos. Esto puede indicar problemas emocionales como desvalorización de sí mismo, desconfianza.

Los ojos de los dibujos son grandes, que pueden indicar tanto ganas de aprender lo que le rodea, curiosidad o interés en el medio, como desconfianza, vigilancia y recelo. Esto depende del resto de resultados del análisis.

Los cuerpos de los miembros de la familia se diferencian del suyo en que este casi no tiene forma y es demasiado pequeño, lo que podría indicar complejo de inferioridad en relación con los otros.

Los brazos y las manos, que son elementos claves en el momento de analizar los dibujos de figuras humanas, se muestran tanto en la figura de la madre como del padre, como si fueran garras y son muy grandes, lo que significaría exageración del significado real. En el caso de que fuera negativo, significa agresividad, temor hacia el entorno, baja tolerancia a la frustración.

Tipo de Apego:

El dibujo del niño muestra un apego inseguro con la madre debido a que tiene las siguientes características:

- Figuras sin base flotando.
- Figuras incompletas.
- Madre no feminizada.
- Hombres y mujeres no diferenciados por el sexo.
- Ausencia de detalles alrededor.

Revisión de antecedentes del niño (Historia Clínica):

Fecha de Evaluación: 13 de Abril del 2010.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Mauricio.

Lugar y fecha de nacimiento: 01 de Enero del 2006.

Edad: 4 años 3 meses.

DATOS DE LOS PADRES:

Nombre de la madre: Johana.

Edad: 27 años. **Nivel de instrucción:** primaria. **Ocupación:** empleada doméstica.

Nombre del padre: Carlos.

Edad: 29 años. **Nivel de instrucción:** primaria. **Ocupación:** chofer.

Nombre y edad de los hermanos: hijo único.

MOTIVO DE CONSULTA:

El niño presenta episodios de agresividad en la escuela con sus compañeros/as y maestras. Se muestra violento tanto físicamente, con golpes, como verbalmente con palabras groseras, insultos, gritos y amenazas a los demás.

Referido por: la maestra de aula del niño.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Embarazo:

Gesta #: 1. **Planificado:** No. **Controlado:** No, solo 2 veces.

Primeros movimientos fetales: a los 4 meses. **Duración del embarazo:** 38 semanas.

Aumento de peso: lo normal.

Enfermedades maternas: Ninguna.

Dificultades: Ninguna.

Vacunas: Ninguna.

Fuentes de contaminación: Ninguna.

Parto Normal.

Respiró: Sin problemas. **Peso al nacer:** 7 libras. **Talla al nacer:** 63cms.

Anormalidades: Ninguna.

Lactancia materna: no lacto. Solo leche de fórmula. **Problemas de seno.**

DESARROLLO PSICOMOTOR

Controló la cabeza: 7 meses.

Se sentó: 8 meses.

Gateó: 8 meses.

Se paró: al año.

Caminó: Al año 2 meses.

Balbuceó: 4 meses.

Primeras palabras: 9 meses.

Control Vesical: año 6 meses.

Control Anal: año 6 meses.

Algún problema con el desarrollo psicomotor: Ninguno

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Eruptivas de la infancia: ninguna.

Traumatismos: si una vez se calló en la baldoza, a los 3 meses de edad y se golpeó la cabeza.

Convulsiones: nunca.

Cirugías / Hospitalizaciones: ninguna.

Otras enfermedades: ninguna.

Alergias: a las picaduras de mosquitos.

Vacunas: todas completas para su edad.

Síntomas gastrointestinales: si se queja de dolores estomacales constantemente pero no parecen responder a una causa médica.

Antibióticos: ha tomado amoxicilina cuando ha sufrido de infecciones intestinales, de lo contrario no toma, y no es muy común que se enferme.

HÁBITOS

Alimentación: Tiene problemas para alimentarse, come lentamente y poco. Hay que insistirle para que coma.

Vestido: se viste solo y lo hace muy bien. Se presenta bien vestido.

Aseo: se presenta aseado, bien peinado y bien puesto.

Trabajo: durante las entrevistas y las aplicaciones de las pruebas se muestra colaborador. Sus maestras manifiestan que cuando quiere trabaja muy bien en clases, de lo contrario no hace los trabajos y molesta a sus compañeros.

Cortesía / Sociabilidad: El niño se muestra muy educado a la hora de la aplicación de la historia clínica y de las pruebas de diagnóstico. Es colaborador en todo. Es muy sociable cuando está de buenas.

Escolaridad / Rutina Diaria Del Niño.

Las tareas las realiza en la tarde generalmente y si ya no mismo puede hacerlas a esta hora, las hace en la noche, siempre en compañía de su madre o solo, pero ella lo supervisa.

Desayuna bien en la mañana para salir a la escuela, y en la guardería come pero con esfuerzo, muchas veces se demora y hay que exigirle para que acabe todo.

Duerme a las 21h00.

Terapias recibidas: si recibió terapia una vez, de psicología clínica en el CEDIUC, donde estuvo asistiendo por 6 meses, una vez por mes. Esta terapia no le hizo mucho efecto porque era muy larga la distancia entre terapia y terapia por exceso de pacientes en el lugar, por lo que dejó de asistir y no recibió un informe final del caso.

Antecedentes Familiares:

No hay antecedentes psiquiátricos importantes.

No hay antecedentes de enfermedades físicas graves o hereditarias.

La abuela materna tiene tendencia a la diabetes más no se ha presentado la enfermedad hasta el momento.

Comparación y validación de los resultados con el DSM IV:

En el cuestionario ECI que está basado en el DSM IV el niño obtiene las mayores puntuaciones en:

- Desorden Opositorista Desafiante.
- Problemas en la relación con sus compañeros.
- Trastornos de conducta.
- Trastornos del vínculo.

El trastorno por desorden oposicionista desafiante incluye los problemas de conducta y la mala relación con sus compañeros, ya que se muestran como síntomas del mismo dentro de los criterios diagnósticos.

Los criterios del DSM IV para el Desorden Oposicionista Desafiante son:

- a. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 5 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
 - (1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
 - (2) a menudo discute con adultos
 - (3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
 - (4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas
 - (5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
 - (6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
 - (7) a menudo es colérico y resentido
 - (8) a menudo es rencoroso o vengativo
- b. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- c. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- d. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Los criterios del DSM IV para el Trastorno del Vínculo son:

- a. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad y puestas de manifiesto por (1) o (2):
 - (1) Incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (por ejemplo, el niño puede

responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría).

- (2) Vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (por ejemplo, excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación).
- b. El trastorno del criterio a no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- c. La crianza patógena se manifiesta al menos por una de las siguientes características:
 - (1) Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.
 - (2) Desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño.
 - (3) Cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables.
- d. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (por ejemplo: las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el criterio C).

En el cuestionario CBC el niño obtiene la mayor puntuación (37 puntos), en la escala de Agresividad.

En el test de la familia el niño demuestra con su dibujo tener un apego inseguro con la madre, lo que coincide con el trastorno del vínculo.

De acuerdo a las evaluaciones anteriores, los síntomas agresivos del niño y los problemas de relación con la madre, coinciden con los criterios del DSM IV y nos proporcionan los datos para establecer un diagnóstico claro y veraz.

Diagnóstico:

El niño presenta un cuadro de agresividad caracterizado por episodios de violencia con sus compañeros/as y maestras. Estos episodios se presentan a manera de golpes, insultos, amenazas, pataletas, se muestra colérico y molesta a los demás, que son congruentes con los criterios diagnósticos del Desorden Opositorista Desafiante y con trastornos de conducta. Presenta además comorbilidad con el Trastorno Reactivo de la Vinculación de la infancia o la niñez, debido a la relación conflictiva y sobre todo ambivalente que tiene con la madre.

Se realizan entrevistas tanto al niño como a las personas más cercanas a él como sus maestras y su madre y la información que estas proporcionan coinciden con el comportamiento agresivo y por lo tanto confirman el diagnóstico. Al igual que los resultados de las pruebas aplicadas.

CAPÍTULO III

Estrategias y Recursos.

Técnicas más adecuadas para utilizar en el caso de agresividad de un niño de tres años.

Las técnicas a utilizarse se basarán en la Terapia Cognitivo Conductual, ya que es con esta teoría con la que trabajaremos en el plan terapéutico.

Las técnicas más convenientes y más eficaces elegidas para el caso son las siguientes:

1. Psicoeducación y Entrenamiento a la madre.
2. Confrontación al niño.
3. Técnica de Solución de Problemas.
4. Entrenamiento en Habilidades Sociales.
5. Terapia de Relajación.

Estas técnicas han sido elegidas para abarcar cada una de las áreas que afectan al niño, ya que para que el proceso terapéutico funcione se requiere de intervención en todos los aspectos de su vida y en las personas que lo rodean.

A continuación tenemos la descripción de cada una de las técnicas y cuáles serán los objetivos a alcanzar de las mismas.

Psicoeducación a la madre:

La psicoeducación es una técnica muy efectiva para el curso de cualquier proceso terapéutico, ya sea en niños, adolescentes o adultos. Consiste en proporcionar información a la o las personas acerca del trastorno que se sufre, como ayudar a esta persona, como combatir el problema que esta posee, ya que se le dan las opciones de los distintos tratamientos y de la forma de vida que deberá llevar de ahora en adelante y acerca de cuál es el medio ambiente más saludable para que se desarrollen y vivan plenamente.

Una rama muy importante de la psicoeducación es la que está enfocada en la familia, ya que cuando una persona sufre una enfermedad o trastorno, toda la gente que está a su alrededor y que la quiere también sufre y en muchos casos empeora la situación ya que no saben cómo ayudar. La psicoeducación a la familia es tan importante porque gracias a esta se puede ayudar a que la persona se recupere, ya que es la forma como sus miembros se enteran de que clase de ayuda requiere la persona de ellos. Se trata de resolver los problemas del medio ambiente que interfieren en la recuperación y así poder alcanzar una reducción de síntomas, menos recaídas y mejores relaciones familiares.

En la psicoeducación familiar es importante tener en cuenta determinados pasos que se deben realizar para que esta funcione, lo primordial es trabajar en equipo:

1. Primero tienen que existir unas **sesiones introductorias**, durante las cuales la persona afectada y los miembros de su familia se tiene que reunir con un profesional. Durante estas sesiones la persona víctima del problema tendrá que hablar acerca de lo que le está pasando, de lo que espera para el futuro, de los problemas con sus familiares y de cómo estos le afectan en el progreso o retroceso de su tratamiento.
2. También deben existir **talleres educativos**, en donde la persona y sus familiares podrán aprender más sobre el mal que le aqueja y como ayudar a que esta se recupere y más que nada a que se prevenga y se mantenga sana.
3. Además son muy importantes los **grupos de resolución de problemas**, donde la persona y su familia, conocen gente que vive situaciones muy parecidas a las suyas y aprenden de esta manera a identificar y manejar los problemas que la enfermedad mental de sus seres queridos les provocan de una manera más empática y sobrellevadora, conociéndola desde diferentes puntos de vista.

Para enseñar a los padres a controlar las conductas de sus hijos es primero importante entender cuáles son los patrones de interacción familiar que las provocan. Barkley y otros (1999), sugieren que hay interacciones entre padres e hijos que provocan estos conflictos,

entre los cuales estarían, los padres que ignoran por completo las conductas positivas de sus hijos y se centran únicamente en las negativas. Esto lleva a que este tipo de padres se agoten y se frustren, o den castigos exagerados e injustificados con sus hijos como el de amenazarlos constantemente, insultarlos, deteriorando la relación padre-hijo, madre-hijo, e incluso llegan a adoptar una actitud de “me da igual” lo que hagan, y renuncian a todo tipo de control parental sobre sus hijos.

Es importante que en este tipo de familias se tenga en cuenta algunas pautas para mejorar su interrelación.

Primero que se establezca una relación con mayor tipo de estímulos positivos o recompensas a buenos comportamientos por pequeños que estos sean. Esto ayudará a que el ambiente hostil de la familia mejore y además a que los niños se sientan capaces de hacer cosas buenas y se esfuercen por hacerlas para ganarse aún más la aprobación de sus padres.

Segundo deben tener en cuenta que cuando hay exceso de castigo, insultos y amenazas, los niños suelen habituarse a esto y percibirlo como normal, por lo tanto repetirán estas conductas con el resto de personas.

Tercero, debido a estas interacciones negativas con los padres, los niños pueden convertir a los mismos en estímulos negativos, lo que solo llevará a que ya no les presten atención.

Para modificar este clima denso del hogar Barkley y otros (1999) sugieren una técnica sencilla y de gran utilidad. Esta se trata de dar la orden al niño de que haga algo que le gusta y luego premiarle por eso. Es decir se le dirá al niño por ejemplo, “prende la tele y pon en tu canal favorito”, y cuando lo haga se le dirá “gracias por hacer lo que te pedí”. Esta técnica aparte de que hará sentir muy bien al niño, ayudará a los padres practicar como dar órdenes sin ir a los castigos y como compensar las conductas adecuadas de su hijo.

Otra técnica muy útil para aumentar las conductas deseadas es la de halagar al niño por su obediencia espontánea, es decir, se trata de poner a los padres a buscar conductas positivas en los niños y no solo estar pendiente de las cosas malas que hace y premiarle con algún refuerzo por eso. Esta técnica ayudará mucho al niño porque él se dará cuenta de que sus padres no solo ven su comportamiento negativo y a los padres para darse cuenta que su hijo también tiene actitudes positivas.

Aplicación al caso:

Para el presente caso es muy importante la psicoeducación y entrenamiento a la madre, que es la única familia cercana con la que vive el niño, ya que esta le ayudará a mejorar sus relaciones de afecto y apego con la misma.

La madre aprenderá que es por lo que está pasando su hijo, que es lo que provoca su comportamiento agresivo, como podrá evitarlo y manejarlo, y aprenderá nuevas formas de interacción para tratar y reprender al niño. De tal forma que la conducta del mismo, imitándola, mejorará de igual manera.

Técnica de resolución de problemas:

La técnica o entrenamiento en solución de problemas es una estrategia terapéutica que sirve para ayudar al paciente a resolver sus problemas vitales de una manera más asertiva y adecuada. Esta técnica es muy útil en el caso de niños agresivos, debido a que gran parte de estos comportamientos se dan porque estos niños e inclusive los padres de los mismos, no conocen formas adecuadas de resolver sus problemas con el resto.

Lo primordial para esta técnica es establecer cuál es exactamente el problema, de que se trata, describirlo de la manera más precisa y concreta, y si es posible hasta cuantificarlo. A partir de esto, teniendo ya claro cuál es el problema, podremos trabajar en el mismo con diferentes estrategias terapéuticas como las siguientes:

Una de las formas de resolver problemas, sobre todo de tipo interfamiliar, consiste en que tanto padres como hijos, escuchen el problema tal y como lo describe el otro, es decir sin malas interpretaciones ni indirectas. Esto suele ser complicado para todos porque es difícil entender los puntos de vista de los demás de una manera objetiva, es por esto que el terapeuta tendrá que intervenir, para que el proceso sea lo más objetivo y empático posible. Otra técnica muy buena para resolución de problemas es la llamada “lluvia de ideas” y se trata de dar la mayor cantidad de soluciones posibles ante el problema, cualquier idea es buena ya que podría dar con la solución. Cuando se tengan ya todas las ideas posibles, se analizarán todas para ver cuál es la que tiene mayor posibilidad de tener éxito.

Luego habrá que evaluar los resultados, y si la técnica que se utilizó no funcionó, habrá que volver a intentar con otra opción.

Aplicación al caso:

Esta técnica será de gran utilidad en el tratamiento del niño agresivo ya que le ayudará a resolver sus problemas de una manera más asertiva, además será un proceso muy participativo en el cual él mismo aportará soluciones para las situaciones que le incomodan y que provocan tales conductas. Podrá mejorar las relaciones con sus compañeros, porque aprenderá mejores formas de resolver sus diferencias con ellos y por ende la relación con las maestras de la escuelita también mejorará.

Esta técnica también mejorará la relación entre madre e hijo, debido a que ellos escucharán los puntos de vista de cada uno de una manera más objetiva, más empática y así podrán entender que es lo que realmente les molesta del otro y mejorarlo.

Entrenamiento en habilidades sociales:

Para un niño agresivo, el solo hecho de iniciar actividades sociales es todo un reto, debido a que ellos conocen una forma de interactuar con los demás que provoca rechazo y

aislamiento, ya que es natural que los niños se mantengan lejanos a una persona que les da golpes, les insulta o los amenaza incluso sin motivo alguno. Es por esto que esta técnica será de gran utilidad en el caso de los niños con este tipo de conductas.

Es importante enseñarles a estos niños habilidades de comunicación con los otros, como ser asertivo, mantener el contacto ocular, tener una expresión facial y un tono de voz adecuados, hacer cumplidos, mantener una conversación y sobre todo para este tipo de conductas, una adecuada solución de conflictos.

Lo más importante es enseñar al niño que hay otras formas de expresar lo que siente y demostrar la frustración ante algo que le molesta. Es importante entonces darle otras herramientas de interacción como la expresión oral de sus pensamientos y sentimientos, como pedir por favor o avisar a una persona adulta, sin necesidad de ir a los golpes o insultos.

En niños pequeños estas habilidades se enseñan más fácilmente con instrucciones directas, concretas y luego con la práctica de las habilidades adquiridas. Se puede practicar en su mismo medio como en la escuela o en la casa con sus familiares o vecinos o utilizando los juegos con muñecos y las técnicas de role playing, que suelen ser muy útiles para niños de esa edad, ya que simulan las situaciones más comunes para ellos que son las de unirse a un juego, iniciarlo y compartir juguetes con los demás.

En estos casos es muy importante que el niño identifique por sí mismo, con ayuda de su terapeuta, las conductas que son adecuadas y las que no lo son. Para lo cual se utilizará la confrontación al niño.

Una técnica que podría ser muy útil dentro de las habilidades sociales en casos de niños agresivos se llama “el banco de niebla” (Feindler y Guttman, 1994), que se trata de desarmar a los que quieren molestarlos dándoles la razón a los mismos utilizando su sentido del humor. Esto sería básicamente como reírnos de sí mismos, de las burlas que provocan

en los demás. El resultado de esta actitud será dejar atónitos a los niños/as que los molesten y que esperaban un tipo de reacción altamente negativa o agresiva en este caso.

La observación es otra forma de adquirir habilidades sociales y es una técnica muy sencilla de aplicar. Consiste en estar pendientes de las actitudes de otros niños/as cuando alguien los molesta o provoca, es así como primero, se darán cuenta que no son los únicos niños/as que son molestados, y después podrán aprender e imitar otras formas de reaccionar ante determinadas situaciones que les incomoden o molesten. Así podrán observar también cuales son las consecuencias positivas y negativas de cada estrategia que otros niños/as utilizaron y podrán descubrir cuáles son las mejores y más útiles para ellos.

Otra técnica muy útil para niños agresivos es de del “rompecabezas” (Aronson, 1978, citado por Cochran y Cartledge, 1996) que consiste en armar grupos de niños/as y un proyecto, el cual será dividido en varias partes, y cada una de estas será entregada a un niño que tendrá que enseñársela a los demás. De este modo el se convertirá en un experto en el asunto que le fue designado y así tendrán que hacer la tarea colaborando e interactuando unos con otros. El proyecto puede ser de cualquier cosa, de acuerdo a la edad de los participantes. Esto hará que conozcan formas diferentes de interactuar con los demás y que traten de equilibrar el equipo si quieren que el proyecto de resultado.

Otra técnica de habilidades sociales se llama “rellenar la jarra” (Cartledge y Feng, 1996), que se puede aplicar tanto en la casa como en la escuela y consiste en tener una jarra vacía y cada vez que algún niño tiene una conducta adecuada se colocará una canica en la misma, a medida que existan más y más buenas conductas la jarra se irá llenando y las personas que contribuyeron para ello recibirán un refuerzo positivo. La idea de esta técnica es que incentive el buen comportamiento y el autocontrol en los niños agresivos.

Dentro del entrenamiento en habilidades sociales para niños con problemas de conducta y sobre todo de agresividad es muy importante recalcar la importancia del entrenamiento en empatía, debido a que este puede ser uno de los principales problemas con el que se topan

las personas que tratan con estos niños, ya sean sus padres, maestras/os y terapeutas, debido a que generalmente los niños agresivos carecen de la misma, ya que si sintieran un poco de empatía por su objeto de agresión, sería menos probable que lo atacaran. La cuestión para ellos es que saben que están haciendo daño a los demás y de hecho esa es la intención, lo que hay que recalcar para trabajar sobre ello, es que no les importa porque no sienten esto que se llama empatía que es lo que normalmente regula las relaciones con los demás. Este entrenamiento en empatía debe ser poco a poco, comenzar primero con películas o historias con personajes que vivan situaciones parecidas a las de ellos mismos. Luego es importante que estos niños tengan un espacio de grupo para practicar estas habilidades adquiridas, en el caso de que tuvieran alguna conducta agresiva, ya sea física o verbal con alguien del grupo, la persona que esté a cargo del mismo tendrá que intervenir y trabajar en la empatía por ejemplo con preguntas como ¿Cómo crees que se siente que te hagan o te digan eso?, ¿Qué cara puso tu compañero/a?, ¿Si alguien te dijera o te hiciera algo parecido, te gustaría?, etc. De esta manera no solo se le retará al niño por su comportamiento sino se le enseñará a ponerse en los zapatos del otro y así entenderá las consecuencias de sus conductas de una manera más profunda.

Otra técnica de gran utilidad, especialmente para niños agresivos es la llamada “el círculo de críticas”, se aplica en un grupo y consiste en que todos se sientan en un círculo y reciben la instrucción de criticar a la persona que está a su derecha. Al que recibe la crítica se le da la instrucción de responder a la provocación con la técnica del banco de niebla (ya antes explicada), y los miembros del grupo reciben recompensas si participan adecuadamente. Esta técnica será de gran utilidad primero porque ayudará al niño a enfrentar los insultos con mayor tolerancia y paciencia, y luego porque ayudará al niño a poner en práctica las técnicas aprendidas anteriormente.

Aplicación al caso:

Esta técnica es muy importante y de gran utilidad para el caso actual, debido a que la conducta agresiva del niño ha llevado a que el mismo sea discriminado por sus compañeros

de clase e incluso señalado por las maestras de aula. Es por lo tanto muy necesario que el niño aprenda pautas más saludables de socialización con los demás, y también de que tanto el terapeuta como las maestras y sus compañeros tomen parte en la aplicación de estas nuevas habilidades sociales poniendo en práctica las técnicas aquí señaladas dentro y fuera de la clase e incluyendo al niño en grupos de colaboración con los demás.

Confrontación al niño:

Esta técnica consiste en hacer que el niño se dé cuenta con ayuda de un profesional o persona de confianza de cuando está actuando bien o mal en diversas situaciones, para que en determinado momento el pueda hacerlo por sí solo. Esta técnica es de gran utilidad especialmente para niños de comportamiento agresivo y los que sufren trastornos de oposicionista desafiante.

Lo primero que se debe trabajar en confrontación al niño es el altruismo del mismo, es decir, el interés en los sentimientos y el bienestar de los demás. Para trabajar en eso, dentro de la confrontación hay algunas técnicas específicas que tienen gran utilidad y efectividad dentro del tratamiento y son.

El entrenamiento en empatía: esta técnica, ya antes mencionada en las habilidades sociales, es muy importante en el proceso de confrontación al niño, debido a que constituye una de las mejores maneras de que el niño se dé cuenta de su comportamiento erróneo y de que está haciendo daño a los demás. Esta técnica implica prestar atención, identificar, etiquetar, aceptar y comunicar la aceptación de las emociones tanto propias como las de los demás. Como ya se señaló antes, el trabajo en grupo es muy importante para la aplicación adecuada de esta técnica, ya que en algunos casos una manifestación ofensiva puede dar lugar a un proceso educativo.

Para esto se puede utilizar también la técnica del role playing, durante la cual tanto el terapeuta, el paciente o el grupo con el que se trabaje pueden representar interacciones

sociales positivas y negativas y lograr que el niño las identifique como tales. Es así como el terapeuta podrá actuar como un niño agresivo, repitiendo las conductas que el mismo niño suele tener, aprovechándose y tratando mal a los demás. El terapeuta o los otros integrantes del grupo además, durante su actuación, tendrán que asumir las consecuencias de su mal comportamiento tanto en la escuela como en la casa y estas tendrán que ser similares a las que el niño recibe en la vida real. Entonces el niño deberá dar su juicio acerca de la actuación de los demás en el papel agresivo y deberá proponer conductas alternativas a ese modo de actuar. De esta manera el niño no solo identificará su mal comportamiento sino que propondrá formas de interacción más sanas y más fáciles de cumplir para él porque habrán sido propuestas por él mismo.

Otra técnica muy buena para la confrontación es la observación de videos, se puede exponer al niño a ver grabaciones de personas que se portan bien y mal ante determinadas situaciones. Esta técnica es muy útil primero porque le niño tendrá la oportunidad de mirar desde afuera las malas actuaciones de los personajes y se dará cuenta de lo mal que se ven. Además esta técnica le dará la oportunidad de dar su opinión o juicio de los diferentes tipos de comportamiento. Además esto le ayudará para que el niño vea las consecuencias positivas y negativas que conllevan ambos tipos de comportamiento, y por último, el niño podrá aprender mediante observación y repetición, algunos tipos de conducta más adecuados para desenvolverse en su medio.

Otra forma muy interesante de confrontar al niño sería mediante la técnica de lo que Goldstein (1987) llama “el razonamiento moral”, esta técnica está diseñada fundamentalmente para el control de la ira y consiste en introducir cambios en el razonamiento moral de paciente mediante la generación de conflictos o de lo que Goldstein (1987) llama “disonancias cognitivas”. Esta técnica también se trabaja en grupo y se trata de que los niños o los pacientes intenten resolver una disonancia, experimentando con diferentes formas de razonamiento moral sobre algún tema conflictivo. La idea es que el niño mejore su nivel de razonamiento moral, que sea más maduro y claro. Para esto Goldstein propone que el terapeuta o el profesional encargado exponga ante el grupo

diferentes temas de dilema moral, pueden ser los típicos como el uso de alcohol y drogas, el maltrato a los niños, etc. o el terapeuta podrá proponer dilemas que se acoplen a las necesidades actuales del grupo, en este caso el de pegar o herir a los compañeros con palabras, el de respetar a los mayores, el de llevarse cosas ajenas, etc. esto dependerá de lo que el terapeuta quiera trabajar.

La idea de esta técnica es que se cree un conflicto en la moral del niño y que saque sus propias conclusiones. Para que el grupo de rienda suelta a esta discusión es importante que el terapeuta establezca ciertas pautas para mantener el equilibrio en la misma. El terapeuta deberá explicar que no hay respuestas correctas ni incorrectas, que todos tienen derecho a opinar y que no se evaluarán las respuestas. Es importante que el terapeuta también en ocasiones actúe como de abogado del diablo es lo que recomienda Goldstein. Además se deben señalar las normas éticas que guiarán la discusión, como el respeto a los demás, esperar los turnos, la tolerancia, el saber escuchar y se deba hacer énfasis sobre todo en que el desacuerdo es una forma de aprender los unos de los otros.

Aplicación al caso:

Todas estas técnicas que se utilizan para la confrontación al niño soy muy útiles para el caso actual, debido a que con modificación de conducta y entrenamiento en habilidades sociales, no es suficiente como para que el niño se dé cuenta en realidad del daño que hace a los demás y de las verdaderas consecuencias que su comportamiento ejerce en los mismos. Es necesario que el niño se ponga “en los zapatos” de las personas que son el blanco de sus agresiones, que sienta y experimente lo que ellos en el momento en que son heridos, para que así él pueda desarrollar una buena capacidad moral que le ayudará en la vida entera en sus relaciones empáticas con los demás.

Técnicas de relajación:

La relajación entendida como ejercicios sencillos, divertidos y rítmicos de toma de contacto con uno mismo y con el cuerpo ofrece posibilidades para sacarle el mayor provecho a los momentos de descanso y aliviar tensiones musculares, además de ser muy útiles para el tratamiento de algunos trastornos, especialmente la ansiedad y los problemas de agresividad conductual. Es una técnica que aparece con mucha frecuencia en combinación con otras terapias y su aplicación en personas de todas las edades (niños, adultos y de la tercera edad) y es importante relevar su eficacia en el mejoramiento de la salud humana, tanto física como mental en este caso.

La respuesta de relajación se concibe normalmente como una respuesta pasiva e indiferenciada que reduce el estado de excitación somático y cognitivo. (Smith 1986). Shapiro (1981), hizo una investigación con algunos métodos de relajación y al final de estas terapias descubrió que los pacientes que fueron objetos de la misma, sufrían de menos ansiedad, sus síntomas habían disminuido y la depresión era mucho menor en todos los casos.

Las sensaciones que produce la terapia de relajación en los pacientes que la reciben son principalmente las siguientes:

- Sensación de satisfacción y bienestar.
- Sensación de lo que se podría llamar “feliz indiferencia”.
- Sensación de relajación física y mental.
- Sensación de tener más energía cuando regresan al estado normal.
- E incluso recuperación espontánea de memorias olvidadas.

En los casos en los que la terapia de relajación produzca algún tipo de ansiedad, tampoco se puede decir que sea contraindicatoria, debido a que la persona puede estar pasando por un proceso de encuentro consigo mismo y con su cuerpo, que le produce algún malestar pero

que irá desapareciendo a medida que se habitúe a sentirse así. De esta manera la persona se conocerá y se aceptará más a sí mismo y esta ansiedad desaparecerá.

Hay diferentes maneras de relajarse y lo más importante en este tratamiento es la constancia que se tenga, por lo que el terapeuta o la persona que esté a cargo debe estar pendiente y ayudar al paciente a que lo practique habitualmente.

No todas las técnicas de relajación son iguales, es decir no todas tiene un mismo fin ni se utilizan para todos los casos, sino mas se tiene que ver cuál es la más adecuada para cada individuo de acuerdo a su situación, edad y problema que posea.

En la clasificación que hace Smith, (1986) acerca de las técnicas de relajación, dice que existen desde técnicas que ayudan al "darse cuenta" corporal, hasta técnicas más puramente cognitivas como meditación, visualización, etc.

Los tipos más conocidos de entrenamiento en relajación y los más aceptados como procedimientos eficaces en el tratamiento psicológico son los siguientes:

1. **La relajación progresiva o también conocida como el método de Jacobson:** este tipo de relajación principalmente fomenta el reposo. Habla de la importancia de tensar y relajar los músculos y de esta manera permite experimentar de forma consciente lo que se siente cuando un músculo está tenso y cuando está relajado, cuestión que se da todo el tiempo en nosotros pero que no nos damos cuenta. Lo primero que se tiene que hacer es cerrar los ojos, luego se busca una posición cómoda y tras cuatro respiraciones profundas se procede a doblar y contraer los brazos, luego las piernas, después arrugar la frente y relajarla, y así sucesivamente con cada parte del cuerpo. Se trata de hacer lo mismo, tensar y relajar cada músculo del cuerpo para así lograr una conciencia del mismo y de las situaciones en las que estamos tensos. De esta manera cuando se produzca una situación estresante, poder

aplicar esta técnica a la vida cotidiana y controlar los síntomas fisiológicos que se produzcan en situaciones similares.

2. **La relajación Pasiva:** El objetivo principal de esta técnica a diferencia de la relajación progresiva es sólo relajar grupos musculares, es decir no se tensionarán los mismos. El terapeuta intervendrá aquí guiando al paciente que centre su atención en cada uno de sus músculos para que los relaje mediante ejercicios de respiración y música suave o clásica.
3. **La relajación autógena de Schultz:** Este método, diseñado por el psiquiatra y neurólogo alemán J. H. Schultz, y se basa, sobre todo, en la autohipnosis. Esta autohipnosis se logra mediante la repetición de frases del paciente a sí mismo que se supone van a producir sensaciones de pesadez y calor en las diferentes partes del cuerpo. Además producirán concentración en la respiración y regulación de los latidos del corazón, y una sensación de paz y tranquilidad. Es muy importante que el paciente practique solo y a diario en casa esta técnica, pero al principio y hasta que el mismo se habitue, tendrá que ser enseñado y supervisado por un terapeuta.
4. **La respuesta de relajación de Benson:** esta técnica fue creada en 1975 y se deriva de la meditación. El terapeuta o profesional a cargo utiliza una especie de “mantra” o palabra para provocar cambios fisiológicos en el individuo. Para practicar esta técnica se necesita estar en una posición cómoda, cerrar los ojos, relajar los músculos, inspirar y cada vez que se expira pronunciar una palabra, en este caso el mantra, que permita una buena concentración y que ayude a respirar de forma más lenta y tranquila.
5. **La Visualización:** esta técnica como su nombre lo dice se trata de visualizar un lugar que o situación creada por el mismo paciente, en este lugar él debe sentirse muy cómodo, debe estar rodeado de todas las cosas que le gustan y que le hacen feliz, debe ser su lugar ideal. Dentro de este paisaje deben existir además elementos

y sonidos de la naturaleza que lo relajen, como agua, animales, flores, árboles, lo que cada uno desee, para esto se puede utilizar música relajante como la música clásica de Vivaldi y su disco de las “Cuatro Estaciones”, por sus grandes y ya comprobados resultados en el tratamiento para la ansiedad y la depresión, música New Age o simplemente un disco con sonidos de delfines, pájaros o lluvia. En este paisaje o situación están también las personas más queridas para el paciente, y estas le dicen cosas lindas y le dan caricias. Todos los problemas del paciente se resuelven en este sitio. El paciente irá visualizando todas estas cosas guiado por su terapeuta que a la vez le ayudará a relajar sus músculos y a sentir cada parte de su cuerpo. Luego regresará gradualmente a su estado normal de vigilia, sintiendo su respiración y poniéndose en contacto con los estímulos externos de su alrededor. Este ejercicio puede durar hasta una hora y generalmente se lo practica de manera dirigida por un profesional, sobre todo en caso de niños.

Cómo preparar al paciente para la relajación.

La relajación se suele enseñar en situaciones especiales de tranquilidad que son ideales para conseguirla. Benson (1974) sugiere que la respuesta de relajación se facilita por cuatro elementos básicos, (a) un objeto mental que sirve de foco de atención, (b) una actitud pasiva, (c) un tono muscular reducido, (d) un ambiente tranquilo.

Las técnicas de relajación generalmente incluyen varias actividades o conductas que se necesitan para llegar a ella de la mejor manera. Existen una gran amplitud de conductas para relajarse que pueden ir desde leer un libro, ver una buena película, comer algo sabroso, recostarse y descansar durante una pequeña siesta hasta los cientos de técnicas de relajación que existen actualmente y que necesitan diferentes niveles de habilidades para practicarlas. Hay diferentes pasos a seguir entre ellos es importante tomar en cuenta los siguientes que pueden ser los más útiles en el momento en el que se quiera aplicar esta técnica a la vida personal:

Primero se debe procurar aplicar esta técnica en un lugar tranquilo, sin ruidos ni estímulos externos que puedan distraer al paciente.

La temperatura del lugar debe ser templada, es decir ni muy calurosa ni muy fría, de lo contrario el malestar que sienta el individuo en cualquiera de estos dos extremos, no le permitirá concentrarse como es necesario. Además es importante recalcar la importancia de la luz, que debe ser tenue para mejorar el ambiente de relax.

Es muy importante también el atuendo que se para esta actividad, la persona que vaya a ser expuesta a esta técnica debes usar ropa muy cómoda que no apriete ni moleste. Se puede realizar ya sea en un colchón o cama como en un buen sofá, siempre y cuando la persona tenga el espacio necesario para estar comfortable. La posición ideal sería recostado y con los brazos y piernas abiertos, separados del cuerpo. Es importante asegurarse de que el cuello y la espalda estén bien apoyados para evitar dolores posteriores.

En el siguiente paso se deben cerrar los ojos y la persona se debe dejar llevar por la música y la guía del terapeuta. Se le debe indicar al paciente que en el caso de que se le vengan imágenes estresoras o angustiantes a la mente, no debe abrir los ojos ni interrumpir la concentración, simplemente debe dejarlas pasar.

Para alcanzar un buen nivel de relajación es muy importante, además de aflojar los músculos y la concentración mental, tener una adecuada respiración. Es decir esta debe ser pausada y profunda, y el paciente debe sentir que circula por la sangre y recorre cada órgano de su cuerpo, como si se estuviera oxigenando.

Aplicación al caso:

La técnica de relajación que se utilizará para el caso actual será la de Visualización, considerándola la más conveniente debido a que es guiada y verificada por un especialista, y como el paciente en cuestión es un niño, esto será lo más adecuado. Además es la técnica

que más se presta para variaciones y aplicaciones individualizadas, ya que el paciente podrá visualizar las cosas que él desea y de añadir los elementos que él quiera a su proceso de relajación, por ende esto ayudará a que exista mayor motivación de su parte y a que el nivel de tranquilidad y felicidad durante la técnica sea aún mayor.

Con esta técnica se quiere alcanzar algunos objetivos en el paciente:

1. Que alcance un mayor nivel de tolerancia a la frustración, es decir que cuando algo le moleste, sepa manejar mejor la situación y pueda aplicar los conocimientos adquiridos durante la terapia acerca de resolución de problemas.
2. Que cuando se encuentre en situaciones amenazantes, ya sea en su casa como en la escuela, pueda mantener la calma.
3. Que se reduzca su ansiedad generalizada.
4. Que se conozca más a sí mismo, su cuerpo, su mente, lo que le gusta y lo que no, esto le ayudará a tener más confianza de sí.

Material y espacio que se va a necesitar para aplicar las técnicas y realizar la terapia:

Los materiales que se necesitarán para aplicar el plan terapéutico al niño son los siguientes:

1. Primero se necesitará un lugar donde se llevarán a cabo las sesiones terapéuticas, este lugar tiene que ser tranquilo, sin muchas distracciones ni visuales ni auditivas, apartado y acogedor. Tiene que inspirar confianza en el paciente y darle la sensación de privacidad que necesita.
2. Se necesitarán también elementos para hacer los apuntes de los datos del paciente y del avance terapéutico. Estos elementos son: papel, lápices, borradores, historia clínica.
3. Se necesitarán las pruebas psicológicas a aplicarse con el paciente que son: CBC y ECI.

4. Se necesitarán una grabadora, una televisión, discos de música relajante o clásica, videos acerca de violencia, una jarra vacía decorada, canicas o dulces, stickers y premios, con los cuales se trabajaran las técnicas ya antes descritas en el capítulo III.
5. Para las terapias en grupos se necesitarán un aula espaciosa con escritorios, un pizarrón con marcadores y borrador para anotar conclusiones y un espacio verde, en este caso el patio del centro educativo del niño.
6. Para las terapias de relajación se necesitarán una colchoneta, velas e inciensos.

CAPÍTULO IV

Plan de Intervención durante la Terapia.

Establecimiento del Rapport en la terapia:

Concepto: el rapport es un elemento fundamental en la terapia, es el vínculo que se establece entre el paciente y el terapeuta y es el que permite que exista esa confianza total en el otro que se necesita para un proceso exitoso. Sin el rapport, la persona no se identificará con el terapeuta, no estará “en sintonía” con el mismo y esto complicará el éxito de la terapia y en algunos casos lo boicoteará.

Hay algunas cuestiones que se deben tener en cuenta para establecer un buen rapport y dentro de ellas está por ejemplo que el terapeuta tendrá que esforzarse por copiar la postura los gestos, la actitud, el estado de ánimo y el lenguaje que comúnmente utiliza su paciente. Es importante también que mantenga el mismo tono de voz y la fluidez con la que habla el mismo, pero todo esto tendrá que hacerlo con mucho cuidado y sutileza para que el paciente no se dé cuenta y piense que en realidad el terapeuta se está mostrando auténtico.

Dentro de la terapia cognitiva, Beck (1979), dice que hay algunos elementos básicos en la relación terapéutica para que exista un buen desarrollo de la misma. Las características deseables en el terapeuta según Beck son tres competencias relacionales: Aceptación, Empatía y Autenticidad. La aceptación hace referencia al verdadero interés mostrado hacia el paciente y el problema que sufre, este interés no debe ser demasiado exagerado o sobreprotector y hay que tener en cuenta que este interés es percibido por el paciente subjetivamente, es decir, a su manera. Por otro lado, es importante que sea lo más empático posible, lo importante es que el paciente sienta que el terapeuta lo entiende y que puede percibir el mundo de la forma como él lo hace, que entiende su modo de ver las cosas y que se imagina por lo que debe estar pasando, esto provocará que el paciente se habrá completamente con su terapeuta y que la terapia surja mas efecto. Y por último la autenticidad hace referencia a la sinceridad del terapeuta con el paciente, para que tenga unas expectativas realistas de lo que puede o no puede esperar de la terapia, pero esta

información debe ser brindada con sutileza y en el momento oportuno para que no pueda dañar la relación entre los dos o provocar algún tipo de decepción o desamparo en la persona.

Además Beck (1979) señala que hay 3 factores básicos para mantener la relación terapéutica ya iniciada y son:

1. La confianza básica: se trata de que el paciente realmente crea que el terapeuta le puede ayudar a resolver sus problemas y que puede tener toda seguridad en expresar todas sus dificultades ya que es una relación segura y de confianza.
2. El rapport: se refiere básicamente a un acuerdo de metas y objetivos entre el paciente y el terapeuta, es importante aquí que las expectativas del paciente acerca de la terapia estén de acuerdo con lo que propone el terapeuta. Además se trata de que el terapeuta se ponga “en la onda” del paciente a través de los ya mencionados antes, empatía, aceptación y autenticidad. Es importante dentro de este punto explicar y consultar al paciente acerca de la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones y todos los pormenores del proceso terapéutico para llegar así a un acuerdo.
3. La colaboración terapéutica: que hace referencia a que el terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin el bienestar del mismo y la modificación de sus pensamientos y conductas distorsionadas. Dentro de este punto es muy importante recalcar el cumplimiento de las tareas recomendadas para la casa, como parte de la colaboración del paciente.

Tiempo de duración de la terapia:

La terapia con el niño tendrá una duración de 3 meses, con una sesión por semana, siendo un total de 12 el número de sesiones a realizarse.

Número de sesiones y estructura de la terapia:

El tipo de terapia que se utilizará para el caso actual tendrá bases cognitivo conductuales, debido a su comprobada eficacia y a su rapidez en dar resultados.

En el programa se describirá la terapia de cada sesión con las técnicas a utilizarse, buscando mejorar las relaciones del paciente con sus compañeros, maestras y especialmente con la madre, lo que ayudará a lograr nuevas y mejores habilidades sociales dentro del grupo y a establecer un vínculo más afectivo y saludable con la misma.

Las sesiones serán 12 y estarán distribuidas de la siguiente manera:

Primera sesión:

Durante la primera sesión se realizará la entrevista con la madre y con el niño.

Tema a tratar:

Esta primera sesión servirá para obtener datos generales del paciente y detalles del problema que está presentado. Además para obtener un paisaje claro de los conflictos en la relación madre-hijo.

Duración: 1 hora 30 minutos.

Técnica a utilizar: Entrevista.

Recursos: Historia Clínica, papel y lápiz. Sala de terapia.

Tarea para la casa: Ninguna.

Segunda sesión:

Tema a tratar: diálogo con la madre del niño acerca del problema por el que está pasando el mismo.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: Psicoeducación acerca de la agresividad y de cómo establecer límites.

Métodos sanos de reprender al niño.

Recursos: sala de terapia.

Tarea para la casa:

1. Anotar solo las cosas positivas de su hijo durante dos días y premiarle cuando las realice. Evitar fijarse en las actitudes negativas.
2. Técnica de dar la orden al niño de que haga algo que le guste y premiarle por ello, para aprender a dar órdenes de manera asertiva y para estimular al niño.

Tercera sesión:

Tema a tratar: entrenamiento en empatía con el niño.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: confrontación al niño y role playing.

Recursos: muñecos para representar a otros personajes en el role playing.

Tarea para la casa: ninguna.

Cuarta sesión:

Tema a tratar: entrenamiento en empatía con el niño.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: Confrontación al niño y observación de videos.

Recursos: televisión y videos educativos sobre violencia.

Tarea para la casa: Ninguna.

Quinta sesión:

Tema a tratar: trabajo en grupo dentro de la clase del niño. Se pedirá autorización a la maestra y se establecerá un diálogo acerca de agresividad con los niños/as de su clase, donde podrán exponer sus diferentes puntos de vista.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: confrontación al niño y la técnica de “razonamiento moral”, que consiste en establecer disonancias cognitivas o temas de dilema moral y llegar a acuerdos.

Recursos: aula, pizarrón, marcadores, grupo de trabajo, modeladora (terapeuta).

Tarea para la casa: Ninguna.

Sexta sesión:

Tema a tratar: se aplicará técnicas de relajación al niño para ayudarlo a superar su frustración y ansiedad.

Duración: 40 minutos.

Técnica a utilizar: Visualización, que consiste en visualizar imágenes placenteras creadas por el mismo paciente y relajar todos los músculos del cuerpo.

Recursos: colchoneta, grabadora, disco “Cuatro estaciones” de Vivaldi, sala de terapia.

Tarea para la casa: recrear estas imágenes a la hora de dormir.

Séptima sesión:

Tema a tratar: diálogo con el niño acerca de cómo se deben enfrentar los problemas y de cómo debe actuar ante ellos.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: técnica de solución de problemas, utilizar la “lluvia de ideas” para analizar posibles soluciones.

Recursos: papel, lápiz, sala de terapia.

Tarea para la casa: Ninguna.

Octava sesión:

Tema a tratar: reunir a la madre y al hijo para conversar acerca de los problemas que tienen en su relación.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: solución de problemas, técnica de escuchar los problemas desde el punto de vista del otro, con entrenamiento en empatía.

Recursos: Sala de terapia.

Tarea para la casa: seguir trabajando en escuchar el punto de vista del otro y notar la diferencia.

Novena sesión:

Tema a tratar: diálogo con el niño para mejorar sus formas de interacción social.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: entrenamiento en habilidades sociales, técnica de role playing, relajación.

Recursos: muñecos, sala de terapia, grabadora, colchoneta, música relajante.

Tarea para la casa: Ninguna.

Décima sesión:

Tema a tratar: diálogo con el niño acerca de tomar las cosas por su lado bueno.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: entrenamiento en habilidades sociales, técnica “el banco de niebla”, que se trata de reírnos de nosotros mismos cuando los demás nos dicen algo que no nos gusta. Luego se aplicará la técnica del “círculo de críticas” en un pequeño grupo estructurado, donde el niño pondrá en práctica sus aprendizajes de la sesión.

Recursos: compañeros/ as, silla, patio del Centro.

Tarea para la casa: ninguna.

Onceava sesión:

Tema a tratar: diálogo acerca de cómo es el comportamiento de otros niños/as dentro de la guardería.

Duración: 20 minutos (momento del recreo).

Técnica a utilizar: entrenamiento en habilidades sociales, técnica de observación, para mirar el comportamiento de otros niños y sus consecuencias, tanto positivas como negativas.

Recursos: patio del Centro educativo, papel, lápiz, compañeros/as.

Tarea para la casa: aplicar lo aprendido y las conclusiones de la técnica con su mamá.

Doceava sesión:

Tema a tratar: diálogo acerca de los sentimientos y el dolor que sienten las personas cuando las herimos, física o emocionalmente.

Duración: 1 hora.

Técnica a utilizar: entrenamiento en habilidades sociales, empatía con observación de videos. Luego habrá un espacio para practicar lo aprendido.

Recursos: televisión, videos educativos sobre violencia, compañeros/as, guardería.

Tarea para la casa: practicar lo aprendido con la madre.

Actividades extras para la madre y las maestras:

El entrenamiento en habilidades sociales tiene que ser igualmente reforzado tanto por la madre como por las maestras en el centro para que el niño las aplique constantemente y se conviertan en una forma de actuar comunes para él.

Para esto hay dos tipos de técnicas que se aplicarán en la casa y dentro del aula de clases y son:

- Técnica rompecabezas: que consiste en trabajar en grupo designando a cada niño una tarea para que sea experto en la misma y así alcanzar un mismo objetivo.
- Técnica de rellenar la jarra: se tendrá una jarra vacía tanto en el aula de clases como en la casa, la misma que se irá llenando de canicas o dulces, cada vez que el niño tenga alguna buena actitud, y se canjearán por refuerzos positivos.

Recursos: jarra decorada, canicas o dulces, proyecto de grupo, aula de clases, refuerzos positivos.

Cierre de la terapia:

Después de la doceava sesión de terapia, existirá una última sesión durante la cual se analizarán los objetivos alcanzados y los no alcanzados, se evaluará el proceso terapéutico y se entregará un informe general del mismo. En la corriente cognitivo conductual, generalmente se establecen desde el inicio el número de sesiones durante las cuales se llevará a cabo la terapia, sin embargo el cierre de la misma se deberá realizar solamente cuando:

1. Observemos que la mayoría de los objetivos planteados han sido satisfechos.
2. Si la sintomatología del paciente ha logrado ser reducida en su mayoría o eliminada.
3. Si el paciente ha adquirido las habilidades necesarias y las ha puesto en práctica como para valerse por sí solo.

En el caso de no ocurrir así, y si el paciente lo requiere o lo solicita, las sesiones podrán extenderse, pero de igual manera con un límite de tiempo.

El cierre de terapia con el niño en cuestión, se realizará junto a la madre, y se le entregará un informe final tanto a ella como a sus maestras. Se evaluará si es necesario más tiempo de terapia y si las expectativas de ambos han quedado satisfechas.

CONCLUSIONES

1. El presente trabajo de tesis se basó como explicación teórica en la terapia cognitivo conductual, específicamente la teoría de Albert Bandura, llamada Teoría de Aprendizaje por Imitación y comprobó que la agresividad se aprende por imitación del medio ambiente, en este caso, a la madre ya la conducta de la misma.
2. Esta teoría además comprobó que el comportamiento agresivo del niño responde a un problema de relación con la madre. Se llega a esta conclusión gracias a que tanto las entrevistas como las pruebas aplicadas al niño demuestran la existencia de problemas de vínculo y apego con la misma.
3. Las conductas antisociales y disociales de la adultez se pueden prevenir con intervenciones tempranas de este tipo.
4. Para el tratamiento en agresividad se necesita la colaboración de un grupo de trabajo formado por la madre, terapeuta, maestras y el mismo paciente.
5. Avance de la terapia: la terapia ha avanzado hasta la segunda sesión, que constituyen las entrevistas y la obtención de datos, y la psicoeducación y entrenamiento a la madre. Se ha comenzado a trabajar en entrenamiento en empatía con el niño.
6. Pronóstico: el pronóstico del niño es reservado, debido a que a veces existe falta de colaboración de parte de la madre.
7. Como última conclusión acotamos que en el caso de que el tratamiento no de resultado, se entregará un informe en la Junta Cantonal de la Niñez y la

Adolescencia del Azuay, que indique que el niño sufre de maltrato físico y emocional por parte de la madre, para que tomen las medidas legales respectivas.

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

Kassinove, Howard, Chip Tafrate, Raymond; *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento para Profesionales*; DESCLEE DE BROWER; 2005.

Sutton, Caro, *Child and Adolescent Behavior Problems*; BPS Blackwel; 2000.

Bellak, Leopold; Abrams, David M; *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*; Manual Moderno. México. 1993.

Watson, J. B.; Jersild, A. T; *Emociones del niño pequeño*; Paidós. Buenos Aires. 1965.

Florenzano, Ramon; Parra, guillermo de la; Jiimenez, Juan Pablo. Alarcon, Renato D.; Mazzoti, Guido; Nicolini Sánchez, Humberto. *Tratamiento psiquiátrico: Psicoterapias/ Psiquiatría*; Manual Moderno. México; 2005.

Nickel, Horst; *Psicología del Desarrollo de la infancia y de la Adolescencia*. editorial Herder, 1980.

Hernández-Guzmán L. y Sánchez-Sosa, J.J. (1996). Factores de riesgo y protectores que afectan el aprovechamiento escolar. En: R.B. Reynaud y J.J.Sánchez-Sosa (Dir.) *Psicología y Problemática Social*. México: UNAM-Ruesga.

Sánchez-Sosa, J.J. y Hernández-Guzmán, L. (1996). Contribuciones de las ciencias del comportamiento a la solución de problemas sociales. En A. Montano (Dir.) *Las profesiones en el Siglo XXI*. Saltillo, México: UAC. Pp. 86-98.

Anthony, L., Anthony, B., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C. & Shaffer, S. (2005). The relationship between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development, 14*(2),

Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998).

Castell, I., Frías, M., Corral, V. & Sotomayor, M. (2000). Apoyo familiar, castigo corporal y sus repercusiones conductuales en niños. *Revista Mexicana de Psicología*,

Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998).

<http://www.uam.es/departamentos/medicina/psiquiatria/psicomed/psicologia/nuevoprogram/agresividad.htm#2> .

1. - Los supuestos genéticos.

Fajardo-Vargas, Violeta;Hernández-Guzmán, Laura
Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil
Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, Vol. 34, Núm. 2, diciembre-sin mes,
2008, pp. 371-389
Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta
México.

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=59311115013>

<http://www.terapiacognitiva.com/>

www.psicologosencaracas.com