



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÉCNICAS COGNITIVAS
EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS AGRESIVOS

**Monografía previa a la
obtención del título de
PSICOLOGA CLÍNICA**

Alumna: JANETH PESANTEZ JARA

Director: MST. GERARDO PEÑA CASTRO

Cuenca -2007

A mis Padres

AGRADECIMIENTOS

Dirijo mis más sinceros agradecimientos a la Universidad del Azuay y a todos los docentes que participaron durante mi formación académica de manera especial a la Master Yolanda Dávila Pontón por su generosidad al compartirme sus conocimientos acerca del tema desarrollado.

ABSTRACT

This objective of this research work is to explain basic concepts of aggressiveness and conceptualize it in cognitive terms so as to be able to expose efficient cognitive techniques for the therapeutic intervention in the treatment of aggressive children, in a parallel way to the work fulfilled with the parents:

RESUMEN

La presente monografía fue elaborada con el objetivo de explicar conceptos básicos de la agresividad, conceptualizarla en términos cognitivos para de esta manera poder exponer técnicas cognitivas eficaces para la intervención terapéutica en el tratamiento de niños agresivos, obviamente paralelo al trabajo con los padres de familia.

INDICE

INDICE	6
INTRODUCCION.....	7
1. LA AGRESIVIDAD	8
1.1. CONCEPTO.....	8
1.2. TIPOS DE AGRESIVIDAD	8
1.3. TEORÍAS DEL ORIGEN DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO.....	9
1.4. LA AGRESIVIDAD EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO.....	12
2. TERAPIA COGNITIVA.....	15
2.1. CONCEPTO.....	15
2.2. BREVE RESEÑA HISTORICA	15
2.3. IMPORTANCIA DE LO COGNITIVO.....	16
2.4. EL MODELO COGNITIVO	17
2.5. PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVA	19
3. TERAPIA COGNITIVA CON NIÑOS	23
3.1. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA TERAPIA COGNITIVA CON ADULTOS Y LA TERAPIA COGNITIVA CON NIÑOS.....	23
3.2. EL MODELO COGNITIVO EN NIÑOS	24
3.3. PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO.....	25
3.3.1. <i>HACERLES PARTÍCIPES DE LA LÓGICA DEL TRATAMIENTO.....</i>	<i>26</i>
3.3.1.1. Técnicas para identificar emociones	26
3.3.1.2. Técnicas para reconocer la intensidad de las emociones.....	27
3.3.1.3. Técnicas para identificar pensamientos y conectar pensamientos y emociones	28
3.3.2. <i>ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.....</i>	<i>29</i>
3.3.2.1. Técnicas para entrenamiento en Habilidades sociales.....	29
3.3.2.2. Entrenamiento en relajación	31
3.3.2.3. Resolución de problemas	31
3.3.3. <i>TÉCNICAS AUTOINSTRUCCIONALES</i>	<i>32</i>
3.3.3.1. Enfoques autoinstruccionales.....	32
3.3.4. <i>TÉCNICAS DE ANÁLISIS RACIONAL.....</i>	<i>35</i>
3.3.5. <i>TÉCNICAS DE RAZONAMIENTO MORAL.....</i>	<i>36</i>
4. TRABAJO CON PADRES	38
4.1. COMO DEFINIR UN PROBLEMA	39
4.2. ENSEÑAR A DAR ÓRDENES	40
4.3. MODELOS PARA ENSEÑAR A CONTROLAR LA CONDUCTA A TRAVÉS DEL USO DE REFUERZOS POSITIVOS	43
4.4. CONTROL DE CONTINGENCIAS.....	44
4.5. COMO CONTROLAR LA CONDUCTA NO DESEADA.....	45
CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	48

INTRODUCCION

La remisión de los niños por su comportamiento agresivo es más frecuente en la consulta psicológica, es así que el terapeuta realiza su intervención con los padres para poder romper aquellas conductas y pautas de comunicación que sostienen la agresividad, sin embargo, durante los últimos años se ha podido evidenciar la efectividad del trabajo terapéutico con los niños a través del uso de técnicas cognitivas, indiscutiblemente paralelo al trabajo con los padres para que se pueda disminuir y extinguir conductas agresivas.

El objetivo de la presente investigación es dar a conocer las intervenciones cognitivas con niños agresivos utilizadas durante los últimos años. En el primer capítulo describimos nociones básicas acerca de la agresividad, sus causas, tipos y su desarrollo evolutivo; durante el segundo capítulo se exponen las concepciones básicas del modelo cognitivo. En el capítulo tercero empezamos a describir las semejanzas y diferencias del modelo cognitivo tanto en adultos como en los niños, así como las técnicas más utilizadas para el desarrollo del proceso terapéutico. y concluimos con el cuarto capítulo que abarca el trabajo terapéutico con padres, recalcando la importancia de su intervención para lograr disminuir conductas agresivas en los niños.

Las limitaciones de tiempo no me han permitido desarrollar más el tema presentado, sin embargo, tengo la satisfacción de haberlo podido elaborar para ampliar mis conocimientos y de esta manera ponerlos en práctica en mi vida profesional.

1. LA AGRESIVIDAD

La agresividad es una de las conductas que con mayor frecuencia presentan los niños en la consulta psicológica, ocasionando dificultades en sus relaciones interpersonales, por tanto en este capítulo se describirán conceptos básicos acerca de la agresividad, sus tipos, etiología y aspectos importantes en del desarrollo evolutivo de la misma.

1.1. CONCEPTO.

Para C. Genovard, C. Gotzens y J. Montané la agresión “es una reacción de lucha y sus componentes son la falta de satisfacción, la rabia, protesta y violencia o esfuerzo por cambiar las cosas. La conducta agresiva es intencionada y el daño puede ser físico o psíquico”.¹

1.2. TIPOS DE AGRESIVIDAD

La agresividad puede presentarse de dos formas: directa e indirectamente.

- ❖ **Agresividad Directa:** acción violenta física y verbal que se presenta en forma de amenaza dirigida contra la persona u objeto al que se considera causante de la frustración.
- ❖ **Agresividad Indirecta:** la acción violenta se desplaza hacia otra persona u objeto distinto del que la desencadenó.

En el caso de la agresividad infantil esta se manifiesta en forma directa a través de actos violentos físicos (dar patadas, pegar, empujar, morder)

¹ Cf. C. Genovard, C. Gotzens y J. Montané, “*Problemas Emocionales en el Niño*”, Editorial Heder, Barcelona, 1987, Pág.19.

como verbal (insultos, humillaciones, ofensas). También pueden presentarse en forma indirecta (sucede cuando el niño daña las pertenencias u objetos de la persona a la que quiere agredir). Sea cual fuere la forma de agresividad esta tiene siempre como objetivo lastimar y herir a la otra persona.

1.3. TEORÍAS DEL ORIGEN DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO

Fuensanta Cerezo Ramírez ² clasifica a las teorías que explican el origen del comportamiento agresivo en activas y reactivas.

TEORÍAS ACTIVAS: ponen el origen de la agresión en los impulsos innatos del ser humano, como instinto básico; dentro de ellas tenemos:

Teoría clásica del dolor: explica que el miedo al dolor está clásicamente condicionado, como demostró Pavlov. Las teorías que consideran la agresividad como respuesta a estímulos adversos sostienen que el dolor es siempre suficiente en si mismo para activar la agresión en los sujetos, este supuesto pone en relación directa la intensidad del estímulo con la intensidad de la respuesta, de manera que cuanto más intensamente dolorosa sea la señal asociada a un ataque más agresiva y más colérica puede llegar a ser la respuesta.

Teoría Catártica de la Agresión: catarsis surge de la teoría psicoanalítica, la que toma como base el modelo hidráulico de la personalidad que establece la analogía entre la necesidad de descarga de tensión de la persona y la descarga de presión de un líquido; en el plano de la personalidad, la catarsis supone una expresión repentina de afecto anteriormente reprimido cuya liberación se hace necesaria para mantener el estado de relajación adecuado siendo así una solución única al problema de la agresividad humana. Si se produce la catarsis la persona se

² Cf. Fuensanta Cerezo Ramírez, “*Conductas Agresivas en la edad Escolar*”, Ediciones Pirámide, Madrid, 2002, Págs. 32-42

sentirá mejor y menos agresiva, por lo contrario, si el mecanismo de liberación catártica está bloqueado, el sujeto se pondrá más agresivo.

Etología de la agresión: considera a la agresión como una reacción impulsiva e innata, relegada a nivel inconsciente, casi fisiológico y la explica como una reacción espontánea y no hay ningún placer asociado a ella.

Teoría Bioquímica: esta teoría sostiene que la conducta agresiva se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el interior del organismo y en los que desempeñan un papel decisivo las hormonas. Se ha demostrado que la noradrenalina es un agente causal de la agresión.

TEORÍAS REACTIVAS: Ponen énfasis en el medio ambiente como origen de la conducta agresiva. Dentro de ellas tenemos las siguientes:

Teoría de la frustración: establece que detrás de cualquier conducta violenta existe una frustración previa, entendiendo a la frustración como una reacción emocional que surge ante la contrariedad, sin embargo no es necesaria solo un factor externo sino la intervención de elementos cognitivos, es decir, que la persona interprete la situación como amenazante y de esta forma el sentido de aprendizaje y experiencia actúan como moderadores de la reacción ante la frustración. Así la reacción violenta no se da solo ante la no consecución de una meta sino cuando la contrariedad se interprete como un ataque personal.

La teoría sociológica: Varios sociólogos sostienen que cuanto más unido está un grupo en la adversidad menos probable es que sus miembros sientan los efectos del desastre y que cuanto mayor es el nivel de comunicación entre los miembros de un grupo de riesgo más capaces serán estos de resolver sus dificultades, de manera que si el grupo permanece unido, es capaz de considerar una dificultad como un reto común y esta actitud repercute en un aumento de su cohesión, por otro lado el estilo de agresión social no puede predecirse tomando como base

la forma en que cada uno ha sido educado sino que el grupo tiene un referente comportamental o un sujeto colectivo llamado "el otro generalizado" al que el grupo respeta, dirige sus acciones, como si este otro fuese el único a través del cual puede obtener gratificación social. Así la conducta agresiva únicamente buscará el bienestar del grupo independientemente del sacrificio que represente para uno u otro miembro del mismo.

Factores cognitivos y sociales: investigaciones recientes en este campo sostiene que los sujetos agresivos no tienen en su repertorio respuestas a situaciones adversas que no sean agresivas y sugieren que la conducta agresiva, como forma de interactuar con el medio, es el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la información que dificulta la elaboración de respuestas alternativos.

Así como factores significativos que favorecen el desarrollo de la agresión en la infancia. Genovard, C. Gotzens y J. Montané³ citan los siguientes:

- ❖ Imitación: los niños imitan conductas agresivas que ven repitiéndolas en la vida cotidiana, conductas de modelos agresivos (padres, maestros, la televisión)
- ❖ Falta de coherencia en la educación: que genera confusión en los niños y se da cuando uno o ambos padres vacilan ante la conducta agresiva del niño y no saben si alabar o criticar.
- ❖ Padres permisivos: una educación poco exigente fomenta conductas agresivas, al interrelacionarse con otras personas (no permisivas) y no conseguir lo que quieren esto generará frustración y enojo que desencadenará un conducta violenta.

³ Cf. C. Genovard, C. Gotzens y J. Montané, "*Problemas Emocionales en el Niño*", Editorial Herder, Barcelona, 1987, Pág.20- 22.

- ❖ Carenzas Afectivas: los padres al ser incapaces de brindar afecto generarán desconcierto, porque el niño tratará de llamar la atención a través de las conductas agresivas.
- ❖ Relaciones Deterioradas/disciplina dura: los conflictos conyugales y maltrato pueden inducir al niño a comportarse agresivamente.

1.4. LA AGRESIVIDAD EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO

Para De Bolman ⁴ la agresividad presenta manifestaciones diferentes según el momento del desarrollo evolutivo, existen comportamientos agresivos propios de un momento o edad. El niño empieza desde muy pequeño a reaccionar contra toda fuente de frustración, restricción o irritación, en primera instancia estas conductas son poco dirigidas, sin embargo, con el tiempo el niño va focalizando objetos concreto orientándose hacia la hostilidad y venganza. Así distingue los siguientes:

De 0 meses a 6 meses

La agresividad es de tipo indiferente sin que existe objeto alguno, la finalidad de la violencia en esta edad es el alivio o reducción de la tensión. Con inclusión de todo el organismo sin que haya diferencia entre el sí mismo y el objeto exterior.

De 6 meses a 2 años

La agresividad es semidiferenciada, existe cualquier objeto frustrante animado o inanimado, la finalidad de la violencia en esta edad es la eliminación del objeto frustrante. La diferencia entre el sí mismo y el exterior aunque vacilante, va estableciéndose gradualmente.

⁴ Cf. Fuensanta Cerezo Ramírez, “*Conductas Agresivas en la edad Escolar*”, Ediciones Pirámide, Madrid, 2002, Págs. 52-55.

De 1 año a 3 años

La agresividad es manifestada en rabia dirigida a rabietas y enojos, aquí existe un objeto específico que habitualmente es la madre o algún hermano. La finalidad de la violencia a esta edad es el control o dominio del objeto frustrante, propósitos sádicos como lastimar o torturar. Se aplica la ley del talion, debido a que cobra importancia el control y dominio del objeto amado, es normal la lucha por el poder y predominan las descargas motrices.

De 2 años a 5 años

La agresividad es manifestada como rabia modificada y rabietas, existe ambivalencia. El objeto enfocado es admirado o temido (en general son los padres). La finalidad de la violencia es la resolución de mezclas conflictivas de amor y odio, la conservación del amor de los padres y obtener reparación. Existe intento de imitar a los padres e identificarse con ellos, de ahí que sea común la negación y el desplazamiento del enojo (fantasías agresivas).

De 4 años a 7 años

La agresividad está dada por el enojo, los celos y envidia. El objeto enfocado es admirado o temido (en general son los padres). La finalidad de la violencia es la resolución de mezclas conflictivas de amor y odio, la conservación del amor de los padres y obtener reparación. Comienza la internalización de normas morales, se prefieren la fantasía y las expresiones verbales, los desplazamientos y abundan los juegos agresivos.

De 6 años a 14 años

La agresividad se manifestada por enojos, fastidios, disgustos, envidia, codicia, deseo, celos y censura. Los objetos a dirigirse son los padres, hermanos y hasta el mismo sujeto. La finalidad de la violencia a esta edad

es ganar, competir, asegurar la justicia y dominar los sentimientos; la racionalidad, el autocontrol cobran cada vez mayor eficacia, los niños pelean físicamente y las niñas lo hacen verbalmente.

De 14 años a Edad Adulta

La agresividad es provocada por toda una gama de sentimientos modificados de agresión, se experimenta dos sobre todo en relación con las actividades, el trabajo y el deporte; se vuelven dominantes, las actitudes son referidas a uno mismo. La finalidad de la violencia a esta edad es el mantenimiento del equilibrio emocional en especial en relación con la autoestima. Aparece la capacidad de empatía con los demás y también la capacidad del pensamiento abstracto.

Es importante que a partir de los 4-5 años exista la interiorización de normas sociales dadas por los Padres y maestros, sin embargo, si el comportamiento agresivo se extralimita se complicará las relaciones sociales que se establezcan a lo largo del desarrollo dificultando de esta manera la integración del individuo a cualquier ambiente.

En conclusión, en este capítulo hemos podido ver que existen factores que influyen de manera directa en la agresividad dentro de desarrollo evolutivo en el ser humano.

2. TERAPIA COGNITIVA

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamientos que influye en el estado de ánimo y en la conducta del paciente; este capítulo aborda los conceptos básicos utilizados en la terapia cognitiva así como los principios fundamentales de aplicación apoyándose en su gran parte en la obra “Terapia Cognitiva” de Judith Beck.

2.1. CONCEPTO.

Aaron Beck describe a la terapia cognitiva como “un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que sostiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta”.⁵

2.2. BREVE RESEÑA HISTORICA

A comienzos de los años sesenta en la Universidad de Pensilvania, el doctor Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve centrada en la problemática presente y por ende con la finalidad de resolver los problemas actuales del paciente modificando su pensamiento y por tanto corregir las conductas disfuncionales.

⁵ Aaron Beck ,“*Manual de Psicoterapias Cognitivas*”, Edit. Paidós, Barcelona,1997,Cap.1

Desde ese momento tanto Beck como otros profesionales adaptaron su aplicación para pacientes con trastornos psiquiátricos, más tarde se desarrollaron diversas formas de terapia cognitivo-conductual, la terapia racional emotiva de Albert Ellis, la modificación cognitiva conductiva de Donald Meichenbaum, la terapia multimodal de Arnold Lazarus, también realizaron sus aportaciones M. Mahoney, Vittorio Gudano y Giovanni Liotti.

En la actualidad se ha podido evidenciar la eficacia en el tratamiento de las depresiones mayores, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, las fobias sociales, la drogadicción, los trastornos de la alimentación, los problemas de pareja, la depresión en pacientes internados, el trastorno obsesivo compulsivo, el estrés postraumático, los trastornos de personalidad, depresión recurrente, el dolor crónico, la hipocondría, la esquizofrenia, presos y escolares. También se ha dado uso de la terapia cognitiva para la aplicación a grupos y la terapia familiar.

Persons, Burns y Perloff (1988) demostraron que la terapia cognitiva es eficaz para pacientes de todas las edades desde los preescolares (Knell, 1993) hasta los ancianos.

2.3. IMPORTANCIA DE LO COGNITIVO

El éxito de la terapia cognitiva parte del modelo de Beck, el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo, es decir, un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente, para conseguir a partir de dicho cambio una transformación duradera de sus emociones y comportamiento.

2.4. EL MODELO COGNITIVO

Para Judith Beck⁶ la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. Así la respuesta emocional esta condicionada por la percepción de la situación.

En términos cognitivos, cuando los pensamientos disfuncionales son sometidos a la reflexión racional, las emociones suelen modificarse. Existe un fenómeno cognitivo que nos explican acerca de los pensamientos automáticos y son las creencias.

Las creencias: A partir de la infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, de las otras personas y el mundo.

Las creencias o esquemas cognitivos mas profundos tienden a hacerse mas estables y fuertes con el tiempo y llegan a tener una poderosa influencia sobre nuestro modo de pensar, de sentir y de comportamiento. Así podemos diferenciar las creencias centrales a las ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo, son consideradas como verdades absolutas. Cuando se activa esta creencia central la persona interpreta las situaciones a través de la lente de esta creencia, de esta manera se mantiene la creencia, a pesar de que sea equivocada y disfuncionales. Las creencias centrales son globales, rígidas y se generalizan en exceso.

En tanto que los pensamientos automáticos son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición. También tenemos a las creencias intermedias que tienen lugar entre los pensamientos y las creencias centrales.

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias que consisten en reglas, actitudes y presunciones, a menudo no

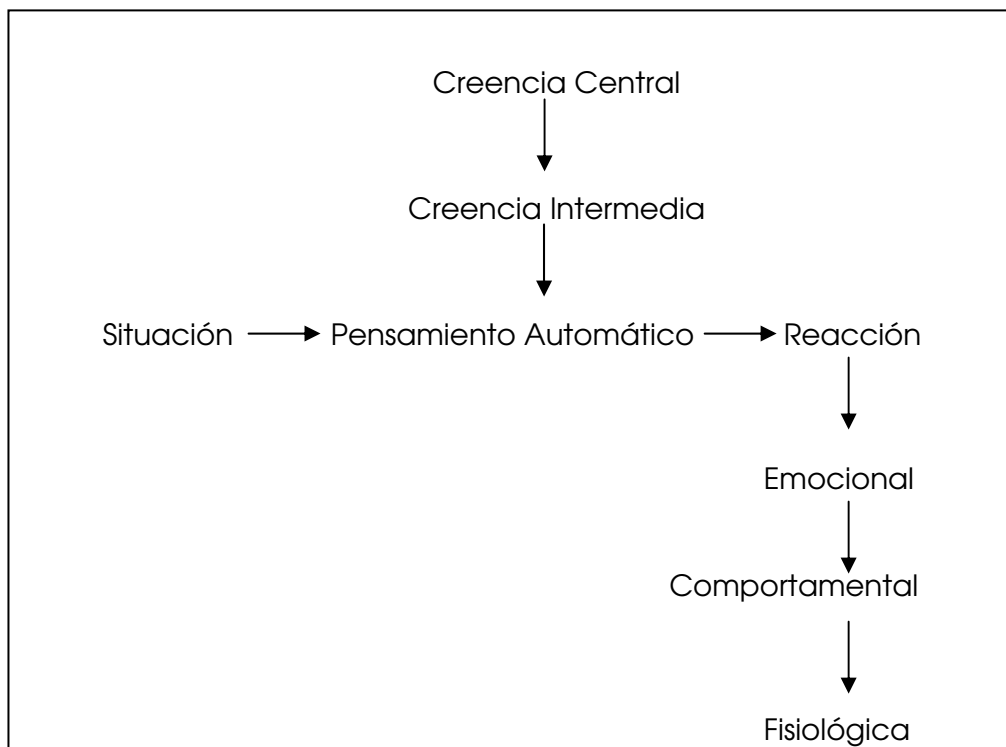
⁶ Cf. Judith Beck, “*Terapia Cognitiva*”, Editorial Gedisa, Barcelona, 2000, Págs. 32-38

expresadas. Las mismas que influyen en la forma de ver una situación y esa visión a su vez influye en el modo como piensa y se comporta.

Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan organizar sus experiencias de manera coherente para alcanzar la adaptación que necesitan. Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. Las creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y su lugar se puede aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales. Con el siguiente ejemplo se puede apreciar como funciona la creencia intermedia:

- ❖ **Actitud:** "Ser incompetente es algo terrible".
- ❖ **Reglas/Expectativas:** "debo trabajar lo más duro que pueda todo el tiempo".
- ❖ **Presunción:** "Si trabajo muy duro, podré hacer algunas cosas que otras personas pueden hacer fácilmente."
- ❖

Relación entre la conducta y los pensamientos



2.5. PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVA

Existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitiva y estas son:

- ❖ **Principio 1.** La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.

El terapeuta conceptualiza las dificultades del paciente en marcos de tres tiempos. Primero identifica el pensamiento presente y sus comportamientos problemáticos, en segundo lugar discrimina los factores desencadenantes que influyen sobre las percepciones del paciente y en tercer lugar el terapeuta formula hipótesis acerca de situaciones clave en el desarrollo del problema y los modelos persistentes de interpretación de dichas situaciones.

El terapeuta basa sus formulaciones en los datos que el paciente le provee en la primera entrevista y va profundizando el marco teórico a medida que prosiga la terapia.

- ❖ **Principio 2.** La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica.

El paciente necesita disposición para trabajar y confiar en el terapeuta, quien debe reunir todas las características básicas de la actividad, tales como: calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia. Los pacientes con trastornos de personalidad necesitan más énfasis en la relación terapéutica para poder forjar una buena alianza de trabajo.

- ❖ **Principio 3.** La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.

Es de fundamental importancia que el terapeuta al inicio sea más activo procurando tomar decisiones juntamente con el paciente tanto de los temas a tratar cada sesión como de la frecuencia de los encuentros y tareas. Así a medida que el paciente vaya mostrando mejoría, el terapeuta puede alentar para que su participación en las

sesiones sea más activa a fin de que el paciente sea quien decida sobre los temas a tratar en la sesión, reconocer sus distorsiones de pensamiento y diseñar sus tareas para la casa.

- ❖ **Principio 4.** La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.

El terapeuta debe pedir al paciente en la primera sesión que enumere sus problemas y que fije objetivos específicos, el terapeuta puede ayudar a evaluar los pensamientos, a través de un examen de evidencia, que interfieren con sus objetivos y a tomar medidas al respecto.

- ❖ **Principio 5** La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.

El tratamiento pone un fuerte énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente; la resolución o el abordaje más realista de las situaciones perturbadoras muchas veces lleva al alivio de los síntomas. El terapeuta cognitivo, por lo tanto, suele comenzar la terapia con un examen del aquí y ahora independientemente de cual sea el diagnóstico. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias: cuando el paciente expresa fuerte predilección por hacerlo; cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional; o cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad.

- ❖ **Principio 6** La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.

Es importante que en la primera sesión el terapeuta instruya al paciente sobre la naturaleza y el desarrollo de su trastorno, del proceso de la terapia cognitiva y del modelo, explicando como sus pensamientos influyen sobre sus emociones y su conducta, sin embargo, no solo le ayuda a establecer objetivos, identificar, evaluar

sus pensamientos creencias y a planificar sus cambios de conducta, sino también que le enseña cómo hacerlo.

❖ **Principio 7** La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.

En el caso de pacientes con depresión y angustia el tratamiento va de un periodo de 4 a 14 sesiones, sin embargo existen pacientes que no hacen suficientes progresos en pocos meses y necesitan tratamientos de uno o dos años (o probablemente más tiempo aún) para poder modificar creencias disfuncionales muy rígidas y modelos de comportamiento que contribuyen a su malestar crónico.

❖ **Principio 8** Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.

No importa el diagnóstico que fuere o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión. El terapeuta controla el estado de ánimo del paciente, se le pide que haga una breve reseña de la semana, así como se le pide que haga un comentario de la sesión anterior, si controla las tareas para el hogar y procura obtener algún tipo de retroalimentación al finalizar. Esta estructura permanece constante durante toda la terapia. Esto facilita para que una vez concluido el tratamiento el paciente pueda practicar la autoterapia. Este formato permite también ayudar a centrar la atención en lo más importante y maximizar el uso del tiempo.

❖ **Principio 9** La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.

El terapeuta ayuda al paciente a centrarse en un problema específico, a identificar su pensamiento disfuncional, a evaluar la validez de su pensamiento mediante el examen de evidencia que parece avalarlo y la que parece contradecirlo y a diseñar un plan de acción. El terapeuta entonces se vale de el cuestionamiento socrático que colabora al paciente perciba que esta verdaderamente interesado en el empirismo colaborativo, es decir,

que la ayuda a determinar la precisión y la utilidad de sus ideas, mediante un revisión cuidados de los datos.

En tanto que en otras sesiones se emplea el descubrimiento guiado un proceso en el cual sigue interrogando al paciente acerca del significado de sus pensamientos para develar las creencias subyacentes que el tiene respecto de si mismo, del mundo y de los demás. También a través de las preguntas le va guiando en la evaluación de la validez y la funcionalidad de sus creencias.

- ❖ **Principio 10.** la terapia cognitiva se sirve de un variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta tales como el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado, aunque también se utilizan dentro de un marco cognitivo técnicas provenientes de otras orientaciones terapéuticas (de manera especial de la terapia del comportamiento y de la terapia gestáltica).

El terapeuta selecciona las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

Estos principios básicos se aplican a todos los pacientes. Sin embargo, la terapia varía considerablemente según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El énfasis que se da al tratamiento depende del trastorno en particular.

En resumen, podemos decir que conceptualizar al paciente en términos cognitivos es importante para poder determinar el tratamiento más eficiente y efectivo.

3. TERAPIA COGNITIVA CON NIÑOS

Partiendo del modelo cognitivo planteado por Beck, la escuela cognitiva ha incorporado en su tratamiento el uso de este modelo para el trabajo con niños. A partir de 1990 los aportes de Knell han demostrado la utilidad de la aplicación de la terapia cognitiva con niños. Este capítulo se apoya fundamentalmente en la obra "Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes" de Robert. D Friedberg y Jessica M. McClure que describe las técnicas a utilizarse en el tratamiento con niños agresivos.

3.1. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA TERAPIA COGNITIVA CON ADULTOS Y LA TERAPIA COGNITIVA CON NIÑOS

Aunque la terapia cognitiva se adapte a características únicas del trabajo con niños, muchos de los principios del trabajo con adultos se pueden aplicar al tratamiento. Así son principios aplicables al trabajo con niños:

- ❖ El empirismo colaborativo: hace referencia al enfoque basado en datos que sigue la terapia cognitiva. Estos datos provienen directamente del paciente y ponen de manifiesto los fundamentos fenomenológicos de la terapia cognitiva
- ❖ El descubrimiento guiado: está diseñado para sembrar dudas sobre la certeza de las creencias del cliente. En lugar de obligar al niño a pensar lo que el piensa, el terapeuta utiliza el descubrimiento guiado para animarle a elaborar explicaciones más adaptativas y funcionales.

- ❖ La estructura de las sesiones: puede aplicarse con flexibilidad a los niños tanto en el establecimiento de una agenda, valoración del estado de ánimo, revisión de tareas para casa que son un elemento central, que permite a los niños aplicar sus habilidades a contextos reales, La elicitación de retroalimentación.
- ❖ Además la terapia con niños se centra en los problemas: es activa y está orientada a objetivos al igual que con los adultos.

Sin embargo, difiere de la terapia con adultos por algunas razones; En primer lugar los niños no controlan el proceso; raramente dan comienzo al tratamiento y tampoco suelen tener la oportunidad de decidir cuando termina. En otros casos hay niños intentan evitar el proceso terapéutico o que llegan a odiar la terapia y se ven obligados a seguir con ella por circunstancias externas.

A pesar de que la terapia cognitiva con niños suele basarse en un enfoque experiencial centrado en el aquí y el ahora, como los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo. Por tanto el terapeuta debe tener en cuenta los complejos aspectos sistémicos, ya que estos podrían extinguir o reforzar habilidades de afrontamiento adaptativas.

3.2. EL MODELO COGNITIVO EN NIÑOS

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social, teoría del procesamiento de la información y utiliza combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico operante.

Sostiene que hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas

humanas. Estos son los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se presentan en un contexto interpersonal y ambiental.

La forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional. Su punto de vista debe ser un foco de atención fundamental en el tratamiento. Así el modo en que los niños construyen sus paquetes mentales sobre si mismos, sobre sus relaciones con otras personas, sobre sus experiencias y sobre el futuro influye en sus reacciones emocionales.

Los niños no reciben ni responden pasivamente a los estímulos ambientales. En lugar de ello, elaboran activamente la información seleccionando, codificando y explicando las cosas que le suceden a si mismo y a los demás.

Este sistema de procesamiento de la información tiene una organización jerárquica, formada por productos, operaciones y estructuras cognitivas. Los pensamientos automáticos son los productos cognitivos en este modelo. Son pensamientos o imágenes que forman parte del flujo de conciencia, que varían en función de la situación y pasan por las mentes de las personas cuando se da un cambio en su estado de ánimo.

Para Guidano⁷ los esquemas se desarrollan en edades tempranas, se van reforzando a lo largo del tiempo y se consolidan en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta a través de la repetición de experiencias de aprendizaje.

3.3. PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento de niños con trastornos emocionales y / o comportamentales va dirigido en sentido general, a lograr el equilibrio y bienestar psicológico del niño, para ello debe dotársele de recursos psicológicos que favorezcan su adecuación emocional y adaptación a los contextos ambientales en los que se desenvuelve; tratar de eliminar o al

⁷ Guidano V, "*Procesos Cognitivos y desordenes emocionales*", Editorial Guilford, Nueva York, 1983.

menos disminuir ansiedades, conductas agresivas, culpas, estados de tensión interna que dificultan esta adecuación.

Los niños agresivos, suelen despertar en el terapeuta intensas emociones de ira, frustración y ansiedad por sus conductas agresivas, de oposición, rebeldía y menosprecio de las personas; estos niños suelen presentar fracasos en las tareas escolares, dificultades en la lectura, menos habilidades sociales y un mayor nivel de rechazo por parte de sus iguales. La orientación del tratamiento se dirige a aplicar paquetes multimodales.

El plan del tratamiento se orienta a detallar el orden y momento adecuado en que deben realizarse las diversas intervenciones. Este plan de tratamiento debe basarse en la conceptualización del caso así se tomará en cuenta las características y circunstancias de cada niño para su eficacia, en el caso del tratamientos con niños agresivos la planificación del tratamiento aborda métodos de autocontrol y autoinstruccionales.

⁸ Robert Friedberg y Jessica M. McClure sugieren la siguiente secuencia dentro del tratamiento con niños agresivos:

3.3.1. HACERLES PARTÍCIPES DE LA LÓGICA DEL TRATAMIENTO

En este paso se entrena a los niños para que logren identificar sus emociones, reconocer la intensidad de sus emociones, a identificar los pensamientos y por último conectar pensamientos y emociones.

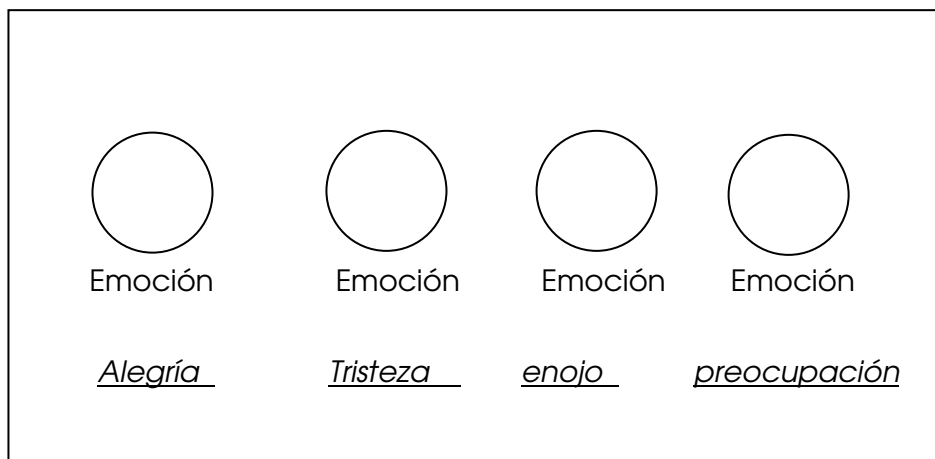
3.3.1.1. Técnicas para identificar emociones

❖ GRÁFICO DE CARAS

Este gráfico muestra caras con diferentes expresiones faciales, en el caso de los niños se puede trabajar con cuatro emociones básicas (alegría, tristeza, enojo y preocupación). Es importante que ellos aprendan a expresar como se sienten frente a diferentes circunstancias; además dentro

⁸ Robert. D Friedberg y Jessica M. McClure, "*Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*", Editorial Paidós, 2005, Pág. 13

de la sesión este ejercicio nos ayuda para valorar el estado de ánimo del niño. La técnica consiste en pedir al niño que dibuje cuatro caras en blanco, ellos escogen el color de la piel y las características faciales



❖ COLLAGE

Se puede utilizar variaciones con el uso de fotografías sacadas de revistas, el niño recorta fotos de personas que estén experimentando emociones diferentes, el niño pega las fotos en una cartulina y escribe la emoción correspondiente a cada imagen.

❖ LEER LIBROS ILUSTRADOS

Mirar películas, obras de teatro, programas de televisión y música: así los niños más pequeños pueden explorar componentes emocionales.

3.3.1.2. Técnicas para reconocer la intensidad de las emociones

❖ TERMÓMETROS EMOCIONALES:

Son instrumentos ampliamente utilizados para ayudar a los niños a identificar sus emociones ya que la mayoría saben para que sirven los termómetros.

❖ SEÑALES DE TRÁFICO

Ayudan de igual manera a puntuar la intensidad de las emociones, por ejemplo, el niño a mirar la luz roja se detiene porque se da cuenta que es una emoción intensa

❖ VINCULAR LAS EMOCIONES A SENSACIONES FÍSICAS.

Los niños suelen captar fácilmente sus sensaciones somáticas o corporales, estas reacciones fisiológicas pueden ser buenos puntos de fijación para los pequeños, podemos utilizar la pregunta ¿que sensaciones tienes en el cuerpo cuando _____? Tomando en cuenta que tiene que existir vinculación entre la pregunta y un referente conductual concreto ¿Qué sensaciones tiene en el cuerpo cuando oyes a mamá y papá gritándose entre sí?

3.3.1.3. Técnicas para identificar pensamientos y conectar pensamientos y emociones

Es de gran utilidad que el terapeuta al percibir un cambio en el estado de ánimo del niño, utilice preguntas como:

¿Qué te esta pasando por la cabeza ahora mismo?

¿Qué ha surgido en tu mente?

¿Qué te has dicho a ti mismo?

¿Qué te ha pasado corriendo por la cabeza?

Se pueden utilizar de igual forma diferentes estilos de diálogo terapéutico:

- Estilo Didáctico: e caracteriza por la enseñanza directa.
- Estilo Socrático: Esta marcado por preguntas que orientan los descubrimientos del niño.
- Estilo Metafórico: busca ampliar la perspectiva del niño utilizando metáforas y analogías.

- Estilo Humorístico: que procura animar al niño a reírse de las incorrecciones de sus pensamientos.

- ❖ **REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS.- JARDÍN DE FLORES DE PENSAMIENTO**

Consiste en hacer que los niños dibujen flores, cuyos pétalos representen emociones y cuyos tallos representen pensamientos. El suelo denota el acontecimiento que desencadena las emociones y los pensamientos. Los niños pintan los pétalos de un color diferente para cada emoción.

- ❖ **BOCADILLOS DE PENSAMIENTOS QUE SE PONEN JUNTO A CARAS O FIGURAS DIBUJADAS**

En este tipo de registro de pensamientos los personajes humanos o animales expresan una emoción y los niños rellenan los bocadillos. Para especificar el pensamiento y evitar confusiones entre pensamientos y emociones favorece la utilización del diálogo socrático.

3.3.2. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

El segundo paso a seguir es el entrenamiento de habilidades básicas, estas habilidades depende de los problemas de conducta de cada niño, entre ellas está el entrenamiento en habilidades sociales, la relajación que ayuda a limitar la conducta agresiva y técnicas que ayuden a la resolución de problemas para aumentar conductas prosociales.

3.3.2.1. Técnicas para entrenamiento en Habilidades sociales

- ❖ Los rompecabezas

Cochran y Cartledge² utilizan esta técnica, consiste en dar a un grupo de niños un proyecto dividido en varias partes, entregando cada una a uno de los niños, que es responsable de enseñársela a los demás. Puede ser de utilidad plantar un jardín, hacer un castillo de arena o representar una

⁹ Cochran L.L. y G Cartledge, “*Diversidad cultural y entrenamiento en habilidades sociales*”, Editorial Research, 1996

historia. Así el terapeuta puede obtener una muestra real de conducta e intervenir para subrayar interacciones inapropiadas.

❖ Rellenar la jarra

Es de utilidad para fomentar la aplicación de habilidades sociales. Consiste en poner una jarra en la sala de terapia de grupo. Si el terapeuta observa que algún miembro del grupo muestra una conducta prosocial, (ser empático, escuchar o responder a las críticas sin agresividad) pone una canica en la jarra. Los miembros del grupo reciben recompensas cuando las canicas llegan a una marca en la jarra. Se puede invitar a los miembros del grupo a reforzarse los unos a los otros poniendo canicas en la jarra cada vez que vean a un compañero interactuando correctamente.

❖ Uso de películas o cuentos

Consiste en usar libros, películas, canciones en función de las características culturales y étnicas de los niños como formas de enseñar habilidades sociales.

❖ Entrenamiento en empatía.

Para Goldstein ¹⁰los niños agresivos carecen de empatía es por tanto que su entrenamiento debe ser activo y gradual.

A estos niños les cuesta mucho reaccionar con personajes reales es por eso que resulta positivo utilizar personajes de ficción como un paso previo al trabajo con personajes reales.

Se empieza con el entrenamiento viendo una película o leyendo un libro con personajes que pasen por emociones y estresares diferentes. El entorno grupal es útil porque el hecho de hacer ejercicios con sus compañeros permite a los niños practicar en situaciones reales. Es importante también realizar preguntas como: ¿Cómo crees que se sintió? ¿Cómo te sentirías tú? ¿Qué podrías decir para demostrar que le entiendes? ¿Qué crees que se estaba diciendo a si mismo?

¹⁰ Goldstein A. P, “*Entrenamiento para el reemplazo de la agresión*”, Editorial Research, 1997

3.3.2.2. Entrenamiento en relajación

Andrea Erket¹¹ El entrenamiento en relajación es una técnica conductual que se puede aplicar para el control de ira. Se utiliza la relajación muscular progresiva que consiste en tensar y relajar alternativamente grupos musculares concretos. Para los niños se sugiere no hacer toda la tensión posible, sino solo tensar los músculos con tres o cuatro grupos musculares; se aconseja realizar entre cinco a diez segundos de tensión muscular por cada veinte segundos de relajación muscular, el habla del terapeuta debe ser suave, melódica, cálida y que siga un ritmo más lento que el patrón de habla normal, el vocabulario debe ser adaptado al nivel de desarrollo del niño, existen guiones de relajación para niño que incluyen metáforas o analogías (p.ej. Hacer presión con los dientes como si mordiera un caramelo duro, presionar fuerte la plastilina con las manos).

Las diez velas es un ejercicio de relajación que invita al niño a imaginar una fila diez velas y recibe la instrucción de apagar una vela cada vez que expulse el aire. Esta técnica es útil porque la forma de soplar cuando apagamos una vela encaja con la forma de inhalar y exhalar aire en el entrenamiento en relajación; además la visualización ayuda a los pequeños hacer más esfuerzo cuando exhalan y también porque les mantiene ocupados así tienen menos espacio mental para rumiaciones.

3.3.2.3. Resolución de problemas

En la resolución de problemas es importante la presentación de la resolución de problemas. En la primera etapa el terapeuta lanza al niño una pelota de espuma; cuando el niño la coja el terapeuta le pregunta ¿lo normal cuando te tiran una pelota es que la cojas?. Entonces el terapeuta le dice que haga cualquier cosa que no sea coger la pelota (como esquivarla o darle un manotazo) cuando el niño lo hace, se procesa la experiencia con él. (p.ej. ¿Qué te ha parecido hacer algo diferente?

¹¹ Andrea Erket, “*Islas de Relajación*”, Editorial Paidós Ibérica S-A, Barcelona –España, 2000.

La idea de esta actividad es divertir al niño, sorprenderlo con la actividad y no sepa bien que hacer y por último permitir realizar prácticas experienciales con la generación de nuevas posibilidades, abriendo de este modo el camino para la resolución de problemas.

Existen cinco pasos que Friedberg utiliza para la resolución de problemas. Consiste en un acrónimo llamado COPE ¹²; la "C" representa captar el problema, la "O" hace referencia a hacer una lista de las opciones, la "P" denota la predicción de las consecuencias a largo y corto plazo, y la "E" representa la evaluación de los resultados anticipados, después se pasa a la acción.

3.3.3. TÉCNICAS AUTOINSTRUCCIONALES

El tercer paso introduce técnicas más sofisticadas como las habilidades autoinstruccionales que ayudan al niño a pensar sobre los sucesos y reemplazar diálogos internos que les mueve a actuar por otros que les tranquilicen. Aquí también se aplican procedimientos de análisis racional como retribución se centran en la exploración de alternativas y en la corrección de errores de atribución. También es útil el razonamiento moral por la dificultad que presentan para establecer relaciones morales con los demás.

3.3.3.1. Enfoques autoinstruccionales

"A PROPÓSITO O SIN QUERER" ¹³

Esta herramienta incluye diez acontecimientos y la tarea del niño es determinar si suceden "a propósito" o "sin querer". Cada elemento va acompañado de dos preguntas. La primera le pide al niño que piense cinco formas de determinar si alguien hace algo a propósito o sin querer. Esto le ayuda a desarrollar nuevas formas de interpretar situaciones interpersonales,

¹² Robert. D Friedberg , "*Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*", Editorial Paidós, 2005, Pág. 334-335

¹³ Cf. Robert. D Friedberg, "*Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*", Editorial Paidós, 2005, Pág. 341

la segunda pregunta ¿Qué es importante saber para decidir si alguien hace algo a propósito o sin querer?; subraya los motivos por los que se aplica la técnica.

Señala si las cosas de esta lista pasan a propósito o sin querer.

Un compañero de clase no te saluda.	A propósito	Sin querer
Tu madre te pide que laves los platos	A propósito	Sin querer
Tu profesor se equivoca de nombre cuando te llama	A propósito	Sin querer
En el almuerzo tu amigo salpica leche en tu bandeja	A propósito	Sin querer
Tu amigo no te regala nada por tu cumpleaños	A propósito	Sin querer
Alguien se pone delante de ti en la cola	A propósito	Sin querer
Alguien tropieza con tu pupitre al pasar al lado sin mirar	A propósito	Sin querer
Alguien te coge el lápiz y no te lo devuelve	A propósito	Sin querer
Un compañero de clase se rie de ti y te insulta	A propósito	Sin querer
Alguien te mira de un modo extraño	A propósito	Sin querer

Haz una lista con cinco formas de diferenciar si alguien hace algo a propósito o sin querer.

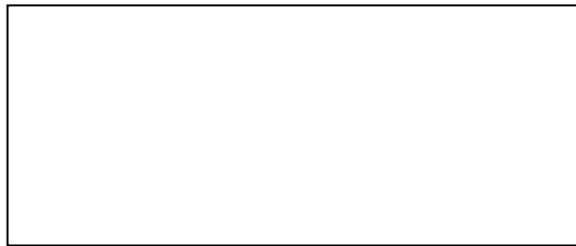
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿Qué es importante saber para decidir si alguien hace algo a propósito o sin querer?

ENFRIAR PELEAS ¹⁴

El proceso empieza hablando de la herramienta y explicando su funcionamiento. Se pide al niño que se imagine o se dibuje a si mismo sentado en un bloque de hielo y que intente encontrar frases calmantes y las anota debajo del bloque o en una ficha.

Dibújate a ti mismo sentado en este bloque de hielo.



Pinta el hielo con un color bonito que sea *Frío*

Escribe cinco frases que puedan enfriarte

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
-

¹⁴ Cf. Robert. D Friedberg, "*Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*", Editorial Paidós, 2005, Pág. 341

❖ SIMÓN DICE

Consiste en enseñar a los niños beneficios que puede tener el hecho de pararse a pensar. Simón dice es un juego donde los niños prestan atención, escuchan e inhiben sus conductas siguiendo una serie de órdenes sencillas. Se puede trabajar con diferentes instrucciones como ¿Qué te ha parecido hacer lo que Simón decía? ¿Qué cosas te han ayudado a hacer bien lo que Simón decía? ¿Qué es lo que hay que hacer bien en este juego? ¿Cómo has podido controlarte para hacer lo que Simón decía? ¿Qué necesitas para hacer lo mismo cuando no estés jugando? ¿Cuáles de las habilidades que pones en práctica jugando Simón dice puedes utilizar en la escuela y en casa?

3.3.4. TÉCNICAS DE ANÁLISIS RACIONAL

Estás técnicas son más aplicables a niños grandes y requieren que estos estén moderadamente agitados. Para Dodge¹⁵ las cogniciones de los niños airados implican atribuciones hostiles de malas intenciones. La retribución ayuda a los niños a considerar explicaciones alternativas. Les anima a preguntarse a si mismos ¿Qué otra forma hay de ver esto?

En el caso de los niños agresivos su conducta suele ser reforzada por sus pares y adultos que llegan a responsabilizarlos de todos los sucesos hostiles. En estos casos la reatribución resulta útil cuando se sienten responsables de acontecimientos que no dependen completamente de ellos,

❖ PASTEL DE RESPONSABILIDAD

Se basa en la idea de que solo se puede tener un cien por cien de una cosa. Cada acontecimiento se explica a partir de una serie de factores que son partes de un todo. El terapeuta y el pequeño dividen el pastel en porciones que representen la cantidad de responsabilidad que

¹⁵ Dodge. K.A., " *Procedimientos de Atribuciones en Niños agresivos*", Editorial Academic, Nueva Cork 1985, Vol. 4, Págs.73-110

corresponde a cada explicación del acontecimiento. Y el niño debe determinar el peso que cada factor tiene en su conclusión.

El proceso empieza haciendo que el niño haga una lista de las posibles causas del acontecimiento que le provoca malestar. Se le debe permitir incluir su parte de la culpa en la lista pero no anotarla en primer lugar. De este modo el proceso incluye la responsabilidad del niño pero facilita la reflexión al incluirla después de todas las demás causas. Cuando el niño termina la lista reparte con el terapeuta las porciones del pastel entre las causas. Cada porción explica un porcentaje determinado. El niño se atribuye a si mismo una porción después de haber repartido el pastel entre las otras causas.

3.3.5. TÉCNICAS DE RAZONAMIENTO MORAL

Goldstein¹⁶ recomienda incluir un componente de razonamiento moral en los paquetes de técnicas para el control de ira. Sostiene que se puede introducir cambios en este razonamiento generando conflictos o disonancias cognitivas. La idea es que el niño pase de un nivel de razonamiento moral inmaduro a un nivel de razonamiento más elevado.

Existen cuatro objetivos fundamentales: el primero consiste en explicar a los niños el propósito y los motivos que subyacen a la discusión en grupo del dilema. El segundo fundamenta que hay que hablar de la naturaleza del grupo asegurándose de transmitir a los niños que no hay respuestas correctas ni incorrectas, que todos van a poder hablar y que son ellos quienes tienen la responsabilidad de generar la discusión. Y el tercero se centra en explicar el papel del facilitador, se puede decir que el terapeuta no va a evaluar sus respuestas sino que va a ayudar a centrarse en la discusión y a asegurarse de que todos sigan las reglas del grupo y que tengan la oportunidad de hablar. Y por ultimo hay que subrayar las normas éticas que deben guiar la conducta dentro del grupo. Es importante que el

¹⁶ Goldstein A. P, “*Entrenamiento para el reemplazo de la agresión*”, Editorial Research, 1997

terapeuta controle la participación insensible, el exceso de participación y la falta de participación, en el caso de los niños agresivos estos suelen interrumpir o recurrir a insultos la actitud del terapeuta debe ser directiva para hacer respetar las reglas del grupo.

Durante este capítulo se ha podido ver que los principios de la terapia cognitiva en adultos pueden ser adaptados al tratamiento con niños agresivos a través de las diferentes técnicas que se han descrito y que han sido de gran utilidad y funcionalidad para los logros de ejecución de los niños.

4. TRABAJO CON PADRES

En la psicoterapia infantil es imposible no trabajar con los padres o adultos responsables, ya que la conducta agresiva suele presentarse con más frecuencia fuera del consultorio, por esto es de vital importancia que el terapeuta dentro de la planificación del tratamiento establezca un plan de acción conjunto con el adulto para que el niño no reciba instrucciones confusas que empeoren la sintomatología que presenta.

Para Alexander Lyford-Pike¹⁷ en nuestra sociedad existe actualmente una crisis de autoridad dentro de la familia que deteriora el papel de la institución familiar como núcleo básico de la organización social, perjudica la formación de niños y jóvenes para una vida adulta provechosa e inhabilita a los jóvenes de hoy para educar a la generación siguiente.

Para evitar estos efectos es necesario el ejercicio correcto del principio de autoridad. Ya que cuando los padres no logran marcar límites claros a sus hijos, dejan de cumplir su obligación de transmitirles una imagen positiva con perfiles bien definidos.

Este incumplimiento permite que los niños carezcan de puntos de referencia y modelos de conducta y aprendizaje.

La estrategia utilizada en el trabajo con padres es la educación, por ejemplo, se orienta sobre las conductas esperables en cada etapa del desarrollo, o sobre conocer los antecedentes y consecuencias de las conductas, para transmitirlos se hace uso de discusiones, lecturas y técnicas de modelado.

¹⁷ Alexander Lyford-Pike, "*Ternura y Firmeza con los hijos*", Ediciones Universidad Católica de Chile, séptima edición, Santiago 2000. Pág. 17

4.1. COMO DEFINIR UN PROBLEMA

Robert. D Friedberg¹⁸ sugiere que para definir un problema los padres necesitan evaluar la frecuencia, intensidad y duración del problema del niño.

Para evaluar la frecuencia de conductas agresivas se utiliza La tabla de Frecuencias de Taylor ¹⁹ , los padres deben llenar la tabla según el número de conductas desadaptadas que presente el niño en cada día de la semana.

	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMIGO
7.00							
8.00							
9.00							
10.00							
11.00							
12.00							
13.00							
14.00							
15.00							
16.00							
17.00							
18.00							

La intensidad de la conducta es evaluada por el terapeuta y los padres a través de una escala de intensidad de cinco puntos; por ejemplo: 1 punto puede indicar discusiones, 2 puntos puede indicar gritos, 3 puntos indica ría insultos, 4 puntos indica berrinches leves y 5 puntos indica la presencia de puñetazos y patadas, esta escala puede servir también para

¹⁸ Robert. D Friedberg,, *“Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes”*, Editorial Paidós, 2005, Cap. 14

¹⁹ Taylor L, *“Reactivos Psicológicos y procesamiento de la información en niños de madres depresivas”*, Diario de Psicología Anormal No. 108, 1999 Págs. 202-210

ver en que momento los padres intervienen, así por ejemplo a partir del numeral 3 los padres podrían actuar. Determinando los numerales 1 y 2 como espacio para que los niños puedan resolver sus problemas.

La duración de las conductas problemas deben ser tratadas en forma diferente así no es igual un niño que hace pataletas dos minutos a otro que las realiza por treinta minutos.

Anastopoulos ²⁰ utiliza el modelo ABC para ilustrar como cambiar las conductas del niño modificando los Antecedentes y las Consecuencias. El modelo es presentado a los padres de la siguiente manera: explicamos que (A) es lo que pasa antes de que ocurra la conducta, (B) es la conducta, así A establecen las condiciones necesarias para que las B aparezcan. Y la (C) son las consecuencias, es decir, las cosas que pasan después de la conducta y que hacen que suceda cierto número de veces. Esto permite a los padres entender los principios conductuales del modelo ABC y captar las respuestas que ellos mismo dan como consecuencia de la conducta del niño, así como predecir las cosas que le podían provocar (antecedentes).

4.2. ENSEÑAR A DAR ÓRDENES

Alexander Lyford-Pike ²¹considera que es importante que el adulto desarrolle tres habilidades para dar órdenes:

HABLAR CLARO: Significa la forma más conveniente de expresarse para asegurarse que los hijos escuchen. La comunicación asertiva requiere de los padres hablar en forma adecuada, utilizar algunas simples técnicas no verbales para reforzar las palabras, saber como manejar las discusiones y la frecuente actitud argumentativa de los niños y reconocer las buenas conductas.

²⁰ Anastopoulos A, “*Un programa de entrenamiento para niños con déficit de atención e hiperactividad*”, 2da Edic, Nueva Cork Wiley, 1998, Págs. 27-60

²¹ Alexander Lyford-Pike, “*Ternura y Firmeza con los hijos*”, Ediciones Universidad Católica de Chile, séptima edición, Santiago 2000, Págs. 36-41

RESPALDAR LAS PALABRAS CON HECHOS: para todos los niños los hechos son más elocuentes que las palabras; porque demuestran claramente y sin posibilidad alguna de duda que el adulto no se limita a hablar sino que también ejecuta las acciones correctivas cuando es necesario. Estas acciones deben ser previamente por los padres, para estar listos a responder con hechos; hablándoles asertivamente a sus hijos, éstos no escuchan ni obedecen.

ESTABLECER REGLAS DE JUEGO: Cubre la respuesta sistematizada de los padres a la conducta inadecuada de los hijos cuando la comunicación asertiva y el respaldo de palabras con hechos no han sido suficientes. El establecimiento anticipado de las reglas del juego les informa a los niños, claramente y de antemano, que tal conducta impropia específica provocará inevitablemente tal respuesta específica de los padres.

Existen también respuestas ineficaces por parte de los padres que se agrupan en dos categorías:

INSEGURAS

Estas respuestas fracasan porque los padres no les establecen claramente a sus hijos lo que esperan de ellos, y si lo hacen, no están preparados a respaldar con hechos

- **Afirmación inefectiva:** hacen relación a las afirmaciones en forma de pregunta, no sólo no transmiten lo que se espera de ellos sino que manifiesta falta de convicción.
- **Preguntas:** la mayoría de los padres piensa, equívocamente, que si pueden determinar la causa de la conducta impropia de sus hijos, recibiendo una explicación coherente. Los estarán induciendo a reconocer sus errores y a dejar de cometerlos y el resultado que obtienen es debilitar su posición puesto que el niño no sabe o no quiere manifestar por qué actúa de ese modo. Y si persevera esta actitud en vez de educar se pasa a negociar de igual a igual.

- **Ruego:** el ruego al niño trasmite una imagen paterna de fragilidad y debilidad, que induce a la desobediencia y a la desvalorización. Perdiendo así prestigio, autoridad y no se les presenta un modelo atrayente para ser imitado.
- **Ignorar la desobediencia:** ante las amenazas sin contenido, la mayoría de los niños aprenden a una edad temprana que no deben tomarlas en serio, ya que son el arma de los padres débiles, sin recursos y como tomados por sorpresa. Es por tal que una orden si verificar que se cumpla es como decirle al niño: "tengo que darte esta orden..., pero si no me haces caso, no te preocupes porque no te pasará nada".

RESPUESTAS HOSTILES

- **Penitencias excesivas:** el castigo debe tener un comienzo y un final. Cuando es excesivo es frecuente que los padres den marcha atrás, pasando así el mensaje de que se les puede tomar para la broma por su incoherencia.
- **Castigos físicos:** la agresión física puede ser una explosión paterna no meditada con un efecto negativo sobre la educación del niño, que lo hace sentirse rechazado, este distanciamiento obstaculiza una buena comunicación. Jane Nelsen²² considera que la disciplina punitiva se basa en la absurda creencia de que para conseguir que un niño haga mejor las cosas en el futuro primero hay que hacer que se sienta peor consigo mismo, en tanto que la disciplina positiva se basa en la comprensión de que los niños mejoran cuando se sienten mejor.

²² Jane Nelsen, "*Disciplina Positiva*", Editorial Paidós, Barcelona España 2002. Pág. 22

4.3. MODELOS PARA ENSEÑAR A CONTROLAR LA CONDUCTA A TRAVÉS DEL USO DE REFUERZOS POSITIVOS

Las técnicas utilizadas para enseñar a controlar la conducta a través del uso de refuerzos positivos suelen aplicarse antes de que aparezcan conductas negativas; es como enseñar a los padres a pillar a sus hijos portándose bien.

❖ Refuerzo

Según Barkley ²³ es adecuado empezar el entrenamiento de los padres enseñándoles a reforzar la buena conducta de sus hijos. Refuerzo es un término que se aplica a cualquier cosa que se presenta a continuación de una conducta para incrementar su frecuencia, esta técnica ofrece resultados rápidos incrementando la frecuencia de las conductas objetivo.

Muchos padres no refuerzan a sus hijos, solo se fijan en sus conductas cuando son perturbadoras o no deseadas, hay que hacerles comprender que si dejan solo a su hijo cuando se porta bien, están ignorando sus conductas positivas.

Existen dos tipos de refuerzos el positivo y el negativo, Robert. D Friedberg ²⁴ utiliza una herramienta muy sencilla para enseñarla. Primero se señala que todo refuerzo aumenta la frecuencia de la conducta deseada. Los términos refuerzo positivo (+) y negativo (-) solo hacer referencia a si se añade algo bueno para aumentar la conducta deseada (refuerzo positivo) o se quita o retira algo malo para aumentar su ocurrencia.

Una variación de refuerzo es dar la posibilidad de escoger ya que las elecciones son experiencias muy satisfactorias para muchos niños

²³ Barkley R, “*Niños Desafiantes*”, un Manual clínico para el asesoramiento en el entrenamiento de padres, 2da ed- Nueva York, Guilford Press, 1997

²⁴ Robert. D Friedberg, “*Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*”, Editorial Paidós, 2005, Cap. 14

❖ Tiempo de juego

Greenspan²⁵ subraya el valor del tiempo de suelo que consiste en un tiempo en que los padres o los cuidadores dedican a jugar con sus hijos en el suelo y a seguir las orientaciones de los niños. Se anima a los padres a dedicar unos diez minutos al día al tiempo de suelo. La técnica ayuda a reforzar y fortalecer el vínculo con los hijos, también es de utilidad para practicar la resolución de problemas; en el entrenamiento es importante enseñar a los padres a hacer más descripciones y menos preguntas en sus comentarios sobre el juego del niño. Se los anima a describir acontecimientos y conductas a elogiar conductas apropiadas y a ignorar conductas negativas si no son peligrosas o destructivas cuando juegan con sus hijos.

4.4. CONTROL DE CONTINGENCIAS

Consiste en entrenar a los padres para que enseñen a los niños a vincular su conducta con las consecuencias de los padres.

El control de contingencias es una aplicación específica de los principios del refuerzo. Su objetivo proporcionar la motivación externa necesaria para que los niños satisfagan algunas peticiones.

Anastopoulos ²⁶ explica que este proceso consiste en reforzar positivamente las conductas establecidas como objetivos. Los padres deben decidir que conductas van a entrar en el plan de control de contingencias. También pone énfasis en hablar con los padres de la diferencia que hay entre derechos y privilegios del niño como si fueran derechos.

Hay que tomar en cuenta la madurez cognitiva del niño y las necesidades de la familia. En general, el niño obtiene algún tipo de recompensa por realizar las conductas deseadas. Los padres pueden utilizar

²⁵ Greenspan S, “*Las primeras emociones*”, Editorial Paidós, Barcelona, 1997

²⁶ Anastopoulos A, “*Un programa de entrenamiento para niños con déficit de atención e hiperactividad*”, 2da Edic. Nueva Cork Wiley, 1998., Págs. 27-60

una tabla de contingencias y colgándola en la puerta de la nevera o un tablón de anuncios se puede fabricar un recordatorio visual para el niño. Los niños responden bien a los adhesivos ya que son llamativos y constituyen un refuerzo en si mismas. Es importante recordar que solo se pueden ganar puntos y la conducta no deseada puede ignorarse o tratarse con otras estrategias, no es recomendable que los padres quiten puntos ya que podría resultar contraproducente.

4.5. COMO CONTROLAR LA CONDUCTA NO DESEADA

❖ Ignorar o extinguir

La atención de los padres es un refuerzo muy importante, sin embargo, los padres suelen reforzar involuntariamente las conductas no deseadas de sus hijos, por ejemplo frente a las conductas acting out para llamar la atención de los padres; si los niños consiguen esa atención su conducta se ve recompensada. Enseñar a los padres a ignorar una conducta no deseable al mismo tiempo que refuerzan conductas más deseables es un estrategia muy potente. Ignorar la conducta implica retirar toda la atención que le prestamos, evitando el contacto ocular y no responderá la conducta, los argumentos ni el llanto del niño.

Para utilizar esta técnica es necesario que el terapeuta tenga en cuenta ciertos aspectos. En primer lugar los padres tienen que estar seguros de poder ignorar la conducta, nunca hay que ignorar conductas potencialmente peligrosas. En segundo lugar los padres para extinguir la conducta no deseada deben ser capaces de ignorarla en todos sus niveles y en tercer lugar los padres deben estar preparados para una explosión de la extinción, es decir, que cuando empiezan a ignorar la conducta problemática es probable que empeore antes de que vaya mejor.

❖ Tiempo fuera

Es una técnica más y peor utilizada por los padres. El tiempo consiste en sacar al niño de una situación que constituye un refuerzo para el, el

aislamiento es temporal y se utiliza como herramienta de aprendizaje. Después de un breve aislamiento se permite al niño volver a la situación. Spiegler ²⁷ resumen con elegancia algunos aspectos significativos del “tiempo fuera”.

1. Hay que decirle al niño la duración y los motivos del “tiempo fuera”.
2. Los tiempos deben ser breves.
3. Los padres no deben dar nunca refuerzos en el tiempo fuera.
4. Los padres deben hacer que el niño se quede en el tiempo fuera hasta que se acabe el tiempo establecido
5. el tiempo fuera solo debe terminar cuando el niño se este comportando de manera apropiada.
6. el tiempo fuera no debería facilitar beneficios secundarios al niño permitiéndole evitar responsabilidades desagradables.

Podemos concluir este capítulo recalcando que el trabajo con padres es importante para el tratamiento con niños agresivos a través de la disciplina positiva y el trabajo constante.

²⁷ Spiegler P. L, “*Terapia contemporánea del Comportamiento*”, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole, 1998

CONCLUSIONES

1. Existen factores que influyen de manera directa en la agresividad dentro de desarrollo evolutivo en el ser humano.
2. Conceptualizar al paciente en términos cognitivos es importante para poder determinar el tratamiento más eficiente y efectivo.
3. Los principios de la terapia cognitiva en adultos pueden ser adaptados al tratamiento con niños agresivos a través de las diferentes técnicas que se han descrito y que han sido de gran utilidad y funcionalidad para los logros de ejecución de los niños.
4. El trabajo con padres es importante para el tratamiento con niños agresivos a través de la disciplina positiva.

BIBLIOGRAFIA

1. ANASTOPOULOS A. *“Un programa de entrenamiento para niños con déficit de atención e hiperactividad”*, 2da Edic. Nueva York Wiley, 1999.
2. BECK Judith, *“Terapia Cognitiva”*, Editorial Gedisa, Barcelona 2000.
3. BARKLEY R, *“Niños Desafiantes: un Manual clínico para el asesoramiento en el entrenamiento de padres”*, 2da ed- Nueva York, Guilford Press. 1997
4. ERKET Andrea, *“Islas de Relajación”*, Editorial Paidós Ibérica S-A Barcelona –España 2000
5. FRIEDBERG Robert D. –Jessica McClure, *“Práctica clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes”*, Ediciones Paidós Ibérica. S.A, 2005.
6. GENOVARD C, Gotzens Y J Montane, *“Problemas emocionales en el niño”*, Herer, Barcelona, 1997.
7. GOLDSTEIN A.P, *“Entrenamiento para el reemplazo de la agresión”*, Editorial Research. 1997
8. GUIDANO V, *“Procesos Cognitivos y Desórdenes Mentales”*, Editorial Guildford, Nueva York, 1998.
9. LYFORD PIKE Alexander, *“Ternura y Firmeza con los hijos”*. Ediciones Universidad Católica de Chile, 7ma Edic. Santiago 2000
10. NELSEN Jane, *Disciplina Positiva*, Editorial Paidós, Barcelona, España 2002
11. RAMÍREZ Fuensanta Cerezo, *“Conductas Agresivas en la edad Escolar”*, Ediciones Pirámide, Madrid, 2002.