

31921
129



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
LOS TRASTORNOS INFANTILES**

T E S I S I N A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DEL CARMEN OCHOA GARCIA

ASESOR: MTRA. LAURA EVELIA TORRES VELAZQUEZ
SINODALES: MTRA. MARGARITA CHAVEZ BECERRA
MTRA. NORMA YOLANDA RODRIGUEZ SORIANO



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INDICE.....	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
Capítulo 1	
HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.....	9
1.1 Evolución.....	9
1.2 Terapia cognitivo conductual.....	13
1.3 Teoría de aprendizaje social.....	16
Capítulo 2	
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS INFANTILES.....	19
2.1 Ansiedad.....	20
2.2 Miedo y Fobia.....	22
2.3 Depresión.....	24
2.4 Agresión.....	26
2.5 Hiperactividad.....	27
Capítulo 3	
ASPECTOS NECESARIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS INFANTILES.....	30
3.1 Diagnóstico psicológico.....	32
3.1.1 Aspecto biológico, pedagógico y social.....	34
3.1.2 Errores del diagnóstico psicológico.....	36
3.2 Instrumentos de evaluación (entrevista, escala y cuestionario).....	37
Capítulo 4	
TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO CONDUCTUAL.....	48
4.1 Psicoterapia.....	48
4.1.1 Diferencias entre terapia para adultos y terapia infantil.....	50
4.1.2 El juego en la terapia.....	55
4.2 Terapia de juego cognitivo conductual.....	57
4.3 Métodos cognitivos conductuales.....	60
4.3.1 Terapia Racional Emotiva.....	60
4.3.2 Entrenamiento en autoinstrucciones.....	61

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.2 Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas.....	62
4.3.3 Entrenamiento en habilidades sociales.....	63
4.3.4 Relajación.....	64
4.3.5 Técnicas operantes.....	66
4.4 Posibles actividades para el tratamiento de los trastornos infantiles	70
CONCLUSIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es Identificar los métodos utilizados en la terapia de juego cognitivo conductual que desde el campo de la Psicología se proponen como básicos para llevar acabo un mejor tratamiento a los trastornos infantiles. Para lo cual se realizó una revisión que pretende dar una visión general sobre lo que conlleva los trastornos infantiles. Donde se maneja como primer capítulo la historia de la psicopatología infantil, el cómo a través del tiempo se ha dado paso a la indagación sobre cuestiones infantiles y cómo posteriormente la terapia cognitivo conductual da una opción de tratamiento. En el capítulo siguiente se habla de las principales características de los trastornos como (ansiedad, miedo y fobia, depresión, agresividad e hiperactividad) que suelen presentarse en los niños y permiten determinar qué camino seguir posteriormente. En el capítulo tercero se hace mención de los aspectos necesarios para el diagnostico de los trastornos, en este se representa los elementos para realizar un diagnostico psicológico, los errores que suelen ocurrir, qué hay que tener en cuenta, y algunos de los instrumentos de evaluación de los cuales se puede auxiliar. En el último capítulo se habla sobre la terapia de juego cognitivo conductual donde se presentan temas como psicoterapia, diferencias entre terapia para adultos y terapia infantil, el juego en la terapia, los principios y métodos, la terapia de juego cognitivo conductual y para finalizar se hace mención de algunas posibles actividades para el tratamiento en base a la terapia de juego cognitivo conductual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

EL área clínica ha sido de gran interés para los psicólogos, ya que es a través de ella que la Psicología ha contribuido a la solución de diferentes problemas, sin embargo la terapia infantil en el área clínica ha tenido un desarrollo lento.

A través de la historia se ha buscado explicar las cuestiones psicológicas en el área infantil, antiguamente se le había dado importancia a cuestiones médicas, mentales y pedagógicas, pero no se habían considerado los pensamientos, y las emociones que el niño manifiesta, los cuales influyen en su comportamiento y que en ocasiones pueden dar origen a otros trastornos.

Los problemas psicológicos muchas veces no son tomados en cuenta y menos en los niños, es solo cuando tienen algún problema de aprendizaje (dislexia, dislalia, disgrafía, etc.) y lo mandan de la escuela a terapia o cuando los padres ya no lo soportan y no saben que hacer con él, es que se decide acudir a terapia, sin embargo existen niños que padecen algún trastorno y nunca son percibidos.

La investigación realizada en el ámbito infantil sugiere que hace poco se comenzó a indagar sobre los trastornos infantiles. Del Barrio (cit en Caballo y Simón, 2001) critica la creencia popular de que las ideas de tristeza y las preocupaciones infantiles siempre son pasajeras o que el niño no presenta sentimientos de culpabilidad intensos, porque carece de responsabilidades importantes; argumenta que ello ha impedido la promoción del conocimiento científico en ese campo.

Mendez (cit en Caballo y Simón, 2001) menciona que se ha subestimado el sufrimiento de los niños y las repercusiones negativas ocasionadas por las fobias en la infancia. Propone que la actividad lúdica desde cuentos hasta juegos de acción, posee un potencial muy elevado para los niños pequeños y constituye una estrategia motivadora recomendable para la conducta de aproximación infantil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Semrud-Clikeman (cit en Randy W. y Paul J., 2000) dice que por lo menos el 2% de los niños pueden sufrir depresión alguna vez, a pesar de que parezcan no presentar ningún problema.

Parece ser que el niño, muchas veces no existe, sin embargo puede padecer cualquier tipo de trastorno (angustia, depresión etc.) al igual que un adulto, de ahí la importancia de enfocarse en su conducta y de continuar la investigación en ese ámbito.

Por otro lado existen varios trastornos infantiles, que en ocasiones son confundidos o entremezclados con otros trastornos, por ejemplo Rodríguez (1998) menciona que el estudio de los límites entre la sintomatología ansiosa y los comportamientos y síndromes hiperquinéticos es difícil, debido a dos variables: 1) la ansiedad y sus manifestaciones, entre ellas la inquietud, puede ser interpretada como hiperactividad y esta misma ansiedad puede desencadenar déficit de atención 2) la ansiedad puede aparecer de forma secundaria y reactiva a déficit de atención en otras áreas: conductual, académica, de relación familiar etc. Por ello es necesario tener en cuenta varios factores tanto internos como externos antes de diagnosticar algún trastorno.

La terapia cognitivo conductual ha ido poco a poco avanzando, a través de diversas técnicas ha planteado posibles soluciones a los problemas infantiles, por ejemplo Barkley Guevremont y cols (cit, en Sánchez y Torres, 1997) aplicaron un entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas para el ajuste escolar en niños, de ahí se derivó que los tratamientos cognitivos conductuales mejoran la sintomatología básica del síndrome hiperactivo.

Kanfer, F. y Goldstein, A. (1992) mencionan que el paradigma cognitivo conductual ha sido utilizado con éxito para establecer el control del lenguaje interno sobre la conducta desadaptativa de niños hiperactivos, agresivos, de edad preescolar, desadaptados, con dificultades emocionales etc.

Sin embargo no hay que olvidar que es necesario buscar los medios para tener una mejor aproximación al niño dentro de la terapia y en conjunto con la terapia cognitivo conductual podría utilizarse la terapia de juego, ya que es a través de el juego que el niño puede expresarse con mayor libertad y al mismo tiempo adquirir habilidades que le permitan solucionar sus problemas. Goodwin y Mahoney (cit en Kanfer, F. y Goldstein, A. 1992), utilizaron un juego para enseñar habilidades a niños agresivos.

En el presente trabajo se abordan algunos de los trastornos psicológicos, los cuales se escogieron pensando en algunas características que afectan a los niños, muchas veces los adultos las toman a la ligera y no consideran qué es lo que le pasa al niño.

Para esto es necesario abordar el diagnóstico psicológico lo cual es una tarea compleja que consiste en explicar el comportamiento de un individuo en varios ámbitos, por ello hay que tener en cuenta factores como los problemas actuales que presenta el niño, su historial, nivel de desarrollo, habilidad para cooperar con el tratamiento y qué tipo de intervención es más compatible con el trastorno del niño, por lo cual es necesario integrar varios datos de manera que nos permitan comprender globalmente el problema por el que el niño asiste a consulta

Con frecuencia las técnicas utilizadas en las terapias para niños han sido adaptadas de aquellas que se utilizan con los adultos no pensando en las necesidades que requiere el niño de acuerdo a su desarrollo. De ahí que se busque como adaptar la terapia a las necesidades del niño. La terapia clínica o psicoterapia utiliza una variedad de técnicas y métodos que se usan para ayudar a niños que experimentan dificultades con sus emociones y comportamiento, esta puede ayudarlos de varias maneras; les puede proporcionar un apoyo emocional, ayudar a resolver conflictos con otras personas, a entender emociones y problemas y a buscar soluciones nuevas para sus dificultades.

Aunque hay diferentes tipos de psicoterapia, todos dependen de la comunicación para lograr cambios en las emociones y el comportamiento de la persona. Por ello la relación que se desarrolla entre el psicólogo y el niño es muy importante, el niño debe de sentirse cómodo, seguro y comprendido, esta clase de ambiente de confianza le permite al niño expresar sus pensamientos y emociones y usar la terapia de manera eficaz, ya que en el caso de los niños, el jugar, el dibujar, el construir, además del hablar, son formas importantes para compartir sentimientos y resolver problemas.

Se pensó en trabajar la terapia de juego cognitivo conductual debido a que casi no hay estudios realizados meramente como "terapia de juego cognitivo conductual", se ha trabajado la terapia de juego con bases psicoanalistas o humanistas, la terapia cognitivo conductual en niños; pero no hay trabajos realizados como "terapia de juego cognitivo conductual" y se pretende que un futuro puedan ser retomadas y se abra el camino para realizar mayores investigaciones en ella, además también se intenta que en la práctica clínica infantil existan cada vez mayores elementos para llevar acabo un buen trabajo tanto diagnóstico como de tratamiento.

Asimismo es de vital importancia que el psicólogo tenga las bases de los principales puntos de cómo puede abordar un problema especialmente en el área infantil, porque muchas veces es difícil que el niño manifieste verbalmente cual es su problema y qué es lo que le pasa como es el caso del adulto. En ocasiones el niño no habla, solo actúa y es a través de su comportamiento, de las acciones, que manifiesta que tiene algún problema, por ello hay que buscar otros métodos para abordarlo en terapia.

Dado lo anterior resulta importante que el psicólogo en especial el que trabaja en áreas infantiles tenga conocimiento en relación con las características de los diferentes trastornos que pueden presentar los niños, de lo que es necesario para diagnosticar y cuales son algunos de los métodos que pueden auxiliar en el tratamiento. Siendo así, el objetivo del presente trabajo es analizar los métodos utilizados en la terapia de juego cognitivo conductual que desde el

campo de la Psicología se proponen como básicos para llevar a cabo un mejor tratamiento a los trastornos infantiles. Se espera que este trabajo sea una aproximación teórica que contribuya tanto a la detección de trastornos infantiles como a buscar las alternativas para crear un mejor tratamiento que permita dar solución a estos problemas mediante la terapia de juego cognitivo conductual.

Por ello el presente trabajo está dividido en cuatro capítulos: los antecedentes históricos, los principales trastornos infantiles, los elementos necesarios para llevar a cabo un diagnóstico y la terapia de juego cognitivo conductual como base de tratamiento.

En el capítulo 1 la revisión histórica plantea que el desarrollo de la psicopatología infantil ha sido lento, que sus inicios fueron en la psicoterapia europea a partir de campo psicoanalista pero en la americana fue influida por el modelo conductual y posteriormente el cognitivo conductual.

En el capítulo 2 se hace referencia a algunos de los principales trastornos infantiles como son la ansiedad, el miedo y la fobia, la depresión, la agresividad y la hiperactividad, en él se plantean las consecuencias que puede tener el etiquetar o clasificar a alguien con algún tipo de trastorno, además se mencionan las principales características para poder determinar un trastorno.

En el capítulo 3 se mencionan los aspectos necesarios para el diagnóstico de los trastornos infantiles donde se habla de los principales objetivos del diagnóstico, las fases en las que se divide, además aborda puntos como el aspecto biológico, pedagógico y social, también se sugiere algunos de los errores que puede haber al llevar a cabo el diagnóstico y para terminar se hace mención de algunas de los posibles instrumentos de evaluación como la entrevista, las escalas y los cuestionarios.

En el capítulo 4 se revisa la terapia de juego cognitivo conductual donde se habla de la psicoterapia mencionando algunas de sus características, también se abordan las diferencias entre la terapia infantil y la terapia para adultos y cómo

estas ayudan u obstaculizan el proceso terapéutico, en seguida se sugiere la importancia del juego en el niño y sus usos dentro de la terapia, a partir de éste se da paso a la terapia de juego cognitivo conductual y se mencionan sus principios, los métodos o técnicas de las que se auxilia como son: el entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, la desensibilización sistemática, terapia racional emotiva y otras como la relajación y las técnicas operantes. Para finalizar con el capítulo se mencionan algunas de las posibles actividades para el tratamiento de los trastornos infantiles en el cual se habla de estudios realizados con niños, de la importancia de irse adaptando a las necesidades del paciente, de los materiales que se pueden utilizar en la terapia, y se dan algunos ejemplos de las actividades que se pueden realizar adaptando las técnicas cognitivo conductuales a los diferentes trastornos.

Capítulo 1

LA HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

1.1 Evolución

Actualmente se ha manifestado una mayor necesidad de atender los casos infantiles debido a las diferentes demandas que las instituciones, principalmente la familia y la escuela piden. Ello nos ha llevado a buscar a través de la historia cómo es que se han resuelto este tipo de necesidades y qué tanto la psicología a influido para que se solucionen.

Por ello en el presente capítulo se describirá el inicio de la psicopatología infantil y cómo a través de la historia va surgiendo la teoría cognitivo conductual que pretende dar solución a los trastornos infantiles.

A través de la historia, la psicopatología infantil se ha desarrollado lentamente. Rodríguez (1998) hace una revisión de los acontecimientos más relevantes sobre la historia de la psicopatología infantil y menciona que a través del tiempo los datos que se han obtenido han sido básicamente provenientes de la medicina y de la religión.

Newcomer (1987) utiliza el término "perturbación emocional" para referirse a enfermedad mental, psicopatología o desviación de la conducta, él también comenta que los principales acontecimientos que dan lugar a la perturbación emocional inician con la influencia de la religión, dice que las perturbaciones emocionales eran ocasionadas por demonios o espíritus divinos que poseían a las personas causándoles comportamientos raros y extraños. Tales ideas prevalecieron hasta que Hipócrates registró detalladas descripciones de los estados de perturbación como la melancolía, histeria, psicosis y las definió como formas de enfermedad física.

Estos autores coinciden en varios de los principales puntos de la evolución histórica de la psicopatología infantil, como ejemplo en el siglo xv seguía prevaleciendo la idea de que la gente perturbada era nociva y representaba una amenaza para la sociedad, con la inquisición el concepto de brujería se arraigó y las personas que mostraban una conducta extraña o desviada eran objeto de persecución.

Durante el renacimiento se incrementaron los datos históricos sobre psicopatología infantil, ya que en algunos libros de pediatría trataban sobre temas como la deficiencia mental, la epilepsia y trastornos de sueño. En libros como "libro de las enfermedades de los niños " , "libro de los casos y enfermedades de los niños ", etc.

En el siglo XVII la idea de posesión perdió fuerza, los individuos que mostraban síntomas de demencia con frecuencia eran privados de sus derechos y propiedades y encerrados en instituciones. No fue sino hasta el siglo XVIII cuando se empezaron a modificar estas condiciones y devolvieron el estudio de la conducta perturbada a la competencia del médico.

Así, en el periodo de la revolución francesa, siglo XIX, se arraigó la definición de perturbación emocional como enfermedad de la mente y los médicos comenzaron a poner mas atención en la conducta de los pacientes, considerando los síntomas como indicios de orígenes de enfermedad mental, de ahí que surge la necesidad de establecer escuelas de tratamiento psiquiátrico. También se incrementa el interés de la sociedad por los niños deficientes y enfermos mentales bajo la influencia de autores como: Esquirol el cual describe casos interesantes de niños con tendencias homicidas, sugería que el niño parecía estar protegido de la locura y era hasta la adolescencia cuando empezaban a ver algunos alienados, Griesinger clasifica la psicopatología infantil de forma parecida a la del adulto, él atribuye la génesis de la patología mental infantil a factores hereditarios y psicológicos, también West describe casos de niños con patología psicósomática entre otros.(Rodríguez, 1998)

En 1880-1920 hubo un incremento notable del número de aportaciones que contribuyeron a la psicopatología infantil, se publicaron varios textos específicos de psiquiatría infantil, en esta época predomina el tema de la histeria y se crean varias tesis sobre esta, donde Charcot tuvo gran influencia y Guiraud que se centra específicamente en el periodo infantil. Durante esta época se hacen estudios sobre la histeria, la neurosis, alucinaciones, terrores nocturnos, y demencias infantiles.

Rodríguez, (1998) menciona que a mediados del siglo XX hubo varios acontecimientos relevantes que influyeron: se celebró el primer congreso de psiquiatría infantil en 1937 y la publicación de un libro sobre autismo infantil por Kanner en 1943, se creó la escala de Binet, Mustenberg en 1891 presentó una batería de 14 tests para niños de primaria, Gilbert en 1897 publicó un trabajo realizado con una muestra de dos mil escolares, Ebbinghaus en 1897 presentó un estudio sobre memoria en los niños, Ebbinghaus defendía la diferencia de la psicopatología del niño con respecto a la del adulto, Filibillou aporta cincuenta y un casos clínicos, dedica una parte a las causas de las enfermedades mentales en los niños y valora la etiología hereditaria, moral y social de los mismos, Stanley Hall contribuyó tanto a la creación del APA, y a la creación de la primera revista de psicología en inglés; en 1891 fundó una publicación dedicada principalmente a estudios sobre el niño, también Gonzalo Lafora crea un texto sobre los niños mentales anormales etc.. A partir de dichos estudios es que se empieza no solamente a revelar el funcionamiento patológico explicando los orígenes de dichos padecimientos en varios ámbitos como factores hereditarios y psicológicos, sino también dan pauta a sentar las bases del abordaje terapéutico.

Cabe mencionar que mientras en la psicoterapia europea el psicoanálisis constituyó el modelo teórico en el que se ha basado casi toda la psiquiatría infantil, la psicoterapia americana ha estado influida primero por el modelo conductual y posteriormente cognitivo conductual, el conductual había nacido en las primeras décadas del siglo a raíz de los trabajos de Pavlov, Watson, Thorndike y Skinner donde el centro de estudio se desplazó de la introspección y el estudio

de la mente, hacia el desarrollo y examen de los principios de la adquisición y cambio de conducta, pero no tuvo un verdadero impacto sobre la psicopatología infantil hasta los años setenta donde a partir de la obra de Wolpe se introdujo primero en los ambientes académicos y mas tarde en la clínica como alternativa científica.

Por ello al remontarse hasta los antecedentes psicológicos de la terapia de conducta con niños se menciona que los primeros trabajos realizados se hicieron para adaptar estos principios dentro del dominio educativo abarcando temas como libros de texto programados, el ambiente en el aula, y trabajo con los incapacitados en el aprendizaje; utilizando principalmente métodos como condicionamiento respondiente (basado en el aprendizaje por asociación) y operante (basado en el aprendizaje por las consecuencias).

Ross (1991) menciona que la terapia de conducta en niños consiste en la aplicación de principios psicológicos al alivio de sus problemas. Se dice que el precursor de la terapia de conducta infantil es el fundador de la Psicología clínica Lightner Witmer quien fundo la clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania en 1896, él se dedicaba al tratamiento de niños que experimentaban problemas de aprendizaje o que presentaban problemas de conducta en el salón de clases. El primer caso de Witmer fue un niño con dificultades de aprendizaje el cual abordó aplicando los principios de percepción y de aprendizaje.

Otro precursor en este ámbito fue Mary Cover Jones que trabajó el caso de Peter, que era un caso de temor a objetos peludos y lo abordó aplicando los principios de condicionamiento a la eliminación de los temores irracionales.

Aunque los primeros intentos por aplicar los principios psicológicos a los problemas clínicos se habían llevado acabo unos 20 años después del caso Peter, no fue sino hasta que los métodos operantes se pusieron en práctica con niños profundamente perturbados recluidos en instituciones, fue entonces cuando comenzaron a tener mayor auge y Gelfand y Hartmann (1968) prepararon la primera sinopsis en este campo.

Sin embargo se pensó que tanto lo externo como lo interno provocaba un desajuste en el sujeto, por ello se le dio importancia a los procesos cognitivos, los cuales son un avance relativamente reciente en el campo de la terapia de la conducta infantil.

A continuación se revisará la teoría cognitivo conductual, quienes fueron los fundadores que influyeron para que se desarrollara y cómo es que se ha tomado en casos infantiles.

1.2 Terapia cognitivo conductual

Victor Raimy (cit en Linn, Garske 1988) sugiere que se ha trazado la historia de la terapia cognitivo conductual desde los tiempos de los antiguos filósofos griegos y romanos hasta los teóricos modernos. Este autor cita por ejemplo las observaciones de Epiteto, filósofo griego, quien destacó el papel de los factores cognitivos como causas del trastorno emocional.

Los teóricos modernos utilizan términos como: "constructos desordenados" "creencias irracionales" "distorsiones cognitivas" "habilidades inadecuadas de resolución y afrontamiento" para describir el papel que los factores cognitivos juegan en los trastornos emocionales y en las conductas inadaptadas.

Dos líneas específicas han contribuido al surgimiento del enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) una derivada de los teóricos cognitivos como George Kelly, Albert Ellis, Aaron Beck. La segunda línea deriva de los teóricos basados en la teoría de aprendizaje como Julian Rooter, Albert Bandura, Michael Mahoney y Don Meichenbaum.

Para el terapeuta cognitivo el trastorno mental es un desorden del pensamiento por el que el cliente distorsiona la realidad. Estos procesos de

pensamiento afectan la forma que el cliente tiene para ver el mundo y lo conducen a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales.

Una de las explicaciones más desarrolladas fue la que ofreció Kelly con su teoría de los constructos personales, la cual describe el proceso continuo por el que un individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo y luego las evalúa nuevamente considerando los eventos resultantes, por ello los constructos personales pueden contribuir al desarrollo del trastorno emocional y la conducta inadaptada.

Kelly creía que los individuos actúan de acuerdo con sus expectativas acerca de las consecuencias del comportamiento y por lo tanto que sus constructos o anticipaciones de las personas acerca de la vida conforman su realidad y guían su conducta. Él pensaba que la conducta humana reflejaba los intentos de los individuos por encontrarle significado al mundo de acuerdo con la manera en que ellos lo perciben. Decía que la conducta problemática se desarrolla cuando una persona crea constructos imprecisos muy simplificados o erróneos (Bershtein, 1988).

Otro terapeuta que contribuyó fue Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva (TRE) la cual se basa en que el sufrimiento emocional es debido a los modos inadaptables en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Él argumentaba que los individuos se perturban por sus "debería" absolutistas (debería hacer eso) y sus "tener que" (tengo que hacer eso) que les lleva a condenarse a sí mismos y a tener efecto negativo cuando intentan satisfacer sus exigencias imposibles.

Por ello el terapeuta debe determinar los eventos que perturban al cliente, ayudar al cliente a descubrir las pautas de pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estos eventos, y ayudar al cliente a alterar estas pautas de pensamientos y creencias.

También Aarón Beck contribuyó en dicha teoría, desarrolló un enfoque activo y estructurado para el tratamiento de la depresión que se caracterizaba por el contenido negativo de las cogniciones (pensamientos automáticos) sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

Para entender la forma en la que maneja su terapia Beck, es necesario conocer tres conceptos básicos que son :1) Los eventos cognitivos 2) Los procesos cognitivos 3) Las estructuras cognitivas.

Los eventos cognitivos son los pensamientos e imágenes que tenemos pero a los que con frecuencia no prestamos atención, dichos pensamientos se denominan "pensamientos automáticos" y están asociados con emociones que influyen en la conducta. Estos pensamientos negativos pueden ejercer un impacto en el modo de sentir y creer del individuo y recíprocamente, en cómo siente y cree puede influir sobre lo que piensa.

Los *procesos cognitivos* se refiere al cómo pensamos, a los procesos automáticos del sistema cognitivo. Con base en ello Beck ilustró algunas formas en que los individuos depresivos procesan la información :

- 1) **Sobregeneralización:** es el proceso de llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de nuestros datos.
- 2) **Magnificación:** se refiere a la tendencia a ver los eventos como mucho más importantes, amenazantes o catastróficos de lo que objetivamente son.
- 3) **Inferencia arbitraria:** se refiere a elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia o ésta es contraria a las conclusiones.
- 4) **Razonamiento dicotómico:** se refiere a la tendencia de dividir los eventos en opuestos o pensar en términos extremos.

Las *estructuras cognitivas* se refieren a los esquemas o las premisas que determinan a qué eventos se presta atención y cómo se interpretan estos. Los esquemas permiten al perceptor identificar los estímulos rápidamente, categorizar eventos, seleccionar una estrategia para obtener información, resolver un

problema y generalmente ayudan a alcanzar metas. Así los esquemas ejercerán influencias sobre la clase de información a la que atenderemos, cómo la estructuramos qué importancia le atribuimos, y qué sucederá como consecuencia. (Caro, 1997 y Linn, Garske, 1988)

Al igual que la teoría cognitiva que dio pauta para el desarrollo de la teoría cognitivo conductual, otra teoría que contribuyó fue la de aprendizaje social la cual se verá a continuación.

1.3 Teoría de aprendizaje social

El modelo de aprendizaje social se concentra directamente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que la afectan, se dice que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en el contexto social.

Los antecedentes culturales o subculturales de cada individuo se consideran como parte de su historia exclusiva de aprendizaje y desempeñan un papel significativo en la aparición de conductas problemáticas.

En particular la teoría de Rotter ayudó a construir un puente entre la práctica psicodinámica tradicional y la teoría de aprendizaje. La teoría de Rotter explicaba la conducta como el producto tanto del reforzamiento como de las expectativas, las personas eligen comportarse en la forma en que lo hacen porque se espera que la conducta elegida conduzca a una meta o resultado de algún valor. Rotter decía que la probabilidad de que ocurra una determinada conducta depende de 1) lo que la persona espera que ocurra después de haber emitido una respuesta 2) el valor que la persona le otorgue a ese resultado. El supone que las expectativas y los valores que influyen organizan y alteran la conducta se adquieren a través del aprendizaje. Para que una persona posea una expectativa acerca de un resultado o emita un juicio acerca de un valor debió haber tenido alguna experiencia directa o vicaria en algunas situaciones pasadas similares. (Bersntein, 1988)

Para evaluar la relevancia de esta teoría en la práctica de la psicoterapia Rotter manifestó:

1. La psicoterapia se considera como una situación de aprendizaje y el papel del terapeuta consiste en posibilitar que el paciente logre cambios planificados en pensamiento y conducta observable.
2. Un esquema de solución de problemas es una forma útil para comprender las dificultades de la mayoría de los pacientes.
3. Es más frecuente que el papel del terapeuta consista en guiar el proceso de aprendizaje para que no solo se debiliten las conductas y actitudes inadecuadas sino que se aprendan conductas más satisfactorias y constructivas.
4. Con frecuencia es necesario cambiar las expectativas irreales; para hacerlo, el terapeuta se debe dar cuenta de cómo surgieron ciertas conductas y expectativas y como el paciente aplicó de manera errónea o generalizó en extremo la experiencia previa.
5. En terapia el paciente debe aprender a ocuparse de los sentimientos, expectativas, motivaciones y necesidades de otros.
6. Las expectativas nuevas o diferentes en la vida real pueden ser con frecuencia mucho más efectivas que aquellas que ocurren solo durante la situación de terapia.
7. La terapia es un tipo de interacción social.

Otro precursor quien desarrolló la teoría del aprendizaje social fue Bandura, basada en el principio de influencia recíproca o contracondicionamiento. Él pudo demostrar mediante la investigación empírica que las contingencias ambientales no solo influyen en la conducta humana sino que los seres humanos pueden a su vez influirse continuamente a sí mismos y a los demás, también mostró que los refuerzos percibidos eran más reforzadores que los refuerzos reales que no eran percibidos como tales, además demostró

que los individuos no tienen que ser reforzados directamente para realizar una conducta; para el individuo era suficiente observar a otra persona (modelo) siendo reforzada para realizar una conducta.

Posteriormente Meichenbaum basándose en los trabajos de Luria y Vogotski, encontró que cuando los niños abordaban una tarea, se hablaban a sí mismos sobre cómo realizar dicha tarea, y este discurso privado sirve como regulador importante de la conducta. Desde ese punto de vista Meichenbaum llegó a la conclusión de que esas autoverbalizaciones, inicialmente externas a medida que los niños crecían llegaban paulatinamente a encubrirse formando un diálogo interno, de ahí desarrolló programas con niños impulsivos, sobre inoculación de estrés. Dichos programas formaron la base de su teoría de la modificación cognitivo-conductual. De acuerdo con esta teoría, primero los clientes se dan cuenta de su conducta y de su diálogo interno sobre su conducta. Entonces se les entrena para emitir conductas incompatibles y diálogos internos y finalmente se les entrena a exhibir esas nuevas conductas en su entorno y ha pensar de forma diferente sobre su nueva conducta. (Caro 1997 y Kafner y Golstein 1992)

Con lo dicho anteriormente nos podemos percatar de que tuvo que pasar un gran periodo de tiempo para que se tomara en cuenta que lo infantil también tenía necesidades y requería de algún tipo de atención psicológica. La teoría conductual dio un gran paso al tratar de resolver los problemas infantiles a partir de los métodos operantes y respondientes, y que ello ha contribuido para que se de pauta a mayor investigación respecto al tema y otras teorías como la cognitivo conductual se interesaran y contribuyeran a su desarrollo.

Una vez sentadas las bases de cómo ha sido la evolución de la psicopatología, es necesario conocer cuales son las principales características que pudieran considerarse para determinar como trastorno a algunos de los síntomas que pudieran presentar los niños y que con ello se puedan identificar las necesidades que requieran.

Capítulo 2

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS INFANTILES

Un punto principal que hay que considerar al tratar de resolver los problemas infantiles, es tomar en cuenta una base de donde partir para determinar si el niño requiere de algún tipo de atención, por ello es necesario conocer las principales características que nos den pauta para saber si es que existe un problema.

Sin embargo el hacer este tipo de clasificación (etiquetar a alguien de tener algún tipo de trastorno) nos permite obtener aspectos positivos y negativos, en cuanto a los primeros podrían ser que el hecho de etiquetar facilita el estudio de dichos problemas ya que ayuda a resumir de cierta manera cuales son las posibles características que puede presentar la persona, también ayuda a que entre profesionales tengan de alguna manera cierta referencia de los casos, ayuda a tomar las medidas adecuadas y adaptar el tratamiento a cada una de las necesidades requeridas, sin embargo también existen cuestiones negativas que hay que tomar en cuenta respecto a etiquetar a alguien, ya que esto muchas veces puede ocasionar problemas, como podrían ser las consecuencias que trae para la persona el ser etiquetado, ya que podría influir en la percepción que se tiene de sí mismo al pensarse o sentirse carente de algo, lo que lo podría llevar a sentirse devaluado, o también podría influir en la percepción que los demás tengan de él y por ello tratarlo de diferente manera ya sea discriminándolo o burlándose. De ahí la importancia de considerar algunos criterios para poder determinar si alguien tiene algún tipo de trastorno.

En el presente capítulo se abordaran algunos de los trastornos mas frecuentes que suelen repercutir en los niños como son: ansiedad, miedo y fobia, depresión, agresividad, hiperactividad, se tratara de dar a conocer cuales son las principales característica de cada uno de ellos con el fin de poder realizar un mejor diagnóstico.

2.1 Ansiedad

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias mas o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. (Echeburua, 1998):

Según Randy y Paul (2000) los síntomas de ansiedad o inquietud acerca de varios eventos o actividades deben ocurrir en un periodo no menor de seis meses además deben de cubrir con los siguientes criterios del DSM-IV para el trastorno de ansiedad.

- 1) Inquietud o sentimiento de tensión extremo
- 2) Sentirse fatigado con facilidad
- 3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- 4) Irritabilidad
- 5) Tensión muscular
- 6) Problemas para dormir

Para Caballo y Simón (2001) la ansiedad se manifiesta en tres tipos de respuestas:

- a) Psicofisiológicas.
 - *Respuestas electrodérmicas* (manos sudorosas, húmedas o pegajosas).
 - *Respuestas cardiovasculares* (aumento de las contracciones cardiacas, elevación de la presión arterial, cambios en el flujo sanguíneo en la coloración de la piel o la temperatura).
 - *Otras respuestas* (aumento del tono muscular, incremento de la tasa respiratoria).

b) Motoras

- *Respuestas de evitación activa* (el niño lleva a cabo una acción que obvia la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad).
- *Respuestas de evitación pasiva* (el niño deja de realizar una acción logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten).
- *Respuestas de escape* (el niño se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social).
- *Respuestas motoras alteradas* (si las condiciones refuerzan al niño a mantenerse en la situación temida, aparecen perturbaciones de la conducta verbal y no verbal).

c) Cognitivas

- *Percepción de estímulos amenazadores* (el perro tiene un aspecto muy fiero, la oscuridad es peligrosa).
- *Evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento* (soy miedoso, no me atrevo).
- *Preocupación por las reacciones somáticas* (y si me desmayo... y si me mareo...).
- *Rumiaciones de escape/ evitación* (no pienso ir al dentista, en el recreo me marché a casa).
- *Expectativas de daño* (el gato me arañara, me va a doler la inyección).

Además existe también la clasificación de la ansiedad por separación donde los principales síntomas son:

- 1) Angustia excesiva cuando se separa de la casa o de algún miembro de la familia.
- 2) Inquietud excesiva por el bienestar de las figuras de apego.
- 3) Inquietud por eventos al separarse de la familia.

- 4) Rechazo escolar.
- 5) Temor a estar solo.
- 6) Rehusarse a dormir sin estar presente alguna figura de apego.
- 7) Pesadillas por separación.
- 8) Dolencias somáticas cuando hay separación.

2.2 Miedo y Fobia

El miedo constituye un sistema de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones peligrosas.

Según Gray citado en Echeburua (1998) los miedos se pueden agrupar en cinco categorías:

- a) *Miedo a estímulos intensos* (ruidos o dolores).
- b) *Miedo a estímulos desconocidos* (temor a personas extrañas).
- c) *Miedo a la ausencia de estímulos* (oscuridad).
- d) *Miedo a estímulos peligrosos* (separación, alturas, animales).
- e) *Miedo a las interacciones sociales con desconocidos.*

Para Wenar citado en Echeburua los miedos evolutivos normales mas frecuentes en las fases del desarrollo infantil son:

- | | |
|-------|--|
| 0-1 | Estímulos intensos y desconocidos, personas extrañas. |
| 2-4 | Animales y tormentas |
| 4-6 | Oscuridad, brujas, fantasmas, catástrofes, separación de los padres |
| 6-9 | Daño físico, ridículo |
| 9-12 | Accidentes y enfermedades, mal rendimiento escolar, conflicto entre los padres |
| 12-18 | Relaciones interpersonales, perdida de autoestima. |

La mayoría de los niños experimentan muchos miedos leves, transitorios y asociados a una determinada edad que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo, de ahí la importancia de tener en cuenta el desarrollo evolutivo. Sin embargo cuando el miedo es excesivo o irracional suele llamársele fobia.

Para Caballo y Simón (2001) el miedo se denomina fóbico si es provocado por estímulos inocuos. La fobia se define como un patrón complejo de respuestas de ansiedad, desproporcionadas y desadaptativas provocadas por la presencia o anticipación de determinados estímulos fácilmente identificables animales, tormentas, alturas, sangre, inyecciones, oscuridad etc.

Según Vilatella cit en Rodríguez (1998) las fobias comunes en la infancia son:

Tipo de temor	Denominación
a) todos los animales	Chafobia
b) sangre	hematofobia
c) gatos	ailurofobia
d) oscuridad	nictofobia
e) perros	cinofobia
f) fuego	pirofobia
g) suciedad y gérmenes	misofobia
h) alturas	acrofobia
i) insectos	entomofobia
j) espacio pequeño o cerrado	claustrofobia
k) serpientes	orfidofobia
l) arañas	aracnofobia
m) extraños (personas)	xenofobia
n) truenos	brontofobia

Según Wicks y Allen (1997) la fobia es el miedo exagerado y constante, excesivo o irracional a un objeto o situación específica.

Tipo de fobia

- **Animal:** perros gatos, ratones, serpiente, arañas, cucarachas etc.
- **Ambiental:** tormentas, relámpagos, rayos, precipicios, agua etc.
- **Sangre- inyecciones- daño :** sangre, heridas, inyecciones, dentista, cirugía etc.
- **Situacional:** transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches etc.
- **Otras:** ruidos fuertes, personas disfrazadas, atragantamiento etc.

2.3 Depresión

Otro trastorno que hay que considerar es la depresión ya que muchas veces los niños suelen tenerla y no nos percatamos de ello.

Randy y Paul (2000) dicen que para cumplir el criterio de diagnóstico de el trastorno depresivo deben estar presentes al menos cinco de nueve síntomas.

- 1) Estado de animo depresivo o irritable
- 2) Perdida de interés en las actividades diarias
- 3) Perdida significativa de peso o fracasos en los intentos por subir de peso
- 4) Insomnio e hipersomnias frecuentes
- 5) Agitación motora o lentitud
- 6) Fatiga frecuente
- 7) Sentimientos de culpa o inutilidad
- 8) Deterioro de la concentración
- 9) Ideas suicidas o intento de suicidio

Autores como Caballo y Simón (2001) manifiestan que los principales síntomas de depresión infantil son:

I) Estado de ánimo disfórico (melancolía).

- a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
- b) Cambios en el estado de ánimo, mal humor
- c) Irritabilidad, se enfada fácilmente
- d) Hipersensibilidad, llora fácilmente
- e) Negativismo, resulta difícil de complacer

II) Ideación autodespreciativa

- a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo)
- b) Ideas de persecución
- c) Deseos de muerte
- d) Deseo de huir de escaparse de casa
- e) Tentativa de suicidio

III) Conducta agresiva (agitación)

- a) Dificultades en las relaciones interpersonales
- b) Facilidad para riñas
- c) Poco respeto a la autoridad
- d) Beligerancia, hostilidad, agitación
- e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita

IV) Alteraciones del sueño

- a) Insomnio inicial
- b) Sueño inquieto
- c) Insomnio tardío
- d) Dificil despertar por la mañana

V) Cambios en el rendimiento escolar

- a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, pobre concentración, escasa memoria
- b) Disminución del esfuerzo habitual en las tareas escolares
- c) Pérdida del interés habitual por actividades extraescolares

VI) Socialización disminuida

- a) Menor participación en grupo
- b) Sociabilidad disminuida, menos simpático, menos agradable
- c) Retraimiento social
- d) Pérdida de los intereses sociales habituales

VII) Cambio de actitud hacia la escuela

- a) Pérdida de placer en actividades escolares
- b) Negativa o rechazo a ir a la escuela

VIII) Quejas somáticas

- a) Cefalalgias no migrañosas
- b) Algias abdominales
- c) Mialgias
- d) Otras preocupaciones o quejas somáticas

IX) Pérdida de la energía habitual

- a) Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares
- b) Disminución de la energía, fatiga física y/o mental

X) Cambios en el apetito y /o en el peso habitual

2.4 Agresividad

Generalmente hablamos de agresividad para referirnos al hecho de provocar daño a una persona u objeto. Así con el término "conductas agresivas" nos referimos a las conductas intencionales que pueden causar daño ya sea físico o psicológico (Serrano, 1998). Dichas conductas serían como pegar a otros, burlarse de ellos, ofenderlos, tener berrinches, utilizar palabras inadecuadas para llamar a los demás etc.

Según Buss citado en Moser (1992) se definen dos dimensiones que caracterizan la agresión :

Agresión activa

- Física
 - Directa: golpes y lesiones
 - Indirecta: golpes contra un sustituto de la víctima
- Verbal
 - Directa: insultos
 - Indirecta: maledicencias

Agresión pasiva

- Física
 - Directa: impedir un comportamiento de la víctima
 - Indirecta: rehusarse a participar en un comportamiento
- Verbal
 - Directa: negarse a hablar
 - Indirecta: no consentir

2.5 Hiperactividad

Según el DSM-IV se distinguen tres tipos de trastornos por déficit de atención con hiperactividad: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio impulsivo y tipo combinado.

Los niños con TDA- H pueden manifestar arrebatos emocionales, desmoralización, baja tolerancia a la frustración y autoritarismo, trastornos en el estado de ánimo y trastornos de ansiedad, tienen problemas de relación con los pares, manifiestan trastornos del aprendizaje, fracaso escolar, agresividad y trastornos de conducta. (Sánchez y Torres, 1997)

Según Romeu (1990) Los criterios de diagnóstico indican que deben de presentarse al menos ocho de los síntomas siguientes:

- 1) Inquietud frecuente
- 2) Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere
- 3) Fácil distractibilidad
- 4) Dificultad para guardar turno
- 5) Frecuencia de respuestas precipitadas
- 6) Dificultad para seguir las instrucciones
- 7) Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
- 8) Dificultad para jugar con tranquilidad
- 9) Habla excesivamente
- 10) Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra
- 11) Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros
- 12) No escucha lo que se le dice
- 13) Pierde las cosas necesarias para una tarea o actividad
- 14) Practica actividades físicas peligrosas

Al revisar cada uno de los diferentes trastornos nos podemos dar cuenta que es necesario conocer cada una de las características debido a que algunas veces etiquetamos erróneamente, por ejemplo si el niño presenta sólo alguna característica del trastorno muchas veces lo etiquetamos con él sin conocer realmente qué es lo que tiene, o en ocasiones suele haber niños que puedan presentar más de un tipo de trastorno al mismo tiempo y no percatarnos de ello, siendo así hay que tener en cuenta que para etiquetar es necesario cumplir con varias de las características impuestas para el trastorno.

Una vez revisados los principales tipos de trastorno que nos permiten determinar si existen características que lleven a considerar que hay algún problema podemos decidir si el paciente requiere llevar acabo un diagnóstico que nos permita identificar cuales son las principales causas que afectan o afectaron para que el problema dado se siga manteniendo.

Capítulo 3

ASPECTOS NECESARIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS INFANTILES

Muchos de los problemas emocionales que presenta el niño suelen repercutir en su comportamiento y de ahí que estén ansiosos, deprimidos, que presenten conductas agresivas, etc. Por esto cuando se busca apoyo psicológico para un niño se trata de indagar cuales son los factores que influyen en la situación.

A partir de eso todo terapeuta reconoce que la valoración es un prerequisite esencial para la intervención. Esta valoración tiene como finalidad saber si el niño muestra algún tipo de trastorno y si existen factores que están contribuyendo.

Por ello la psicoterapia infantil tiene al menos dos propósitos: 1. resolver los problemas de conducta que ocasionan que el niño sea enviado a tratamiento y 2. conseguir un cambio general de personalidad que reduzca las posibilidades de que el niño tenga dificultades en el futuro.

Para ello es necesario realizar una valoración. Sattler (1996) dice que el propósito de la evaluación puede ser la detección, diagnóstico, orientación psicológica o valoración del progreso.

En la *evaluación de detección* se realiza una evaluación de relativa brevedad para identificar a los niños elegibles para ciertos programas, aquellos que tienen un trastorno que necesita tratamiento o rehabilitación, o para determinar si se requiere una evaluación más completa. En la *evaluación diagnóstica* se emprende una valoración detallada de los aspectos fuertes y debilidades del niño en una variedad de áreas. En la *evaluación para orientación psicológica* es similar a la evaluación diagnóstica, excepto que el énfasis se coloca en las capacidades del niño para adaptarse a las responsabilidades cotidianas y satisfacerlas con éxito. En una *evaluación de valoración del progreso*, el centro de atención se encuentra, en obtener un esquema del progreso del niño.

Este autor sugiere que los pasos comunes en el proceso de evaluación son los siguientes:

- 1. Revisión de la información de referencia. Verificar con la fuente de referencia, por ejemplo médico, maestro, padres par aclarar la información vaga.**
- 2. Obtener información relevante acerca del desarrollo médico, social, psicológico, lingüístico educativo y físico del niño, incluyendo evaluaciones psicológicas previas. Esta información puede obtenerse de los padres, maestros y otras personas familiarizadas con el problema del niño**
- 3. Evaluar como influye la conducta de los adultos en el comportamiento del niño**
- 4. Observar al niño en varios entornos**
- 5. Aplicar una batería de pruebas apropiada seleccionadas en base con el motivo de referencia; edad del niño, capacidades físicas, destreza en lenguaje y resultados previos de prueba**
- 6. Interpretar los datos**
- 7. Formular hipótesis**
- 8. Desarrollar estrategias de intervención**
- 9. Redactar un informe, incluyendo recomendaciones**
- 10. Reunirse con los padres, el niño y otros individuos implicados para discutir los resultados de la evaluación y las recomendaciones**
- 11. Dar seguimiento a las recomendaciones y evaluar**

Siendo así la valoración psicológica evalúa la ejecución y capacidades del niño y guía el establecimiento de programas apropiados de intervención. Pero a través de la evaluación hay muchos puntos que hay que tener en cuenta para llevar acabo un buen diagnóstico psicológico los cuales se verán a continuación

3.1 Diagnóstico psicológico

Para determinar en que condiciones se encuentra el niño Rodríguez (1998) menciona que se puede llevar a cabo un *diagnóstico psicológico* el cual se refiere a todo ámbito de lo conductual, lo experiencial, lo emocional, lo cognitivo y en general a todo lo que el niño vive o ha vivido que tenga repercusiones en el desarrollo de su existencia y que pueda tener relación con lo psicopatológico, bien en su origen, en su configuración o en su expresión.

Este autor sugiere que para poder elaborar un diagnóstico es necesario tener en cuenta algunos objetivos como son:

- a) Evaluar para diagnosticar
- b) Conocer las causas y factores que intervienen en el problema
- c) Determinar si existen síntomas y que tanto afectan en su vida
- d) Informarnos también sobre el desarrollo psicobiológico y social del niño
- e) Preparar el camino para que sea posible la intervención una vez obtenidos todos los datos necesarios

Jonsson, Rasbury y Siegel. (1992) plantean que el proceso de diagnóstico debe tener un principio, un final y pasos intermedios, que de una manera secuencial sigue lo que se llama modelo de toma de decisión, el diagnóstico suele iniciarse con una entrevista de los padres donde se obtiene la información específica acerca de los problemas de conducta del niño; desde cuando existen, algunos sucesos que lo hayan precipitado, situaciones en que se presentan, como reaccionan los demás ante los mismos, así como los intentos previos por manejarlos. Se formulan preguntas sobre el niño en cuanto su historia de desarrollo, médica y escolar. Con frecuencia esta entrevista se complementa con otra con el niño, para saber como es que el niño percibe sus dificultades.

Al igual que Jonsson, Rasbury y Siegel, Rodríguez (1998) hace mención que el proceso de diagnóstico debe dividirse en tres fases.

En la *primera fase* es la recogida de información que son todos aquellos datos necesarios para poder realizar el juicio clínico. Sin embargo su contenido debe informar sobre los siguientes puntos:

- 1) Datos de filiación
- 2) Fuente de información
- 3) Motivo de consulta
- 4) Problema actual y síntomas
- 5) Datos biográficos y de desarrollo
- 6) Datos sociofamiliares
- 7) Datos de exposición física
- 8) El juicio clínico debe incluir la valoración psicológica, psicopatológica y la social
- 9) Orientación diagnóstica y terapéutica.

Además sugiere que la primera fuente de información es la familia, que el diálogo con los padres debe realizarse con toda la familia reunida para pasar después a entrevistar a cada uno por separado, otras fuentes de información son la escuela, los familiares etc.

En la segunda fase elaboramos y preparamos el plan de trabajo tras un primer contacto con la familia y el niño, nuestra actitud debe ser atenta y sin rutinas. En el primer contacto con el niño se debe buscar y encontrar la manera de contactar con el pequeño y entrar en su vía de comunicación. Uno de los medios de comunicación con el niño es el juego, el dibujo, la palabra y el gesto. En el juego es importante: el sitio, la secuencia, la circunstancia, que sea cara a cara, el tipo de juguetes empleados, el tema, la verbalización, su psicomotricidad, la mímica, las disposiciones cognitivas, las interiorizaciones etc. También en la primera relación verbal con el niño debemos indagar en las siguientes áreas o ámbitos de interés: su escuela, su vida en la calle y en la familia. Es importante que en las primeras entrevistas conozcamos porque esta preocupado y cual es el nivel de información que el niño posee sobre su problema y que actitud ha tomado ante él. Pero sobre todo se debe identificar el tipo de problema que el

niño trae, qué áreas se afectan, qué sufrimientos padece, cuál es el peso de su trastorno, cuáles son las conductas más relevantes del niño, su nivel general de desarrollo, la dinámica relacional entre el niño y su familia y los posibles rechazos que pueda presentar, para que se desarrolle el proceso de diagnóstico de una manera eficaz.

Además cuando estamos frente al niño tenemos que tener información sobre: su aspecto externo, desarrollo de conductas motoras y adaptativas, evolución y características de su lenguaje, desarrollo de su inteligencia y características de su pensamiento, capacidad de percepción y recepción de estímulos, orientación, sueño, conductas alimentarias, funcionamiento de su aparato circulatorio, digestivo etc., conductas en relación a su organismo, sentimientos y afectos que expresa, humor, intereses escolares, lúdicos y sexuales, motivaciones, deseos gustos, y fantasías, estilo de integración de su personalidad, capacidad de juicio de realidad, capacidad de las relaciones, habilidades sociales y nivel de culturación.

En la *tercera fase* se procede a la integración de la información y la formulación del juicio clínico. Dentro de este, un aspecto de especial interés es la forma de comunicación que escogemos para dar a conocer a los interesados nuestra opinión y el camino terapéutico que debe seguirse, esta puede ser comunicación verbal o escrita.

Una vez valorado los principales datos tanto personales como familiares, para poder diagnosticar mas verazmente también es importante considerar el aspecto biológico, pedagógico y social, ya que estos son parte fundamental en el niño.

3.1.1 Aspecto biológico, pedagógico y social.

La *dimensión biológica* sus aportaciones serán útiles en los planos causal, sintomatológico, preventivo y terapéutico para conocer un aspecto siempre

inevitable en la construcción de las conductas. Los medios empleados para obtener la información biológica son:

- 1) Examen pediátrico general
- 2) Examen neurológico
- 3) Psicofisiología clínica
- 4) Radiología
- 5) Genética
- 6) Analítica bioquímica.

La *dimensión pedagógica* recoge todos aquellos datos sobre la actividad escolar, su actitud en la escuela, su integración en el aula, los problemas y trastornos psicopatológicos que tengan relación con lo escolar. La principal fuente de información son los profesores y el personal de la institución escolar por ello es necesario diferenciar el diagnóstico pedagógico y el diagnóstico psicopatológico. En el primero tendremos como objetivo la actividad escolar, su rendimiento, sus éxitos y dificultades, los trastornos del aprendizaje, ya sean generales o específicos, y en el segundo los problemas psicopatológicos de cualquier clase son vistos desde una perspectiva pedagógica o escolar.

La *dimensión social* del diagnóstico psicopatológico infantil esta en dos planos:

- a) Evaluación de la situación del niño en su entorno.
- b) Evaluación del desarrollo social y las conductas sociales del niño.

Sin embargo el juicio clínico no es fácil de elaborar. Tiene numerosos riesgos y dificultades que provienen de varias fuentes como: el clínico, el niño, el contexto:

3.1.2 Errores en el diagnóstico

Los errores en el diagnóstico debidos al clínico ocurren por:

- o) Ignorancia* (debido a que por el desconocimiento de algunos temas se dé una interpretación defectuosa).
- p) Una actitud sesgada y partidista* (es cuando los clínicos con un entrenamiento incompleto, encuentran siempre lo que van buscando y no toman en cuenta algunas cuestiones).
- q) El nominalismo* (se refiere a el uso de un lenguaje propio entre profesionales).
- r) El etiquetado* (es el uso de palabras que poseen una gran carga que repercute de una manera negativa en el niño, en lo que se espera de él, en su autoestima, etc.).
- s) Que en el informe se le de una relevancia excesiva a algunas de las dimensiones del diagnóstico: biológica, Psicológica, social o pedagógica.*(cuando es importante notar que todas y cada una de ellas aportan de alguna manera lo que constituye a el niño).

Errores debidos al niño:

- a) Características del niño* (que su lenguaje, su estilo cognitivo, afectivo y cultural influyan de alguna manera en el diagnóstico).
- b) Dificultad de ajustes y adaptaciones del niño* (debido a que si es muy dinámico, interactivo, cambiante en sus formas de expresión, etc. pueda repercutir al momento de la evaluación).
- c) Juicios transversales, no longitudinales* (ya que proporcionan información parcial de su realidad).

Errores derivados del contexto: son aquellos que dependen del sitio donde se realiza el diagnóstico, es decir el lugar físico (si cuenta con las condiciones

necesarias de espacio, iluminación, ventilación, decoración, materiales, etc. para poder llevar a cabo un diagnóstico óptimo).

A si como es importante tener en cuenta todos y cada uno de los aspectos que pueden afectar al niño al realizar el diagnóstico, los instrumentos de evaluación son otro recurso que permite adquirir mayor información en el caso.

3.2 Instrumentos de evaluación

Dentro del diagnóstico son importantes los instrumentos como entrevistas, escalas y cuestionarios, ellos nos permiten obtener mayor información sobre cada una de los problemas que puede presentar el niño, ya sea en su medio familiar, escolar o social. Además este tipo de instrumentos proporcionan información valiosa acerca del funcionamiento del niño en las áreas cubiertas por la prueba, permiten evaluar muchos aspectos diferentes ya sea físicos o sociales del niño, incluso los cambios de desarrollo y los efectos terapéuticos.

Se puede obtener información valiosa acerca de la evaluación a través de la entrevista con el niño, padres, maestros y a otros individuos familiarizados con él. Según Serrano (1998) la entrevista sirve para obtener información que permite formular alguna hipótesis tentativa sobre las variables que controlan la conducta y para seleccionar estrategias de evaluación adicionales.

Por ello la principal tarea de la entrevista es recoger información, esta puede moldearse al individuo, la situación o el contexto lo que permite que la información sea más rica y más completa, es importante el tipo de preguntas que se realizan, algunos autores recomiendan comenzar formulando preguntas generales y abiertas acerca del problema. Puesto que el objetivo es convertir una descripción posiblemente ambigua en una más precisa y detallada. Además la entrevista permite conocer cuando se inicio el problema, que hechos estaban ocurriendo en esa época en su ambiente, si se inicio alguna actividad terapéutica, que resultados se obtuvieron, como afecto en su rendimiento escolar, que

influencia tuvo en sus relaciones sociales y familiares y que opinión tiene acerca de su problema.

Al igual que la entrevista otros de los instrumentos que nos permiten obtener información son las escalas y los cuestionarios. López y García (1997) mencionan que las escalas y cuestionarios son instrumentos diseñados para ser contestados por otras personas en este caso padres y/o maestros con el fin de recabar información sobre los problemas y competencias de los niños.

Estos instrumentos son una estrategia de evaluación indirecta que cuenta con algunas limitaciones (subjetividad de los reactivos, se pierde el contacto no verbal, es poco confiable, se puede distorsionar o alterar la información) pero resulta muy útil, ya que una de las mayores ventajas que presenta es la facilidad y brevedad para ser contestada pudiéndose obtener datos de muy diversas situaciones, también en ocasiones basta una pregunta para recolectar mucha información, o se pueden adquirir diferentes aspectos (social, biológico, psicológico etc.) en una misma prueba.

Sattler (1996) menciona los siguientes principios, constituyen un fundamento importante para el uso de instrumentos como las pruebas.

- i. Las pruebas son muestras de la conducta
- ii. Las pruebas no revelan de manera directa los rasgos o capacidades
- iii. Las pruebas deben tener una adecuada confiabilidad y validez
- iv. Las puntuaciones de prueba y otras ejecuciones de prueba pueden verse afectadas de manera adversa por estados temporales de fatiga, ansiedad, estrés; por perturbaciones en temperamento o personalidad; o por daño cerebral
- v. Los resultados de la prueba deben interpretarse a la luz de los antecedentes culturales del niño, su lengua materna y cualesquiera condiciones incapacitantes

- vi. Los resultados de la prueba dependen de la cooperación y motivación del niño
- vii. Las pruebas que intentan medir la misma capacidad pueden producir diferentes puntuaciones
- viii. Los resultados de prueba deben interpretarse en relación con otros datos conductuales y con la información de la historia clínica, nunca de manera aislada

Además para llevarlas a cabo de una manera eficaz se deben considerar algunos puntos como los mencionados en el "Perfil general de los instrumentos de evaluación" que consta de dos puntos principales; las Precauciones Generales de Evaluación y la Aplicación y Calificación de la Prueba.

I. Precauciones generales de evaluación

A. Lea aprenda y vuelva a leer las instrucciones

B. Siempre adhérase a los procedimientos estandarizados

- 1. Mantenga un manejo adecuado del tiempo
- 2. Presente los materiales
- 3. Siga las instrucciones de calificación de manera rígida
- 4. No dependa solo de la lectura de instrucciones escritas, sino téngalas disponibles para una referencia rápida

C. Sea objetivo

- 1. No de indicación de lo correcto e incorrecto en las respuestas del niño
- 2. No de claves acerca de las respuestas que se esperan; vigile la entonación verbal; recuerde que se está evaluando no enseñando

D. Sea Natural

- 1. Sea cálido pero impersonal
- 2. Aprenda a utilizar el fraseo estandarizado en un modo natural e informal

3. Logre establecer el rapport antes de que comience la prueba

E. Prepare el ambiente

1. Evite distracciones

a)Visuales: tenga al niño de espaldas a la puerta y ventanas donde el movimiento y la actividad ocurren

b)Auditivas: Evite áreas ruidosas

c)Emocionales: evite la evaluación cuando el niño tiene prisa, esta molesto o enfermo

2.Proporcione las condiciones óptimas para la buena ejecución

a)Vea que el niño se encuentre en una postura cómoda y que tenga una clara visión de los materiales

b)Proporcione una habitación bien iluminada, con ventilación adecuada y temperatura cómoda

c)Evite luces deslumbrantes, reflejos de las páginas y otras distracciones.

Coloque al niño de espaldas a la ventana si es posible

d)Hable con voz clara y audible, a una velocidad moderada

e)Mantenga el interés por medio del entusiasmo, la atención al niño y la presentación uniforme del material

f)Alabe y aliente la ejecución general, pero nunca en reactivos específicos, haga que el niño sepa que usted desea ver que tan bien puede hacer las cosas

II. Aplicación y calificación de la prueba

A. Eficiencia

1. Proporcione un orden y método eficientes de manejo de materiales para:

a)Registro

b)Vea un manual sin que este se vuelva una barrera entre usted y el niño

c)Retire y saque los materiales

d)Evite demoras y distracciones para el niño

2. Realice una transición continua de una prueba a otra y de un reactivo a otro. Se debe conocer cual será la siguiente presentación en cada

punto de la prueba

3. Conozca suficientemente bien los materiales y calificaciones, de modo que no se extienda la prueba de manera innecesaria: evaluar en exceso puede crear fatiga y desinterés
4. Aprenda a manejar la conducta externa
 - a) Ignore o redirija los comentarios irrelevantes
 - b) Disminuya al mínimo los movimientos externos mediante el desarrollo de interés, motivación y orientación hacia la tarea
 - c) Prever fatiga y distracción

B. Calificación

1. Es esencial que sepa bien las normas de calificación
2. Recuerde que las normas de puntuación son solo aquello que el término implica: son normas para la calificación mas que respuestas exhaustivas, con respuestas correctas o incorrectas.
3. Verifique todas las respuestas con el manual, a fin de revisar cualquiera que este dudosa
4. Vuelva a verificar cada paso en el proceso de calificación

C. Cuidados de los materiales

1. Cuando cualquiera de los materiales que se presentan al niño quedan marcados o mutilados de cualquier forma que pueda influir en la respuesta del niño replácelos
2. Si se debe señalar hacia los dibujos asegúrese de no marcar la pagina
3. Si se pierde o daña cualquier material, replácelo con objetos idénticos al original (Sattler, 1996).

Una vez revisado los principales puntos para poder llevar acabo los instrumentos de evaluación se pueden mencionar algunas de las escalas y cuestionarios que pueden servir de guía para la evaluación de los trastornos como ansiedad, agresión, depresión, hiperactividad, cabe mencionar que aunque

no todas están específicamente dirigidos a evaluar dichos trastornos si dan ciertos indicadores que permiten complementar la evaluación.

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA

- CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQ J)(Eysenck y Eysenck, 1975) tiene por objetivo medir tres dimensiones básicas de la personalidad (inestabilidad emocional, extraversión y dureza), así como una tenencia a la conducta antisocial e incluye una escala adicional de sinceridad
- INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO/ RASGO PARA NIÑOS (STAIC) (Spielberger, 1973) Se aplica a niños de 9 a 15 años, consta de 40 elementos, donde los niños tienen que describir como se sienten *generalmente* en el caso de la escala de ansiedad como rasgo y como se sienten *en el momento actual* en el caso de la escala de ansiedad como estado
- CUESTIONARIO DE ANSIEDAD INFANTIL (CAS) (Gillis, 1980) se puede aplicar individual o colectivamente en niños de 6 a 8 años, consta de 20 elementos, permite explorar el nivel de ansiedad, también sirve como diagnóstico precoz de la ansiedad infantil
- CUESTIONARIO DE ANSIEDAD MANIFIESTA INFANTIL (CMAS) consta de 28 ítems, permite detectar la tendencia a experimentar ansiedad habitualmente (Castañeda 1956)
- Inventario de miedos (Palechano, 1981)
- Inventario de comportamiento infantil (Achebach y Edelbrock, 1983)
- La Escala de ansiedad Infantil (GASC)(Sarason, 1960)
- Escala de Ansiedad manifiesta en Niños (CMAS)(Castaneda y cols, 1956)

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO INFANTIL

- **BATERIA DE SOCIALIZACIÓN** (Silva y Martorell, 1987) consta de 75 ítems, evalúa dimensiones de la conducta social, se divide en BAS 1 dirigida a profesores, BAS 2 a los padres, BAS 3 a los niños.
- **ESCALA DE ASERTIVIDAD (AS)** (Detuly, 1979) evalúa asertividad, agresividad y pasividad - sumisión
- **SISTEMA DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA AGRESIVA (SOCA)** proporciona información acerca de la gravedad del problema y una medida general de la frecuencia de la conducta agresiva, incluye siete categorías de conducta agresiva: molestar, discutir, amenazar, golpear, comenzar peleas, pelea cuerpo a cuerpo y daño a la propiedad.
- **Escala de evaluación de conducta Social (SBA)** (Stephens, 1981)
- **ESCALA DE TAXONOMÍA DE SITUACIONES SOCIALES PROBLEMÁTICAS PARA NIÑOS (TOPS)** (Dodge y otros 1985) consta de 44 ítems, que se agrupan en seis situaciones: entrada en el grupo de los compañeros, respuesta a la provocación de los compañeros, respuesta al fracaso, respuesta al éxito, expectativas sociales y expectativas por parte del profesor.
- **TEST CONDUCTUAL DE COMPETENCIA INTERPERSONAL EN CHICOS (BTICC)** (Hughes y Boodoo, 1987) presenta 18 situaciones problemáticas en video, las cuales requieren o bien respuestas asertivas positivas (como ayudar a otros a expresar sentimientos positivos), o bien respuestas asertivas negativas (rechazar una petición poco razonable, echarse la culpa, responder a una broma)
- **INVENTARIO DE CONDUCTA INFANTIL (CBCL)** (Achenbach y Edelbrock, 1983) incluye conductas agresivas y otras conductas que están bajo control de estímulos inadecuados, además de conductas controladas por muchos estímulos, como la conducta de retirada y la ansiedad.
- **SISTEMA DE CODIFICACIÓN EN LA INTERACCIÓN DE LA DÍADA PADRES E HIJOS (DPICS)** (Robinson y Eyberg, 1981) consta de 29 conductas observadas mientras suceden y se registran en periodos de 5 minutos (elogios, críticas, órdenes etc.)

- Medida de solución de problemas para los conflictos(PSMC)(Lochman y lampiño, 1986)
- Escala de conducta asertiva de niños (CABS-T) (Shapiro, Lentz y Sofman, 1985)
- INVENTARIO DE HABILIDADES DEL ESTUDIANTE (McGinnis y Goldstein, 1984) identifica habilidades como : habilidades para desenvolverse en clase, habilidades para hacer amigos, habilidades para afrontar sentimientos, habilidades alternativas a la agresión y habilidades para afrontar situaciones estresantes
- Inventario de habilidades del profesor (McGinnis y Goldstein, 1984)
- Valoración de habilidades sociales de jóvenes Matson (MESSY) (Matson, Rotatori y Helsel, 1983)
- ESCALA INFANTIL DE TENDENCIA A LA ACCIÓN (CATS) (Deluty, 1979) consta de 30 items,para niños de 6 a 12 años, representa situaciones problema, en las que se le pide al niño que elija entre respuestas alternativas, como agresión física, agresión verbal, aserción y sumisión
- CUESTIONARIO DE EFECTOS (AQ) (Garrison y Stolberg, 1983) consta de 53 situaciones emocionales se le lee una historia al niño con un tema emocional y se le pregunta como se sentiría él en esa situación.
- Escala de refuerzos (Cautela, Cautela y Esonis, 1983)
- Inventario de refuerzos (IR) adaptado por Silva.

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN INFANTIL

- LA ESCALA DE DESESPERANZA (Kasdin y colaboradores, 1983) consta de 17 reactivos, se utiliza con niños de 8 a 13 años, evalúa los sentimientos de pesimismo y desesperanza del niño
- CHILDREN S DEPRESIÓN RATING SCALE- REVISED (CDRS-R) (Poznanski, Cook y Ccarroll, 1979) es para niños de 6 a 12 años, evalúan el estado de animo depresivo, síntomas físicos y signos vegetativos

- **PEER NOMINACIÓN INVENTORY FOR DEPRESIÓN (PNID)** (Lefkowitz y Tesiny, 1980) consta de 20 reactivos, evalúan tres aspectos de la depresión: depresión, felicidad, y popularidad, puede ayudar a determinar el blanco de intervención en las conductas en el salón de clase
- **CUESTIONARIO DE AUTOCONTROL INFANTIL Y ADOLESCENTE (CACIA)** (Capafons y otro) es para niños de 11 a 19 años, evalúa los procesos básicos y habilidades de autocontrol
- **BATERIA DE SOCIALIZACIÓN (BAS)** (Silva), es para niños de 6 a 15 años, evalúa la socialización de niños y adolescentes en actividades extra escolares
- **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS (CPQ)** (Porter y otro) es para niños de 8 a 12 años, evalúa 14 dimensiones de la personalidad
- **ESCALA DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)** (M. Lang y otro) es para niños de 8 a 16 años, es una evaluación global y específica de la depresión
- **CHILDREN DEPRESIÓN INVENTORY (CDI)** es para niños de 7 a 17 años, consta de 27 ítems

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL

- **PAUTA DE ENTREVISTA PARA PADRES (PEP)** (Pechelano, 1979) consta de 78 preguntas, incluye cuestiones sobre historia clínica, desarrollo evolutivo, normas de disciplina, recompensas y castigos empleados por los padres.
- **INFORMACIÓN DIAGNOSTICA GENERAL (IDG)** (Capafons, Sosa, Alcantud y Silva, 1986) consta de 59 preguntas, se aplica a padres con hijos de 5 a 15 años, incluye cuestiones sobre historia clínica, desarrollo evolutivo, normas de disciplina, recompensas y castigos empleados por los padres.
- **INFORME PARENTAL DE SÍNTOMAS INFANTILES (PACS)** (Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg, 1986) permite evaluar el comportamiento del niño en casa, se divide en tres partes: historia médica familiar y

personal, historia social y entrevista psicopatológica, dividida a su vez en tres escalas: hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno emocional

- CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA (CCE) (Conners, 1969) consta de 28 ítems, evalúa el comportamiento del niño en la escuela, su participación en el grupo y su comportamiento ante la autoridad
- CUESTIONARIO DE CONDUCTA INFANTIL (CCI) (Conners, 1969) consta de 48 ítems, evalúa el comportamiento del niño en casa como dificultades y problemas de control de esfínteres, sueño etc.
- CUESTIONARIO DE HIPERACTIVIDAD (Werry, Weiss y Peters, 1968) consta de 19 ítems en la forma para padres y 17 cuando se aplica a maestros, evalúa el funcionamiento del niño en actividades diarias, esta estructurada en áreas que equivalen a situaciones ambientales diarias y habituales en la vida del niño
- ESCALA DE EVALUACIÓN DE AUTOCONTROL (Kendall y Wilcox, 1979) consta de 33 ítems, evalúa comportamientos de autocontrol infantil, así como impulsividad y conductas hiperactivas
- CUESTIONARIO DE PROBLEMAS COMPORTAMENTALES EN PREESCOLAR (Behar y Stringfield, 1974) consta de 39 ítems, referidos a tres áreas: hostilidad / agresividad, ansiedad e hiperactividad, puede ser empleado por profesores para evaluar la conducta de niños entre 3 y 6 años
- CUESTIONARIO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA PARA PREESCOLAR (CCP) (Miranda y Santamaría, 1986) consta de 59 ítems, con tres alternativas de respuesta referidos a hiperactividad / déficit de atención, falta de control/ irritabilidad y agresividad
- ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS (WISC) se usa en niños de 5 y 15 años
- TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER, consiste en pedirle al niño que copie nueve figuras (dibujos geométricos y puntos) permite valorar su destreza perceptiva y motora
- TEST DEL LABERINTO DE PORTEUS, evalúa la coordinación visoespacial y la impulsividad
- TEST DE EJECUCIÓN CONTINUA (CPT) evalúa el mantenimiento de la

atención en tareas que requieren estar vigilante

- **CÓDIGO DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTA EN EL AULA (Abikoff y Gittelman, 1985) evalúa las conductas del niño hiperactivo en la escuela, cuenta con diez categorías conductuales sobre comportamientos diversos como: verbales, vocales, posturales, y especiales**

Como veíamos los objetivos principales del diagnóstico son determinar en que condiciones se encuentra el niño, ver cuales son los factores que influyen en su trastorno, para así buscar un camino a seguir para llevar a cabo el tratamiento mas adecuado que nos proporcione un cambio en el niño. Para ello es importante poder adquirir información a través de varias fuentes, esto nos permite poder comparar la información y dar un diagnóstico más exacto.

Una vez hecho el diagnóstico es necesario plantear un tratamiento que permita cubrir con las necesidades requeridas, dicho tratamiento se puede realizar a través de la terapia de juego cognitivo conductual.

Capítulo 4

TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO CONDUCTUAL

La Terapia de Juego Cognitivo Conductual pretende contribuir dentro de la terapia a dar solución a los trastornos infantiles, por ello ha creado criterios y métodos que le permitan ser más eficaz. Al utilizar principios cognitivos y conductuales intenta establecer una relación entre cogniciones, emociones y conducta que ayuden al niño a comportarse de un modo más adaptativo, siendo así dicha terapia pretende que el niño sea un participante activo al enseñarlo a cambiar su propia conducta.

Sin embargo no hay que olvidar que la Terapia de Juego Cognitivo Conductual es una forma de psicoterapia, es por eso que es importante tener en cuenta todos y cada uno de los aspectos que engloban la psicoterapia, por ello la necesidad de definir esta y conocer sus principales características.

A continuación veremos en qué consiste la psicoterapia, como esta se lleva a cabo en el adulto y en el niño, la importancia del juego en ella y como la terapia de juego cognitivo conductual nos puede dar una opción de tratamiento en trastornos como: ansiedad, miedo, depresión, agresión, hiperactividad etc.

4.1 Psicoterapia

La definición de la psicoterapia es difícil sobre todo cuando se trata de obtener una definición suficientemente amplia para que incluya todas las actividades diferentes de un terapeuta

Pérez (1988) considera que hay algunos elementos fundamentales en la psicoterapia:

- Toda psicoterapia independiente de su enfoque particular implica una relación interpersonal

- La persona que tiene el rol de terapeuta debe ser un profesional con una profesión y un entrenamiento especial
- Los comportamientos adoptados por el terapeuta así como las técnicas principios y mecanismos operativos a los que recurre para ayudar al sujeto se desprenden de una teoría
- Toda psicoterapia busca provocar un cambio en el comportamiento del sujeto
- La psicoterapia es una relación controlada en la cual el terapeuta se centra selectivamente sobre algunos aspectos de la vida del sujeto mas que sobre otros, en la cual toda decisión de la parte del terapeuta sobre lo que hay que hacer o dejar de hacer, decir o no decir, implica una interpretación subjetiva que determinara fundamentalmente las respuestas subsecuentes del sujeto en terapia
- Algunos de los mecanismos que se encuentran en psicoterapia pueden ser propuestos en términos de fenómenos de aprendizaje

Castillejo y Alba (1985) plantea varios puntos importantes sobre la psicoterapia:

- La psicoterapia es una forma de tratamiento
- Se ocupa de problemas de naturaleza emocional
- Requiere de personas entrenadas
- Es necesaria una relación profesional
- Tiene como objetivo eliminar, modificar o retardar síntomas
- Promueve un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad

Kleinke (1998) define psicoterapia como:

- Intercambio de pago por servicio
- Ofrecer consejo
- Ampliar la visión del mundo del cliente
- Ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos
- Establecer una experiencia emocional correctiva
- Promover expectativas positivas

- Permitir la expresión de emociones
- Ejercer una influencia social
- Animar a la practica de nuevas competencias

Podemos ver que para poder definir a la psicoterapia necesitamos tomar en cuenta varios puntos, al unirlos podríamos decir que la psicoterapia consiste en una relación interpersonal entre dos personas donde uno debe de tener un entrenamiento o experiencia en cuestiones psicológicas (terapeuta) y el otro debe de experimentar algún problema (paciente) sea un síntoma (ansiedad, depresión etc.), sea algún problema de la vida (problemas laborales, matrimoniales, fracaso escolar, etc.) o estar insatisfecho consigo mismo (no es la clase de persona que le gustaría ser) la relación que se establece entre los dos es de ayuda, ya que el terapeuta enseña al paciente a controlar, afrontar o reducir sus problemas mediante la trasmisión de conocimientos y habilidades, a través de dicha relación se utilizan varios métodos basados en una teoría formal, con el objetivo de provocar cambios en el paciente, sea del comportamiento, sea de la vida emocional, de las relaciones interpersonales, de las actitudes, o de cualquier combinación de esos elementos.

La psicoterapia infantil tiene el mismo objetivo que la psicoterapia de adultos, provocar cambios en el paciente, sin embargo estas psicoterapias difieren en algunas cuestiones que son principalmente parte del desarrollo evolutivo de los pacientes sean adultos o niños siendo importante tomarlas en cuenta para lograr un mejor desarrollo terapéutico.

4.1.1 Diferencias entre terapia para adultos y terapia infantil

Uno de los puntos importantes al trabajar en psicoterapia son las diferencias entre la psicoterapia para adultos y la psicoterapia para niños Jonnson, Rasbury, y Siegel,(1992) hace un resumen de las diferencias entre adultos y niños en lo que respecta a la terapia

FACTOR	ADULTO	NIÑO	IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS PARA EL NIÑO
Motivación para el tratamiento	Con frecuencia es él mismo quien solicita el tratamiento, esta mejor motivado a tratar de solucionar sus propias dificultades	Es enviado a tratamiento por otros, carece de motivación para resolver sus problemas	Algunos terapeutas piensan que en las sesiones iniciales debe establecerse una relación terapéutica, en la que se base una terapia posterior mas intensiva
Percepción de los objetivos del tratamiento	Es mas factible que comparta metas comunes con el terapeuta y este consciente de su propia función en la terapia	Es mas común que no comparta metas con el terapeuta	El pequeño debe encontrar la terapia interesante intrínsecamente, hay que aprovechar sus necesidades de exploración y manipulación
Desarrollo del lenguaje	Facilidad verbal satisfactoria	Facilidad verbal limitada, emplea mas comunicación no verbal	Se reducen las interacciones verbalizadas y se da preferencia a la comunicación no verbal, y a que el chico experimente consecuencias
Desarrollo cognoscitivo	Mayor nivel cognoscitivo, mas capaz de dar soluciones verbales y abstractas a problemas	Para razonar con lógica se apoya mas en sucesos y objetos concretos	El niño requiere auxiliares tangibles para expresar comprender e integrar mejor ideas complejas
Dependencia de fuerzas ambientales	Depende menos del ambiente	Depende mucho del ambiente y personas allegadas	En el tratamiento se debe poner mas atención en que el chico se relacione con sus allegados y se enfrente a presiones de la realidad externa

Plasticidad de la personalidad	Maneras de actuar mas arraigadas, defensas mejor establecidas	Mas flexible y abierto a la influencia terapéutica	Los procedimientos de intervención deben comenzar antes de que se establezca la personalidad, se necesitan menos técnicas de terapia profunda, ya que el niño es mas sensible a influencias ambientales
--------------------------------	---	--	---

Tabla 1. Diferencias entre terapia para adultos y terapia infantil

Al retomar los elementos de la tabla 1 podemos decir que es importante considerar cada uno de los puntos debido a que pueden ser obstáculos que impidan que se lleve a cabo un trabajo terapéutico eficaz

Motivación para el tratamiento

Normalmente el adulto llega al tratamiento reconociendo que tiene un problema. Aun cuando puede necesitar el apoyo de otros para llegar a terapia la responsabilidad final por la búsqueda de ayuda es suya. Los niños carecen de motivación para resolver sus propios problemas, y por lo tanto no piden ayuda psicoterapéutica, ellos ni siquiera saben que tienen un problema "si es que es un problema" los lleva a la terapia un adulto.

Al llegar a terapia muchas veces los adultos tienen más o menos la noción de que es lo que se hace ahí y sin embargo les causa ansiedad, pena, etc. con mas razón el niño puede experimentar una gran ansiedad, miedo al llegar a terapia y no saber que le van a hacer ahí.

Además no podemos saber con exactitud como es que va reaccionar el niño al llegar a terapia, si se ajusta con facilidad al salón, la terapia puede seguir y si no, es necesario proporcionarle mayor confianza, en ocasiones podría ser conveniente dar una explicación sobre que se puede hacer ahí mostrando el

respeto que tiene el terapeuta por el niño, que no crea que el terapeuta esta a favor de los padres o de los maestros, también es necesario tener en cuenta al nivel de desarrollo del niño, ya sea para dar la explicación, o para buscar la manera de acercarse a él.

Percepción de los objetivos de tratamiento

Otro obstáculo es la percepción de los objetivos de tratamiento. Con el adulto se pueden establecer metas, acuerdos que permitan guiar la terapia y ser participe el adulto en ella, el adulto esta de alguna manera conciente de que es lo se busca al estar ahí, y la importancia de su colaboración. El niño muchas veces ni siquiera sabe porque esta ahí, o en ocasiones puede tener una idea errónea de porque es que lo llevan a terapia, no conoce ni puede establecer una meta, un objetivo, para ponerse de acuerdo con el terapeuta y llevar acabo la terapia

Desarrollo del lenguaje

Otra diferencia es el lenguaje, el adulto tiene mayor vocabulario con que nombrar todo lo que piensa y siente, en cambio el niño esta mas limitado en ello, él puede reflejar indecisión sobre que nombre darle a sus sentimientos. Por ello el terapeuta debe auxiliarse de otros elementos que le permitan poder llegar a comunicarse con el niño, podría auxiliarse del uso de materiales didácticos o del juego, estos elementos permiten que el niño se sienta más seguro ya que puede manipular y controlar los objetos con mayor seguridad y así reflejar mejor lo que siente que mediante las palabras. Es por esto que muchos de los problemas se pueden disminuir mediante la terapia de juego, porque los juegos son algo que los niños pueden entender y utilizar como medio de comunicación. Como dice Watson (cit. en Castillejo y Alba, 1985) "el terapeuta debe de estar especialmente atento a las expresiones faciales del niño, los ajustes de su posición y los movimientos expresivos dándose cuenta de que puede tratarse de los medios primarios de expresión del niño "

Desarrollo cognoscitivo

Otro obstáculo en la terapia es el desarrollo cognoscitivo, el adulto al tener un nivel evolutivo mayor tiene un desarrollo cognoscitivo que le permite realizar abstracciones, hacer inferencias, etc, y esto es un gran apoyo en la terapia debido a que con la guía del terapeuta él mismo puede reflexionar y darse cuenta de que es lo que es más conveniente para resolver sus problemas. Con el niño esto se encuentra más limitado ya que el niño tiene pensamiento concreto y ello no le permite poder crear alternativas para solucionar sus problemas, con el niño es necesario guiarle, mostrarle una posible manera de enfrentarse a los problemas.

Dependencia de las fuerzas ambientales

La dependencia que tiene el niño de los adultos en su vida tiene también implicaciones para el tratamiento. Mientras que el adulto es relativamente independiente de las personas importantes de su ambiente el niño esta en gran parte a su disposición. Como consecuencia de su posición dependiente el niño esta más sujeto a su ambiente.

Plasticidad de la personalidad

La plasticidad de la personalidad también contribuye demasiado para que se lleva acabo la terapia debido a que el adulto ya tiene establecidas, creencias, actitudes, valores que le ha proporcionado la cultura en la que se encuentra inmerso y eso muchas veces impide un cambio en la terapia, no es tan fácil deshacerse de la idea que tiene sobre algo y poder tomar otra que no esta acorde a sus creencias, a su religión, etc. En cambio con el niño es más fácil implantar ciertas actitudes, el niño es más flexible y está más abierto, por ello el terapeuta puede establecer un cambio y el no poner resistencia.

Podemos ver que existen muchas diferencias que hay que tener en cuenta entre la terapia adulta y la terapia infantil que así como el adulto, el niño también

tiene ciertas características, y necesidades que hay que cubrir en la terapia, una manera de satisfacer esas necesidades es a través de algo que el niño considere fácil, cómodo y divertido, el juego y que para el terapeuta puede ser un buen elemento para poder trabajar con el niño.

4.1.2 El juego en la terapia

El juego es una actividad fundamental en el desarrollo del niño, hasta tal punto que va a influir en su aprendizaje, lo cual lo va a ayudar a su futura adaptación a la sociedad.

El juego cumple una gran variedad de funciones en el niño según Hendrick (1990) promueve el desarrollo de habilidades sensoriomotrices, el juego imaginativo permite al niño asimilar la realidad en términos de sus propios intereses y de su conocimiento previo al mundo, el juego ofrece incluso oportunidades de adquirir una información básica para el nuevo aprendizaje, además tiene un componente social el cual puede desarrollarse a través del juego dramático el cual implica imitación, aunque también puede darse en solitario, también trae aparejada la comunicación verbal y la interacción con dos o más personas, así como la representación imitativa de roles, la simulación en relación con objetos, acciones, situaciones y la persistencia en el juego durante el tiempo, asimismo ayuda al niño a ponerse en el lugar del otro, estimula el desarrollo, la empatía y la consideración por los demás, proporciona habilidades como entrenar en un grupo para ser aceptado en este, contrapesar el poder y negociar con otros niños.

Por su parte Connor y Schaefer (1997) mencionan que el juego sirve para varios propósitos, es la principal y más significativa forma en la que el niño aprende, es el principal medio por el cual el niño ensaya actividades y papeles sociales y llega a condiciones con objetos y personas en su ambiente.

Además estos autores mencionan que dentro del área clínica infantil tiene varios usos terapéuticos:

1. El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje general del niño.
2. El niño se siente en casa en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que les concierne.
3. Un medio de juego facilita la comunicación y la expresión.
4. Un medio de juego permite una liberación de sentimientos, frustraciones ansiedades.
5. Las experiencias de los juegos son renovadoras, saludables y constructivas.
6. Un adulto puede comprender más completa y naturalmente el mundo de los niños observándolos en sus juegos, se relaciona con ellos más fácilmente mediante las actividades del juego que tratando de inducir discusiones completamente verbales de sus vidas.

Croker y Wroblewski (cit en Connor y Schaefer,1997) enlistan seis funciones de ayuda del juego en la terapia

1. El uso del juego sirve como una herramienta de evaluación proyectiva.
2. La utilización de un juego puede provocar una situación en la que la ansiedad a ciertas situaciones pueda confortarse y penetrarse.
3. El uso de los juegos también ofrece al jugador la oportunidad de aprender a enfrentar las reglas del juego como una analogía de vivir en forma responsable según normas aceptables por la sociedad y de ver los derechos y privilegios propios en relación con el de los demás.
4. El uso de los juegos ayuda a que surjan fantasías.
5. El uso de los juego tiende a crear un clima seguro y permisivo en el que pueden experimentar con conductas nuevas.
6. Permite explorar el significado personal de ganar o perder dentro de un contexto seguro, además puede ayudar a que la persona aprenda a enfrentarse a la agresividad con habilidad, retando, aceptando retos, siendo criticada o rechazada por los demás.

Por ello se podría decir que es mediante el juego que pueden verse reflejadas las características del pensamiento, emoción y sentimientos del niño, ya que él aprende a través del juego multitud de papeles distintos por medio de la observación y la imitación, de ahí la importancia de llevar a cabo la terapia infantil a través del juego, éste nos permite observar como es el mundo del niño, cómo lo percibe, y como se ve.

Al conocer la importancia del juego en el niño, podemos decir que el juego es un recurso fundamental en la terapia, a continuación haremos una revisión de la Terapia de Juego Cognitivo Conductual y las principales técnicas con las que cuenta, dichas técnicas proporcionan varios elementos para trabajar con los niños.

4.2 Terapia de Juego Cognitivo Conductual

La terapia de juego tuvo sus inicios en el ámbito psicoanalista con personajes como Anna Freud y Melanie Klein que aunque diferían en algunas cuestiones respecto a la terapia infantil ambas estaban de acuerdo en que el juego es un lenguaje simbólico en el niño y en ese sentido se le puede hacer objeto de una interpretación psicoanalítica, donde "el objetivo principal de la terapia es la disolución de las ansiedades y reacciones represivas a una mejor elaboración o integración de las tendencias e impulsos a un esclarecimiento de la posición frente a los padres, a una adaptación mejor de la realidad, mayor capacidad de soportar tensiones etc."(Dührssen, 1976, pp 261)

Sin embargo al ir surgiendo diferentes teorías cada una de ellas ha buscado la mejor manera de adaptar sus criterios a la terapia infantil, la teoría cognitivo conductual plantea que la *Terapia de Juego Cognitivo Conductual* incorpora intervenciones cognoscitivas y conductuales dentro de la terapia de juego, se utilizan actividades de juego así como la comunicación verbal y no verbal, además enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento al

encausar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta.

Según Beck y Emery (cit. en Connor, y Schaefer 1997) con la finalidad de que dicha terapia sea mas adecuada para los niños se crearon algunos principios:

1. *La terapia se basa en el modelo cognoscitivo de los trastornos emocionales:* la terapia cognoscitiva no trata de hacer que los niños piensen como adultos, mas bien se concentra en ayudar al que el niño se comporte de un modo más adaptativo.

2. *La terapia es breve y de tiempo limitado:* es breve y de tiempo limitado con una duración de menos de seis meses, la terapia alienta al individuo a ser autosuficiente. Debido a su brevedad se orienta hacia la realización de tareas y se enfoca a la solución de problemas.

3. *Una relación terapéutica firme es una condición necesaria para la terapia efectiva:* la terapia se apoya en una constitución de una relación terapéutica cálida basada en la confianza y en la aceptación ya que el niño debe considerar la terapia como un sitio seguro en el que confíe y pueda hablar acerca de el mismo sin pensar que alguien lo juzgara.

4. *La terapia es un esfuerzo de colaboración entre el terapeuta y el paciente:* el paciente suministra información, el terapeuta proporciona estructura y destreza en la solución de problemas, y el paciente y el terapeuta trabajan en conjunto para elaborar estrategias y planes para ayudar al primero a manejar las dificultades. Pero es importante que el contacto que el terapeuta establece con el niño no interfiera con sus deseos y con su conducta espontánea.

5. *La terapia utiliza de un modo fundamental el método socrático:* el terapeuta utiliza la pregunta con una guía y evita las sugerencias y explicaciones directas, las preguntas se utilizan para ayudar a modificar el pensamiento inadaptable. En el caso de los niños se pregunta a través del juego

6. *La terapia es estructurada y directiva:* el grado de la estructura lo determinan las necesidades del individuo, pero con frecuencia esto implica concentrarse en objetivos específicos que permitan guiar mejor al paciente, en el caso de los niños pueden establecerse los objetivos en cada sesión.

7. *La terapia se orienta hacia los problemas:* se enfoca en la resolución de problemas relacionados con preocupaciones habituales, el paciente y el terapeuta trabajan en conjunto para identificar y corregir pensamientos y conductas inadaptativas que podrían estar manteniendo un problema o impidiendo una solución. Con los niños es igualmente importante la orientación hacia los problemas cuando los niños se presentan con problemas aislados (control de esfínteres..)los enfoques de tratamiento deben concentrarse en el problema que esta presente sin perder de vista una imagen mas global de la situación del niño.

8. *La terapia se basa en un modelo educativo:* los sintomas se desarrollan debido a que el individuo ha aprendido procedimientos inapropiados para manejar la situaciones de su vida, al ayudarlo a cambiar los estilos de enfrentamiento el terapeuta funciona como un maestro el cual imparte habilidades para el enfrentamiento positivo y conductas alternativas. El modo educativo es aplicable con niños al enseñarles como remplazar conductas inadaptativas lo mismo que a instruirlos en métodos alternativos. Debido a que el niño pequeño no puede generar alternativas el terapeuta necesitara proporcionar mediante el ejemplo un método alterno de enfrentamiento

9. *La teoría y las técnicas de la terapia cognoscitiva se apoyan en el método inductivo:* el terapeuta crea pone a prueba y revisa las hipótesis según la información generada durante la terapia las técnicas se ponen aprueba hasta que se halla una que resulte conveniente.

10. *La asignación de tareas para casa es una característica esencial de la terapia cognoscitiva:* se les asigna tareas las cuales se preparan para reforzar y

complementar el trabajo que tiene lugar en la sesión de terapia. Sin embargo las tareas para casa casi no se aplican con niños

Entonces se podría decir que la Terapia de Juego Cognitivo Conductual proporciona herramientas para que los niños aprendan a cambiar su propia conducta y para ello dicha terapia se puede auxiliar de los métodos cognitivo conductuales.

4.3 Métodos cognitivo conductuales

Los métodos cognitivo conductuales proporcionan una herramienta que apoya en gran medida el tratamiento. De acuerdo a varios autores como Echeburúa, E.(1998); López, S. C. y García, S. J. (1997); Serrano, P. I.(1998); Moreno, G. I.(1998); Newcomer (1987); Kanfer, F. y Goldstein, A. (1992) existen varios técnicas o métodos con los cuales se puede llevar a cabo el tratamiento de algún tipo de trastorno ellos manifiestan que los principales métodos utilizados en la terapia infantil son:

4.3.1 Terapia Racional Emotiva

El objetivo de la Terapia Racional Emotiva es el cambio de las operaciones cognitivas internas del niño, es decir los pensamientos, ideas, creencias, percepciones o actitudes.

Dicha terapia es mas eficaz cuando se emplea con niños cuya etapa de desarrollo les permite razonar mas lógicamente es decir aproximadamente de 11 o 12 años en esta edad los niños deben de ser capaces de identificar verbalizaciones nocivas sobre si mismos y de reconocer eventualmente la influencia que estas tienen sobre la conducta.

Lo cual enseña a los niños a considerar y alterar premisas ilógicas o erróneas lo que permite que el niño aumente su autonomía, tenga confianza en si mismo e incremente su independencia.

Para esto es necesario delinear el pensamiento ilógico y los comentarios contraproducentes pasados y presentes del niño

- 1) trayéndolos enérgicamente a su atención o conciencia
- 2) mostrándoles como ellos originan y mantienen su perturbación
- 3) identificando los nexos ilógicos en sus frases asimiladas y
- 4) enseñándoles como volver a pensar y verbalizar esos pensamientos asimilados

4.3.2 Entrenamiento en autoinstrucciones

El objetivo de este procedimiento es modificar el diálogo interno del niño para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea o situación.

Una autoinstrucción es un comentario verbal que uno se hace así mismo y mediante el cual el propio individuo impulsa, dirige, mantiene o se prohíbe una conducta, puede hacerse en voz alta, en voz baja o en silencio además actúan como una anticipación de consecuencias agradables y funcionan como un plan que un sujeto diseña para conseguir un objetivo

El niño puede beneficiarse en que se le enseña a producir verbalizaciones que dirijan su comportamiento. Hablarse a si mismo y darse autoinstrucciones incrementa las posibilidades de alcanzar la meta propuesta. Además sirven para recordar las instrucciones específicas de una tarea, mejorar las condiciones de realización de la tarea y como autorrefuerzo, empleando frases positivas cuando se va realizando una actividad adecuada.

Cuando el niño se encuentra en situaciones conflictivas se enseña al niño formas de enfrentarlas. El procedimiento puede comenzar con un modelado de las estrategias apropiadas para la resolución de problemas, las fases por las que pasa el entrenamiento son:

1. *Modelado* el entrenador actúa de modelo realiza una tarea de resolución de problemas describiendo la estrategia en voz alta para sí mismo, el guión de esta autoconversación se centra en la repetición de las instrucciones de la tarea, en la formulación de un plan de ataque y en el enfoque paciente de los errores.
2. *Guía externa en voz alta.* Se instruye al niño sobre como realizar la tarea mientras este intenta hacerla. El entrenador repite las preguntas ¿qué problema tengo? ¿cómo lo puedo hacer? ¿cómo lo he hecho?
3. *Autoinstrucciones en voz alta* el niño lleva a cabo la tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta dándose las autoinstrucciones
4. *Autoinstrucciones en voz baja* el niño lleva a cabo la tarea mientras cuchichea para sí mismo
5. *Autoinstrucciones encubiertas* el niño guía su propio comportamiento mediante instrucciones internas

4.3.3 Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas

El objetivo principal consiste en enseñar una manera general de actuar ante esas situaciones conflictivas

El niño que aprende estrategias de resolución de problemas aprende a poner en práctica una serie de pasos. 1) Debe saber reconocer cuando existe un problema y en que consiste 2) Se induce al niño a que genere posibles alternativas 3) Que considere las consecuencias posibles que pueden derivarse de esas soluciones 4) Debe elegir que alternativa poner en práctica teniendo en cuenta las consecuencias 5) Se le pide que ponga en práctica la alternativa

seleccionada 6) Debe valorar el éxito o el fracaso de la alternativa puesta en practica.

4.3.4 Entrenamiento en habilidades sociales

Es una estrategia para proporcionar a los niños una alternativa en aquellas habilidades que le permitan relacionarse mas con sus iguales y adultos, para ello se somete al niño al entrenamiento en determinadas habilidades como: iniciación social, preguntar y responder, saludos a los compañeros, jugar o participar en la tarca, proximidad y orientación, cooperar, compartir, elogio a los compañeros, comportamiento asertivo, contacto visual, volumen de voz, expresiones gestuales, expresiones de comprensión y expresión del problema, desacuerdo, petición de un cambio o propuesta de solución.

Las principales técnicas utilizadas en el entrenamiento en Habilidades Sociales son:

- t) *Instrucciones* se utilizan para indicar al niño como debe comportarse en una situación conflictiva, el objetivo es enfocar la atención del niño hacia un determinado aspecto de la competencia social
- u) *Modelamiento* mediante el cual se muestra el comportamiento socialmente adecuado
- v) *Ensayo de conducta* a través del cual el niño pone en practica lo que se le ha indicado a través de las instrucciones y el modelamiento
- w) *Feedback* por el que informamos al niño de lo adecuado de su ejecución, así como la forma en que debe corregir los fallos cometidos
- x) *Reforzamiento* para incrementar la probabilidad de ocurrencia de la conducta que esta aprendiendo

Otras técnicas que se pueden utilizar dentro de la terapia son:

4.3.5 Relajación

Los procedimientos de relajación son útiles para contrarrestar la alta excitación y la tensión que se da como respuesta a algunas situaciones conflictivas.

Al enseñar a un niño la habilidad de relajación debemos pensar que es igual que aprender cualquier otro tipo de habilidad, por lo cual para que el niño aprenda a relajarse debemos conseguir que la practique.

Algunos autores han desarrollado instrucciones muy precisas de imaginación para ayudar a los niños a realizar las tareas implicadas en el entrenamiento de relajación.

Por ejemplo para relajar algunas partes del cuerpo de los niños se les dice:

Manos y antebrazos. Imagina que tienes un limón en tu mano izquierda y tratas de exprimirlo intentándole sacar el máximo jugo posible. Centra tu atención en tu mano y en tu brazo. Ahora deja caer el limón y nota como están tus músculos cuando están relajados.

Brazos y hombros. Imagina que eres un gato peludo y perezoso que quiere estirarse. Para ello estira tus brazos hacia el frente y súbelos por encima de la cabeza todo lo que puedas. Levanta aún mas los brazos. Ahora deja que tus brazos caigan al lado de tu cuerpo. Bien gatito estírate de nuevo.

Hombros y cuello. Ahora imagina que eres una tortuga. Estas sentado sobre una roca, en una charca tranquila y agradable, relajándote bajo el calor del sol. Aquí te sientes bien calentito y fuera de peligro. ¡oh, oh! Notas que hay peligro. Pones tu cabeza dentro de tu caparazón. Tratas de poner tus hombros junto a tus orejas y de poner tu cabeza mas debajo de tus hombros. No es fácil

ser tortuga dentro de su caparazón. El peligro ha pasado. Puedes salir fuera al calor del sol, relájate y siente ese calorcito.

Mandíbula. Tienes un chicle gigante en tu boca. Es duro de mascar. Masticalo duro has que te ayuden los músculos del cuello. Ahora relájate. Deja tu mandíbula colgando, suelta. Nota que bien te sientes ahora que tu mandíbula esta suelta. Bien ataca de nuevo al chiche y masticalo fuerte. Apriétalo con tus dientes. Bien, ahora es cuando has conseguido partir el chicle. Ahora relájate de nuevo deja que tu mandíbula caiga mas que antes.

Cara y nariz. Aquí viene un mosco molesto. Se ha posado en tu nariz. Trata de deshacerte de el sin utilizar tus manos. Así arruga tu nariz. Frúncela tanto como puedas. Bien. Lo has ahuyentado. Ahora puedes relajar tu nariz. ¡uf! Aquí viene de nuevo. ¡échalo fuera! Ahora vuelve de nuevo el mosco pero esta vez se posa en tu frente. Agarrado fuerte, ahora bien, puedes soltarlo. Se ha ido para siempre ahora puedes relajarte deja que tu cara se quede lisa, no la arrugues nada. Tu cara se siente bien suéltala y relájala.

Estomago. ¡eh! aquí viene un lindo elefantito. Pero no mira donde va. No ve que estas en el césped y esta casi a un paso de tu estómago. No te muevas. No tienes tiempo de irte de su camino. Prepárate para detenerlo. Pon tu estómago duro. Aprieta fuerte los músculos de tu estómago. Mantente así. Mira como se va por otro camino. Ahora puedes relajarte. Deja suelto tu estómago. Siente lo relajado que estas. Esto te hace sentir mucho mejor. ¡oh! Vuelve de nuevo prepárate, aquí viene es él. Ahora se va para siempre y tu puedes sentirte tranquilo y relajado.

Piernas y pies. Ahora pretendes estar derecho (de pie) descalzo sobre un gran charco de barro. Aprieta tus dedos del pie contra el barro. Intenta que tus dedos del pie lleguen al fondo de la charca de barro. Quizá necesites que le empujen tus piernas. Empuja, separa los dedos y nota como el barro pasa entre ellos. Ahora pisa fuera del barro, relaja tus pies. Deja sueltos los dedos y nota lo bien que te encuentras, cuando estas relajado.

Para el entrenamiento de relajación se recomienda que no dure más de quince minutos y que no se incluyan en cada sesión mas de tres grupos de músculos.

Sin embargo sea cual sea el procedimiento, siempre hemos de iniciar el entrenamiento dando al niño unas instrucciones generales se le dice en que consiste la relajación, qué pretendemos conseguir con ella, y así mismo se hace hincapié en que respire lenta y pausadamente.

4.3.6 Técnicas operantes

Consisten en ofrecer al niño una consecuencia –positiva o negativa– cuando lleva acabo una conducta si el objetivo es que la conducta se produzca con mayor frecuencia entonces hay que reforzar dicha conducta; si por el contrario el objetivo es que disminuya entonces hay que castigarla.

El **reforzamiento positivo** consiste en ofrecer al niño una consecuencia positiva cuando lleva acabo una conducta que desea que aparezca con mayor frecuencia.

El **reforzamiento negativo** tiene lugar cuando el niño halla bajo una situación desagradable o aversiva y esta desaparece si lleva acabo ciertas conductas.

El **castigo** tiene como finalidad conseguir hacer disminuir lo mas posible una conducta no deseada. Existen diferentes procedimientos que pueden utilizarse como castigo:

- **Tiempo fuera** el niño es apartado físicamente de todas o muchas de las fuentes de reforzamiento durante un periodo de tiempo.

Para que el tiempo fuera no sea contraproducente es necesario tener en cuenta

- a) Es un procedimiento recomendado para niños entre dos y doce años
- b) Es preciso controlar el lugar donde vallamos a apartar al niño
- c) Debe aplicarse sin enfado por parte del modificador y sin necesidad de utilizar la fuerza física
- d) Dado que utilizamos el procedimiento como castigo partimos de la base de que resulta aversivo para el niño
- e) Es mejor comenzar con periodos muy breves, aumentando la duración del tiempo solo cuando estos periodos resulten deficientes

- **Coste de respuestas** consiste en retirar al niño algún reforzador positivo contingentemente a la emisión de la conducta. Algunas precauciones que deben tomarse en cuenta son:

- a) Asegurarse de que el estímulo que se retira es realmente importante para el niño
- b) En niño debe conocer perfectamente que es lo que debe dejar hacer
- c) Se le informe constantemente de lo ganado o de lo perdido no caer en el error de aplicar el coste de respuestas a conductas que no se hayan advertido
- d) Ignorar cualquier reacción como llorar, discutir, pedir perdón, etc. Que el niño tenga como consecuencia de aplicarle el coste de respuestas
- e) Cuidar que el niño no pierda todos los reforzadores hasta el punto que no tenga nada que perder

Para llevar a cabo cualquiera de los procedimientos de castigo es necesario considerar:

- 1) Que no debe depender el uso del castigo de nuestro estado de animo sino de la conducta emitida
- 2) Al aplicar el castigo no lo hagamos regañando o gritando porque esto indica que nuestra actitud es vengativa y con frecuencia refuerza las conductas inaceptables
- 3) Una vez que se ha indicado al niño la regla de comportamiento y la consecuencia que tendrá su conducta, debe experimentar las consecuencias desagradables de dicha conducta
- 4) Hay que darle al niño una advertencia antes de que se aplique el castigo
- 5) Debe aplicarse conjuntamente el castigo con el reforzamiento de conductas alternativas

En cualquiera de los casos para que esta técnica sea eficaz hay que llevar acabo los siguientes pasos:

- a) Seleccionar las conductas objetivo
- b) Tener claro que consecuencias vamos a utilizar
- c) Hay que tener claro que los refuerzos y /o castigos han de aplicarse justo a continuación de haberse producido la conducta.

Algunas técnicas que también son utilizadas en la modificación de conducta son:

Economía de fichas Consiste en proporcionar al niño reforzadores tales como puntos, tarjetas, fichas etc. a los que asignamos un cierto valor. Los puntos que reúna el niño pueden ser canjeados por diversos reforzadores materiales o privilegios a los que también hemos asignado un valor.

Extinción Se basa en la idea de que una conducta se mantiene gracias a las recompensas que recibe, puede desaparecerse si deja de ser recompensada.

Para aplicar la extinción correctamente es preciso tener en cuenta algunos aspectos:

- a) El curso temporal de la extinción
- b) La consistencia en el comportamiento por parte de los adultos
- c) Combinar la extinción con reforzamiento positivo de conductas adaptativas

Sobrecorrección Esta técnica tiene como fin corregir las consecuencias de la conducta agresiva y facilitar que el agresor asuma la responsabilidad de tal conducta.

Normalmente antes de aplicar la sobrecorrección se le da al niño una reprimenda (no pegues) una descripción de la conducta inadaptada (estas insultando a tu hermana) o la manifestación de una regla (no insultes a la gente).

Para que sea efectiva hay que considerar:

- a) Debe de ser topográficamente relacionada con la conducta
- b) Debe suministrarse inmediatamente
- c) Mientras se esta realizando al niño la sobrecorrección debemos impedirle el acceso a otros reforzadores
- d) La duración debe de ser moderada de 3 a 4 minutos
- e) Al considerar su aplicación, el padre o maestro debe estar preparado para soportar las protestas del niño

A partir de lo anterior podemos decir que la Terapia de Juego Cognitivo Conductual con sus características y métodos es una aportación importante a la terapia infantil, ya que en ella el niño puede expresarse libremente esto le ayuda

a comportarse de un modo mas adaptativo, dicha terapia fomenta el crecimiento del niño en todos los aspectos y lo ayuda a tener un mejor concepto de si mismo, permitiéndole dirigir sus conflictos de una manera mas segura y con mas confianza al verse el capaz de resolverlos.

Una vez revisada la Terapia de Juego Cognitivo Conductual y las técnicas de tratamiento que los diferentes autores antes mencionados han señalado es posible proponer algunas actividades que nos permitan la disolución de los trastornos.

4.4 Posibles actividades para el tratamiento de los trastornos infantiles

A través del tiempo se ha intentado buscar cuál es la mejor manera de dar solución a los problemas psicológicos, es por ello que cada una de las teorías psicológicas trata de adaptar sus criterios procurando cubrir las necesidades de cada trastorno, y es así que se crean los programas de trabajo, los métodos sistemáticos que se siguen paso a paso pretendiendo dar solución al problema, estos muchas veces se toman de casos ya elaborados donde un autor desarrollo una técnica en algún problema. El tener conocimiento de dichas investigaciones realizadas nos permite saber cuales son algunos de los métodos que se pueden utilizar, y nos orientan para saber mas o menos que camino seguir dentro de la terapia.

Jonson, Rasbury y Siegel (1992) plantea varios de los trabajos realizados en la terapia con niños.

Watson y Raynor (1920) expusieron unas de las primeras demostraciones de condicionamiento respondiente al desarrollar una respuesta emocional condicionada en Albert un niño de 11 meses de edad.

Stedman (1976) aplico la técnica de Desensibilización para atender una niña de 9 años con fobia a la escuela.

Wish, Hasazi y Juruela (1973) trabajaron la Desensibilización en el tratamiento de un chico de 11 años con temor a ruidos fuertes.

Hallen, Hart, Buell, Harris y Wolf (1964) recurrieron al reforzamiento positivo para aumentar la interacción con compañeros en una niña de 4 años socialmente aislada.

Semenoff, Park, Smith (1976) ofrecen un ejemplo de modelamiento en el tratamiento de un chico de 6 años con mutismo selectivo.

Williams (1959) explica como se empleó un procedimiento de extinción para modificar la conducta de un niño de 21 meses que hacia berrinches exagerados.

Wolf, Brinbrauer, Williams y Lawer (1965) utilizaron la extinción para eliminar el vomito diario de una niña con retardo mental de 9 años de edad.

Lang Melamed (1969) demuestran el uso de estimulación aversiva contingente en un niño con vomito crónico.

Creer (1970) demostró el uso de tiempo fuera, en el caso de dos niños de 10 años quienes tenían la historia de ingresos al hospital por ataques de asma.

Burchard y Barrera (1972) recurrieron a un programa de costo de respuestas para disminuir la frecuencia de majaderías desobediencia y conductas agresivas en 11 adolescentes con retardo mental leve.

Azrin, Sneed y Foxx (1974) han incorporado la sobrecorrección a su programa de enuresis.

Kazdin (1977) trabajo programas de economia de fichas para motivar a individuos con problemas de conducta.

Bandura, Grusec y Menlove (1967) trabajaron con procedimientos de modelamiento para incrementar las conductas de acercamiento de niños que tenían miedo a los perros.

Melamed y Siegel (1975) exploraron la eficacia del modelamiento filmado en un intento por ayudar a niños en sus esfuerzos por manejar temores vinculados a la hospitalización y la cirugía.

Kanfer, Kalory y Newman (1975) investigaron la eficacia de procedimientos verbales de autocontrol para reducir el temor de niños a la oscuridad.

Siegel y Peterson (1980) examinaron la eficacia de un tratamiento de autocontrol para reducir ansiedad en preescolares que acudían al dentista.

Rusell y Thoresen (1976) enseñaron habilidades de solución de problemas a niños abandonados, predelincentes.

Spivack y Shure (1982) elaboraron un programa cognoscitivo conductual integral para enseñar a niños habilidades de solución de problemas interpersonales.

Meicheinbaum desarrollo un programa para niños impulsivos los cuales fueron la base de la teoría de modificación cognitivo- conductual.

Pero y ¿qué hacemos cuando se nos presenta un caso similar?, adaptar esa técnica al caso que se nos presenta, sin embargo muchas veces pensamos en que por ser un trastorno X necesita un tratamiento Y, y no tomamos en cuenta las cuestiones que van surgiendo, y ¿que pasa si a la mitad del tratamiento sale a relucir que no es realmente ese problema?, ¿se diagnostica nuevamente y se plantea otro tratamiento? ¿o que hacer? Es por ello que es importante estar abierto a todo lo que manifieste el paciente respecto a su problema a dar la opción de que el motivo por el que llega a terapia puede ser o no ser la causa del problema, de ahí la importancia de que durante el tratamiento se le de al paciente y al terapeuta la oportunidad de tener en cuenta otros elementos que pueden ir surgiendo a través de la terapia. Por ello durante el tratamiento hay que irse

adaptando a las necesidades del paciente e ir aplicando las actividades de acuerdo a lo que se vaya requiriendo.

Siendo así, al trabajar con niños es necesario disponer de ciertos materiales que le permitan ser y manifestar lo que le pasa en ese momento y lo que trae arrastrando. Axline (1994) menciona que los materiales de juego que han sido utilizados dentro de la terapia infantil son: botellas para alimento infantil; una familia de muñecos; una casa de muñecos amueblada; soldados de juguete; materiales domésticos de juego incluyendo mesa, silla, catre, cama de muñecas, estufa, vasijas, sartenes, cucharas, vestidos de muñecas, una muñeca barbie, una muñeca grande de trapo; títeres; un escenario para títeres; tizas de colores; arcilla; pinturas; arena; agua; pistolas de juguete; juego de palas; mazo de madera; muñecas de papel, autos pequeños; aeroplanos; una mesa, un caballete de pintor; una mesa recubierta de esmalte para dibujar y hacer trabajos con arcilla; un teléfono de juguete; estantes; una pequeña escoba; un trapeador; trapos; papel para dibujar; papel para pintar; periódicos viejos; papel barato para pintar; fotografías de personas, casa, animales y otros objetos; canastas vacías.

Otros materiales que se podrían utilizar dentro de la terapia serían: figuras armables, un espejo, cuentos, mascararas de personajes o animales, un cuchillo de plástico, herramientas de trabajo, es importante que todos los objetos sean sencillos y de fácil manejo para el niño.

Es sabido que el niño a través del juego representa sus experiencias y deseos, por ello al presentarle objetos él escoge el que le sea mas significativo y a partir de eso se va trabajando en la terapia. Siendo así al tener los materiales se pueden utilizar de dos formas; se le presentan al niño y él escoge con cuales trabajar y sobre ellos se va guiando, o el terapeuta puede escoger con que material se trabaje al querer cubrir un propósito definido, por ejemplo utilizar títeres representando la situación que se quiera cambiar con el niño.

Al ir trabajando dentro de la terapia uno se da cuenta de que hay muchos obstáculos, situaciones y actitudes que dificultan el proceso terapéutico, por lo que hay que tenerlos en cuenta, algunos de ellos podrían ser:

- Explicar primeramente a los padres qué es la terapia de juego y cómo es que ayuda al niño, ya que muchas veces los padres piensan que se tiene que hacer ciertas cosas con el niño como orientar, enseñar, curar, etc. y no jugar, el jugar lo puede hacer en casa sin necesidad de un terapeuta.
- Dejar los materiales a la vista para que el niño pueda ser libre de elegir lo que mas le agrada, con lo que pueda hacer algún tipo de representación y le sea significativo.
- Algo importante que hay que tener en cuenta es el desarrollo evolutivo y el género del niño, para determinar a que jugar o como iniciar la sesión con él, por ejemplo con un niño de seis años es mas fácil iniciar el juego que con uno de once o doce años, ya que muchas veces ellos ya se perciben como adolescentes y tienen otros intereses y necesidades además los adolescentes no juegan eso es de niños, según dicen.
- Si el niño no se acerca a los materiales de juego y se muestra apenado o dudoso de tomarlos podría ser conveniente que se le de una explicación de cual es el material que hay y que puede agarrarlo y jugar con él.
- Si el niño no se acerca a los materiales otra opción podría ser que el terapeuta comience a jugar con ellos sin forzar al niño a nada, una vez que el terapeuta este realizando alguna actividad o un juego es probable que el niño se acerque con más facilidad.
- Si el niño se muestra tímido al conocer al terapeuta, este podría jugar con él haciendo caras, bromeando, etc. esto permitiría que se estableciera un cierto rapport que dé confianza al niño.
- Si el niño es muy agresivo y quiere agredir al terapeuta, se podría hacerle ver que se le comprende poniéndose en su lugar "entiendo que te sientas así, yo también estuviera enojado si.." o por el contrario si no manifiesta su enojo y el terapeuta se da cuenta de él es conveniente que verbalice ese sentimiento que no puede expresar el niño "estas enojado conmigo por no hacer esto.."

- Un problema que suele ocurrir es cuando el niño trabaja muy lentamente y el terapeuta pueda desesperarse por ello, lo conveniente sería adaptarse a las necesidades del niño sin presionarlo ni apresurarlo, ya que lo que se busca es que el niño adquiera seguridad en sí mismo y sea capaz de manifestar lo que le pasa, por lo tanto hay que ir a su ritmo.
- Es importante que el terapeuta juegue con el niño, que el niño lo perciba como un amigo, como un compañero de juego en quien pueda acudir, y si es posible y el niño se siente a gusto que lo llame por su nombre el niño se sentirá con más confianza.
- Es importante que el terapeuta no agreda ni grite al niño, si en algún momento se siente irritado o desesperado detenga la actividad y se de unos minutos para tranquilizarse si dañar al niño.
- Si bien es cierto que muchas veces solemos decirle al niño que puede jugar y hacer lo que quiera en ese espacio también es importante explicarle que podría pasar si utiliza un objeto a manera que pueda dañarse, decirle las consecuencias que pueden pasar, además esto permite al niño conocer que en todo lugar hay ciertos límites.
- Plantear las actividades en tareas que sean variadas y motiven al niño para que se interese y las realice con mayor facilidad.
- Si es posible realizar las actividades en diferentes contextos esto permitirá que el niño generalice más fácilmente la actividad.
- Modificar en alguna medida las condiciones ambientales que puedan perjudicar como el ruido, las distracciones, etc.
- Es importante que se estructure alguna actividad para ir dirigiendo el tratamiento, pero hay que dejar que el niño escoja a que jugar y sobre la marcha ir realizando o adaptando la actividad planeada.

Al llevar a cabo un tratamiento es necesario auxiliarse de algunas técnicas o actividades que ayuden a tener una mejor adaptación al niño, las técnicas cognitivas conductuales pueden ser utilizadas como un recurso en ello, sin embargo es conveniente adaptar la técnica a cada tipo de trastorno y de paciente.

También es importante aclarar que las técnicas solo auxilian la terapia y lo primordial es jugar, porque jugando el niño es y se da cuenta de que puede hacer y eso les da seguridad y confianza. Además el "hacer" con el niño permite interiorizar la conducta y así poderla llevar acabo no solamente en el ámbito terapéutico sino también en cualquier lugar que la requiera.

Como veíamos anteriormente es necesario para poder determinar un trastorno tener en cuenta varios aspectos, entre ellos están las cogniciones y el ambiente. La terapia de juego cognitivo conductual se basa en el modelo cognitivo, utiliza el método socrático, orienta hacia la resolución de los problemas, se basa en el modelo educativo. Ello pretende que dentro de la terapia el individuo con algún tipo de trastorno retome lo necesario y conveniente para poder solucionar el conflicto.

Por ello algunas de las actividades que se pueden realizar en trastornos como ansiedad, miedo, depresión, agresión e hiperactividad ya revisados podrian ser:

ACTIVIDADES PARA TRATAMIENTO SOBRE ANSIEDAD

1. *Instruir a los padres sobre las posibles características del trastorno, decirles como pueden ellos contribuir tanto positiva como negativamente en el desarrollo del niño.*
2. *Contar historias sobre el motivo de ansiedad y después modificarlas haciendo menos amenazante el objeto de ansiedad "habia una vez un niño que no quería ir a la escuela, y siempre lloraba cuando lo llevaban a la escuela, el no quería separarse de su mamá, porque .."*
3. *Jugar a ser un personaje poderoso que puede destruir el objeto de ansiedad" vamos a jugar al súper héroe, dejar que el niño escoja un personaje que sea un súper héroe y el terapeuta y algunos otros muñecos sean los malos (objeto de ansiedad) y que el niño capture o destruya a los malos".*

4. *Utilizar el entrenamiento en autoinstrucción para que el niño vaya modificando su diálogo interno y se enfrente a la situación que provoca ansiedad al ir trabajando en terapia, el terapeuta vaya dándose autoinstrucciones y mostrarle al niño para que él también vaya interiorizando esas instrucciones.*
5. *A través del modelamiento realizar escenificaciones utilizando los títeres para representar qué hacer ante la situación de ansiedad, "ansiedad por estar solo" dejarlo solo por varios minutos y hacerle ver que no pasa nada, buscar actividades de distracción para que no piense en su ansiedad por estar solo, checar que piensa en niño que puede pasar al estar solo y darle argumento para contrarrestarlo etc.*
6. *Utilizar el modelado haciendo representaciones de los objetos de ansiedad mostrando que no pueden causar daño utilizar muñecos de peluche, de plástico e ir representando.*
7. *Hacer representaciones donde un personaje tenga ansiedad al principio de la representación y que al final lo super, e miedo a separarse de sus padres, con títeres representar que se van los padres a trabajar o el niño se queda en la escuela, contando todo lo que puede pasar en la escuela y que al final los padres regresan por él y no hay nada que temer.*
8. *Realizar ejercicios de relajación Estirarse hacia arriba y dejarse caer hacia abajo, decirle al niño "te pondrás de pie cuando diga el nombre de algo que este arriba como por ejemplo el cielo, un avión, las nubes estírate hacia arriba todo lo que puedas, cuando diga el nombre de algo que este abajo como el pasto, el mar, las flores, afloja el estiramiento deja caer los brazos y el cuerpo hacia delante, dobla un poco las rodillas y deja que tu cuerpo se quede blando, cuando diga ¡ entre el cielo y el suelo! Ponte derecho y relajado".*
9. *Utilizando la Desensibilización Sistemática determinar los puntos de ansiedad y a través de la imaginación representar situaciones agradables imagínate que estas en un lugar muy bonito y te sientes muy bien, imagínate un acontecimiento muy bonito que hayas tenido, etc.*
10. *Poner música suave durante la sesión para relajarse utilizar música instrumental, de sonidos de pájaros etc. Puede ser al inicio o termino de*

la sesión mientras se realiza un ejercicio de relajación o durante toda la sesión, de preferencia ponerla a bajo volumen.

ACTIVIDADES PARA TRATAMIENTO SOBRE MIEDO

1. *Contar chistes o historias divertidas acerca del objeto de miedo*, "miedo a los perros" imaginar el perro, gordo, gordo, con un vestido de bolitas, que le falte un diente, imaginarlo en una posición que provoque risa "miedo a los gatos", había una vez un niño llamado Pedrito el cual tenía un gato que siempre se reía mucho, al niño le gustaba jugar con su gato porque el siempre se divertía y el gato lo hacía reír, el siempre lo llevaba a todas partes, cuando iba a la escuela le llevaba a dentro de su mochila y cuando era el recreo lo sacaba y lo mostraba a sus compañeros y todos se divertían.
2. *Utilizar letreros que permitan al niño interiorizar una idea* "la araña no me hará nada", "la inyección no me dolerá", "en la obscuridad no hay nada", "mis padres solo van a trabajar" etc.
3. *Utilizar películas donde se represente una situación de ansiedad, y termine superándola*
4. *Contar cuentos o inventarlos a manera de diálogo* donde el terapeuta y el niño desarrollen la historia por turnos, *niño* había una vez una enorme araña que llegó a una ciudad donde todos eran muy pequeñitos *Terapeuta* al darse cuenta de que había llegado la araña, decidieron ir a darle la bienvenida, *niño* pero la araña quería comérselos a todos y comenzó a corretearlos, *terapeuta* pero había un niño que le preguntó a la araña que era lo que quería y le dijo que le dolía la muela y que por eso corría, le ayudaron a sacarle la muela y se hicieron amigos.
5. *Jugar a que se es el objeto temido* utilizando los títeres o representando uno mismo, miedo a ir al dentista, vamos a jugar a que estamos en un hospital, tu eres el doctor.
6. *Juegos de relajación* Jugar a hacer que el cuerpo se ponga duro y blando cuando diga ¡duro, duro! Tu cuerpo se pondrá muy duro, para que tu

cuerpo se ponga duro cierra los puños y pon toda la fuerza que puedas en los brazos, al mismo tiempo estira la punta de los pies y haz toda la fuerza que puedas con los muslos y las piernas, cuando diga ¡blando, blando! relaja los pies y las piernas, luego las manos y los brazos, tu cuerpo se podrá blando, blando.

7. *Hacer historias o dibujos con el objeto temido, "miedo a los fantasmas", hacer una historia donde aparezcan fantasmas y después eliminarlos, mostrarle al niño que así como los hicimos en la hoja de papel, así los imaginamos y no son reales, nosotros los podemos crear y eliminar.*
8. *Representación de personajes utilizando el modelamiento (con ayuda de los títeres jugar a la escuela y realizar las posibles actividades que le dan miedo al niño y que vea que no pasa nada.*
9. *Realizar actividades donde se enfrente a la situación si presenta miedo a la oscuridad taparle los ojos para representar la oscuridad y que el niño diga que es lo que hay en él, además mostrar que no hay a que temer.*
10. *Realizar representaciones con los padres y el niño si el niño le tiene miedo al padre porque es muy autoritario y siempre lo regaña, se podría mostrar al padre como se siente el niño y darle habilidades para relacionarse con el, a demás de realizar ejercicios juntos que les ayude a tener una mejor relación.*
11. *Proporcionar habilidades para que se sienta con mayor seguridad "miedo hacer el ridículo con sus compañeros" proporcionarle habilidades sociales de comunicación, de interacción, hacer ejercicios de autoestima, "miedo tener un accidente" proporcionarle los teléfonos de los lugares a los que pueda acudir, enseñarle a relajarse para mantener la calma, darle algunos conocimientos básicos de primeros auxilios etc.*

ACTIVIDADES PARA TRATAMIENTO SOBRE DEPRESIÓN

1. *Enseñar a los padres sobre el trastorno posibles causas, características, a dónde acudir, qué hacer etc.*

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTEC

2. *Determinar si los padres están deprimidos* si se cree conveniente evaluarlo, e invitarlo a tratamiento y explicarles como el hecho de que si ellos están deprimidos puede afectar al niño.
3. *Jugar a representar varios personajes (alegre, triste, enojado)* para mostrarle al niño otras opciones, vamos a jugar a la lotería de caritas, armar una lotería donde estén representadas diferentes gestos, alegre, triste, enojado, y cada vez que aparezca la carita ellos tienen que representar una situación que simule la carita.
4. *Realizar actividades de autoestima donde se elimine su visión negativa* dejarles de tarea que le pidan a varias personas que le escriban alguna cualidad, se miren frente al espejo sonrían y digan en voz alta algún elogio o idea para sí mismos, sea del aspecto físico, una actitud o cualidad que les sea agradable, que escriba una historia de las cosas agradables que le han pasado y en las que él haya contribuido, recordar sus éxitos o logros que haya tenido, que piensen en tres defectos y después pregunten a varias personas que les comenten tres defectos de sí mismas para ver que no todos somos perfectos, que invente una historia sobre su vida futura, poner letreros donde él vea que digan cosas positivas de él "soy inteligente, soy agradable".
5. *Solución de problemas*, Imaginar que se está dentro de un pozo y buscar como poder salir de él, escribir que decisión desean tomar, plantear alternativas para realizarlas, evaluar los pros y los contras de cada una de ellas, elegir una y probar.
6. *Reforzamiento*, realizar actividades donde se le pida su ayuda y lo hagan sentirse importante durante las actividades "domesticas", la mamá invitarlo a ayudar a hacer la comida o a ayudarlo a papá con su trabajo "recreativas" jugar con el algo que le gusta mucho y se emocione, "escolares" pedirle ayuda para realizar el periódico mural.
7. *Realizar actividades donde se involucre con sus familiares cercanos.*
8. *Ponerle varias preguntas que permitan conocer sus pensamientos irracionales (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización etc.)* jugar a ver que hacemos ante una situación e irle preguntando o que vaya completando la frase que se le ponga.

9. *Realizar un maratón donde tenga que realizar diferentes actividades que le sean interesantes y divertidas en una casilla que imite a un pollo, en otra que salude a alguien, en otra que brinque en un pie, que exprese algo que le molesta, en otra que haga un dibujo, en otra que cuente un chiste, en otra que exprese algo que lo entristezca, en otra que haga algo que lo haga feliz, etc.*
10. *Autoinstrucciones "es solo un examen no voy a reprobar, estaré con promedio bajo, pero la próxima vez me esforzare mas" "ya no estarán mas mis padres juntos y eso me duele, pero ya no se pelearan y estarán mejor"*
11. *Dibujar todo lo que no le guste para que lo exprese y se libere proporcionarle materiales y que él escoja con que hacer la actividad, tal vez dibuje un panteón, una persona golpeando etc. Preguntarle al ir haciendo el dibujo por que es que eso no le gusta y que quisiera que pasara.*
12. *Realizar actividades de socialización hacer ejercicios de expresión de afecto donde se involucre a la familia, invitarlo a que participe en algún grupo donde haya niños de su edad, etc.*
13. *Ejercicios de relajación vamos a imaginar que tenemos que cargar una casa grande, imagínate como vas levantando la casa entre tus manos y necesitamos mucha fuerza para aguantarla, cuando ya este arriba dejaras caer la casa y tu también te dejaras caer en el suelo con suavidad para poder descansar.*
14. *Contar cuentos sobre personajes que necesitan ayuda y ver como salen de sus dificultades había una vez un niño que no tenía amigos y el quería jugar y brincar como veía desde su ventana que lo hacían los demás.*

ACTIVIDADES PARA TRATAMIENTO SOBRE AGRESIÓN

1. *Explicar a los padres que al burlarse de los niños, ofenderlos, gritarles, golpearlos, etc. influye para que el niño sea agresivo y darles posibles alternativas de que hacer.*
2. *A través del juego utilizar la autoinstrucción para que el niño se vaya adaptando a interiorizar su lenguaje y pensamiento "cálmate" "si lo golpeo*

- él me puede golpear mas fuerte" "no es cierto lo que me dijo" "se que yo soy mejor y no necesito demostrarlo".
3. *Juegos de relajación* vamos a jugar gato-león tu podrás moverte como quicras: podrás correr, bailar, saltar, con la mano indicare que hagas gato o león, cuando levante la mano cerrada imitaras al león, cuando levante la mano abierta imitaras un gato.
 4. *Utilizar películas donde se represente una situación de agresión y como se resuelve.*
 5. *Utilizar la técnica de sobrecorrección para indicarle al niño su actitud negativa al momento de que la lleve acabo* "no le pegues a tu hermana porque" "no golpes el vidrio porque"
 6. *Utilizar la técnica de economía de fichas* si durante el día no lleva acabo ninguna agresión darle un reforzador (una corcholata) y al termino de la semana canjearlo (un permiso).
 7. *Promover habilidades de solución de problemas*, escribir que decisión desea tomar, plantear alternativas para realizarlas, evaluar los pros y los contras de cada una de ellas, elegir una y probar. Si alguien lo molesta en la escuela y eso hace que el sea agresivo: decirle a la maestra que lo molesta, aclarar directamente con el niño, pedirle a sus padres que hablen con los del otro niño, pensar en las ventajas de cada una y llevar acabo la que considere mas conveniente.
 8. *Promover habilidades sociales* hacer ejercicios de asertividad para que el niño conozca otro modo de actuar.

ACTIVIDADES PARA TRATAMIENTO SOBRE HIPERACTIVIDAD

1. *Enseñar a los padres sobre el trastorno posibles causas, características, que hacer para ayudar al niño a adquirir mayor control.*
2. *Entrenamiento en autoinstrucciones* "tranquilo" "puedo controlarlo yo solo" "no pasa nada" "tengo que tachar todos los coches" "no pases a otra tarea hasta terminar esta" "que bien me quedo" "que estoy haciendo" "que me toca hacer ahora" etc.

3. *Entrenamiento en solución de problemas* ir realizando con el niño paso a paso ejemplificando cada situación escribir que decisión desea tomar, plantear alternativas para realizarlas, evaluar los pros y los contras de cada una de ellas, elegir una y probar.
4. *Juegos de relajación* vamos a jugar a que éramos el cielo, puedes ponerte como quieras, cuando yo de varias palmadas indicaran que el viento esta soplando y empujando las nubes, entonces tu te volverás como quieras, corriendo, rodando, brincando, cuando deje de dar palmadas el viento se habrá parado y todas las nubes habrán desaparecido, el cielo estará azul, tu ceras entonces el cielo azul tranquilo que no se muévete tumbaras despacio en el suelo y descansarás.
5. *Reforzamiento* decirle "lo has hecho muy bien" "darle un premio".
6. *Auxiliarse del medio ambiente para atraer la atención del niño colocando en los lugares donde se desea que el niño preste mayor atención colores vistosos, objetos grandes etc.*
7. *Realizar ejercicios para habilitar su percepción* (hacer movimientos arriba abajo, derecha izquierda utilizando solo la vista, con un listón poner objetos de varios colores y preguntarle al niño en donde esta el verde y que el niño lo busque con la mirada, jugar a esconder un muñeco y que el niño lo busque, decirle vamos a jugar a las escondidillas yo escondo el muñeco y tu lo buscas yo para ayudarte voy a decirte frío, frío cuando estés lejos de él y caliente, caliente cuando estés cerca y después tu lo escondes y yo lo busco).
8. *Realizar ejercicios de concentración* jugar memorama, mostrarle laminas donde haya varios objetos entremezclados y él los localice.
9. *Adaptar algunas canciones que lo ayuden a controlarse* busco un lugarcito chiquitito para mi, sin molestar a nadie voy a quedarme aquí (se queda quieto, sino pierde), un ratón quiso volar salta de la mesa y aterriza mal hay que pena hay que enfado el ratón se queda congelado (se queda quieto, sino pierde).

CONCLUSIONES

Al término del presente trabajo se puede concluir que la teoría cognitivo conductual es un recurso mediante el cual la Psicología se auxilie para desarrollar un tratamiento acorde con las necesidades que el niño requiera en cada uno de los trastornos infantiles (ansiedad, miedo, depresión, agresión, hiperactividad etc.).

Pudimos conocer como se ha ido abriendo paso para insertar al niño en un ámbito terapéutico donde la Psicología contribuye de varias maneras, tanto en cuestiones teóricas como prácticas, el saber cada una de las principales características de los trastornos, nos permite poner una etiqueta a cada caso, sin embargo no hay que olvidar que ello también puede tener ventajas y desventajas y que hay que considerarlas, el buscar cuales son los principales elementos que hay que tener en cuenta para poder diagnosticar nos ayuda a poder seguir cierta metodología que nos guíe hacia el conflicto, nos da pauta para poder llevar una relación terapéutica mas adecuada que considere las necesidades del niño, el conocer la terapia de juego cognitivo conductual nos da algunos recursos de donde auxiliarnos para poder sacar adelante al niño, para brindarle los mejores elementos que le permitan adquirir habilidades para poder enfrentarse a las situaciones de conflicto que se le presenten. Y que es deber tanto de los padres como de los profesionales proporcionar las mejores condiciones para que el niño se adapte óptimamente a la sociedad.

Algo importante que hay que remarcar es que a través de la historia se le ha ido proporcionando al niño el lugar que merece como persona, aunque ha tenido que pasar mucho tiempo, se ha podido lograr que sea tomado en cuenta y que se averigüe en caso de que presente algunos síntomas diferentes que puedan afectarlo y para ello la Psicología a contribuido al proporcionar posibles métodos que permitan adquirir su bienestar.

También se ha buscado dar una explicación al porque del comportamiento de las personas, se ha indagado a través de varios aspectos como: *genéticos* ya que se pensaba que los trastornos eran solo hereditarios y que solo algunas personas podían tenerlos; *ambientales* debido a que el ambiente va a influir en su desarrollo y posteriormente en su comportamiento, ya que la influencia que tiene el contexto es primordial porque es a través de él que las personas pueden influirse continuamente a sí mismos y a los demás y así es como vamos adquiriendo el aprendizaje, también se ha tomado en cuenta *aspectos cognitivos* porque al manifestar lo que piensa el paciente puede comprender como su pensamiento lo lleva a realizar ciertas conductas, afecta su estado emocional, además nos permite ver la forma que la persona tiene de ver el mundo y conocer los eventos que lo perturban y alteran.

Además al tomar en cuenta los aspectos cognitivos nos permite ver al niño desde otro punto de vista, y nos ha facilitado el buscar la manera en cómo los niños a través de hablarse a sí mismos llevan acabo las tareas y esto nos da pauta para que la teoría cognitivo conductual aporte sus criterios para poder resolver los problemas que se le presentan.

Es importante saber que todos los niños nacen con muchas potencialidades y crecen y aprenden de acuerdo a su propio ritmo, sin embargo al presentarse un trastorno la manera en como es tomado por las personas cercanas va a influir en el niño, en ocasiones se espera que el niño se comporte o sea de manera diferente a los demás niños supuestamente "normales". Hay que considerar que por el hecho de tener algún tipo de trastorno el niño no deja de ser normal, es solo que algunas condiciones han influido en él afectándolo y por ello no se desarrolla adecuadamente.

Un problema que afecta viene desde la bases educativas que tenemos donde muchas veces consideramos a alguien con algún trastorno como diferente y eso no nos permite aceptar a las personas con algún tipo de problema ya sea

físico, cognitivo o emocional como alguien "normal" desafortunadamente las etiquetamos negativamente lo cual influye en su autoestima y en su desarrollo.

Es debido a la influencia de varios factores (sociales, personales, familiares etc.) que afectan y repercuten en el individuo y lo llevan a crear un trastorno, para dar solución a esto sería importante hablar de temas como las emociones, los sentimientos, los pensamientos, que muchas veces no sabemos manejar, que tanto en la familia como en la escuela se tuviera mejor conocimiento al respecto para así poder prevenir o saber qué hacer si se presenta. Tal vez si tuviéramos esa educación emocional nos evitaríamos muchos problemas que actualmente llevan a un trastorno, no habría situaciones de ansiedad, depresión, agresión, etc. si aprendiéramos a manejarnos emocionalmente a expresarnos y a tener las habilidades necesarias desde pequeños para enfrentarnos a las situaciones, viviríamos en un mundo sin tantos conflictos, pero desgraciadamente no es así y es por ello que es importante conocer sobre el tema para así comprender al niño cuando presenta síntomas que podría llevarlo a un trastorno.

En lo revisado anteriormente se ha presentado cómo algunos autores nos llevan paso a paso para realizar un buen diagnóstico, ello nos permite tener una guía para un mejor y mas ordenado manejo de toda esa información que nos dan las personas. Es conveniente que al llevar acabo un diagnóstico se tomen en cuenta todos los aspectos que se relacionen con el niño y que pueden afectar, sería importante si es posible poder evaluar al niño en varios contextos, debido a que muchas veces el niño puede comportarse de diferente manera en cada lugar y nos daría mas datos para poder diagnosticar, sin embargo la mayoría de las veces no es posible poder observarlo directamente en el contexto donde se encuentre.

A veces cometemos el error de evaluar o diagnosticar con una sola prueba y se cree que con solo aplicarlas y calificarlas nos proporcionan toda la información que se necesita obtener y no tomamos en cuenta si es adecuada para el niño en cuanto a su nivel evolutivo, a su cultura etc. también es importante el contexto donde se lleve acabo debido a que si se aplica en la escuela, en el

consultorio en una institución puede influir el ambiente que hay en ese momento en el lugar y el estado emocional actual del niño, por ello hay muchos factores que hay que tener en cuenta la realizar una prueba.

Al manejar los resultados del diagnóstico es conveniente que se manejen de acuerdo a la persona que lo solicita ya sea al padre o al maestro, se debe buscar un lenguaje propio que les permita entender claramente el problema y decirles que se esta dispuesto a resolver todas las posibles dudas que pueden surgir. Seria bueno que en las escuelas que es donde se da mas difusión a la educación se pudieran insertar psicólogos que pudieran llevar acabo tanto prevención como detección de los trastornos y poder trabajarlo desde edades tempranas y así en el futuro no habría repercusiones.

Ya que si se le proporciona un tratamiento oportuno ayudará al niño a desarrollar plenamente sus potencialidades y lo capacitara para llegar a formar parte de una vida plena.

Para ello es importante la psicoterapia ya que esta promueve el desarrollo y conocimiento de la persona, ya sea del paciente (le permite adquirir tanto conocimiento como habilidades que le ayuden a superar sus dificultades) o al profesional (al darle pauta a conocer diversos problemas y lo ayuden posteriormente a enfrentar varios casos), por ello al ir a terapia lo que se pretende es posibilitar que el paciente logre cambios, aprendiendo y dándose cuenta de conductas mas satisfactorias que le permitan su bienestar.

Dentro de la terapia podemos ver la importancia de no tratar al niño de la misma manera que al adulto, que es necesario considerar aspectos de nivel evolutivo que los hacen diferentes y que permiten beneficiar u obstaculizar el trabajo terapéutico, además al tratarlo como adulto el niño no es comprendido plenamente y puede no sentirse en confianza para manifestar sus problemas, por ello es importante buscar la mejor manera de que el niño se sienta aceptado, a gusto, al estar en terapia, así podría aceptar mas fácilmente un cambio.

Qué mejor forma que acercarse al niño a través de la manera en como el se relaciona y aprende, es decir a través del juego, esto proporciona al niño conocimiento, le permite sentirse seguro, con confianza, le ayuda a comunicarse con los demás, a expresar sus sentimientos y emociones, a dominar la situación haciéndolo sentir importante, a enfrentarse a las reglas que le impone la sociedad, a desarrollar su imaginación haciendo surgir fantasías, le proporciona habilidades que le servirán posteriormente, etc. y además permite al terapeuta comprenderlo y entenderlo mejor.

Aunque no hay que dejar de lado que al trabajar con niños es importante hacerlo también con sus padres o personas encargadas de sus cuidados porque ellos están en constante interacción con los niños y la relación que establecen influye en su comportamiento, además es conveniente que se le informe a dichas personas sobre la importancia del juego para el niño y de cómo este puede ayudarlo a superar sus dificultades.

Podemos ver la importancia de la terapia de juego cognitivo conductual, esta pretende ayudar al niño a que se comporte de un modo mas adaptativo, lo alienta a ser un individuo autosuficiente, le permite ser el mismo sin que nadie lo juzgue, lo ayuda a modificar su pensamiento y a adquirir habilidades y alternativas que le permitan enfrentarse a la vida, ya que en ella se utilizan actividades de juego así como la comunicación verbal y no verbal, además enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento al encausar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta.

Los métodos utilizados dentro de la terapia auxilian en demasia el trabajo terapéutico ya que a través de ellos se pueden estructurar las actividades que se consideren convenientes, sin embargo no hay que olvidar que es importante dejar que el niño escoja que hacer y sobre eso adaptar cada método.

También es conveniente dentro del trabajo terapéutico que el profesional reconozca sus capacidades y limitaciones para con los casos que se le presentan

y en caso de que se le presente algún problema que no pueda manejar satisfactoriamente lo remita a otro profesional que conozca sobre el tema, porque esto puede ocasionar desconfianza para con la personas que requieren el servicio y no estar dispuestas a solicitar ayuda psicológica argumentando que no sirve.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- o Axline V (1994) Terapia de juego. México. Diana Cap.3
- o Bernstein, D. y Nietzel, M. (1988) Introducción a la Psicología clínica. México. Mc Graw-Hill Cap.3
- o Caballo, V. Y Simón, M. A. (2001) Manual de Psicología clínica infantil y del Adolescente. Trastornos generales. Madrid. Pirámide Cap. 2 y 5
- o Caro, I. (1997) Manual de psicoterapias cognitivas España. Paidós Cap. 1
- o Castillejo, A. y Alba, M. (1985) Compendio de psicoterapia infantil. México. Universidad de Guadalajara.
- o Connor, K. J. y Schaefer, C. E. (1997) Manual de terapia de juego. México. Manual moderno. Cap.5, 8
- o Duhrrssen, A (1976) Psicopatología del niño y del adolescente. México. Fondo de Cultura Económica. Cap.2
- o Echeburúa, E. (1998) Trastornos de ansiedad en la infancia . Madrid. Pirámide
- o Hendrick J (1990) Educación infantil. España . CEAC. Cap.2
- o Jonnson, J. H. Rasbury, W.C. y Siegel, L.J. (1992) Métodos de tratamiento infantil. México, Limusa. Cap.3, 5
- o Kanfer, F. y Goldstein, A. (1992) Como ayudar al cambio en psicoterapia. Bilbao. Desclee de Brouwer. Cap. 2 y 3

- o Kleinke, C.L (1998) Principios comunes en psicoterapia. Bilbao. Desclee de Brouwer cap.1
- o López, S. C. Y García, S. J. (1997) Problemas de atención en el niño. Madrid. Pirámide
- o Lin Garske (1988)Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos. Cap.
- o Moser, G. (1992)¿Que es la agresión?. Publicaciones cruz. Cap.1
- o Moreno, G. I. (1998) Hiperactividad. Madrid. Pirámide
- o Newcomer, P. L. (1987)Como enseñar a los niños perturbados. Historia diagnóstico y terapia. México. Fondo de cultura económica Cap. 8
- o Pérez, G. A. (1988)Psicología clínica. México. Trillas Cap.6
- o Randy W. Y Paul J. (2000). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente. México. Manual moderno Cap.19
- o Rodríguez, S. J. (1998) Psicopatología del niño y del adolescente. España. Universidad de Sevilla .Cap. 7,9,21, 26
- o Romeu J (1990) Trastornos psicológicos en pediatría. España. Dogma.
- o Ross, A. O. (1991) Terapia de la conducta infantil. México. Limusa. Cap. 1
- o Sánchez y Torres. (1997). Educación especial II. Ámbitos específicos de intervención. Cap. 8
- o Sattler, J. (1996) Evaluación infantil. México. Manual moderno