

Habilidades del terapeuta de niños y adolescentes

Alicia Fernández-Zúñiga Marcos de León



PIRÁMIDE

Alicia Fernández-Zúñiga Marcos de León

Habilidades del terapeuta de niños y adolescentes

EDICIONES PIRÁMIDE

Contenido

Prólogo

Prefacio

Agradecimientos

Aclaración de términos

1. Consideraciones previas

Introducción

1.1. Especialización

1.2. Modelos de habilidades terapéuticas

1.3. Características del terapeuta

1.4. Aspectos éticos de la intervención con menores

1.5. Habilidades terapéuticas con niños

1.6. Recursos para tratar con los problemas del niño

1.7. Desarrollo normal, características según la edad

1.8. Condiciones del espacio para trabajar con niños

2. Habilidades básicas

Introducción

2.1. Enfoques teóricos

2.2. Habilidades del terapeuta

2.3. Habilidades básicas

2.4. Habilidades específicas que facilitan la comunicación

2.5. Actitudes a controlar por el terapeuta

3. Habilidades específicas en evaluación e intervención

Parte I: Evaluación

3.1. Aspectos previos sobre la evaluación

3.2. Competencias específicas para evaluar

3.3. Habilidades para iniciar la evaluación

3.4. La entrevista

3.5. Entrevista con el niño

3.6. Evaluación de la conducta

3.7. Competencia para la evaluación cognitiva. Tests

3.8. Evaluación escolar

3.9. Resumen de los datos y valoración

3.10. Devolución de la información

3.11. Reevaluación de los casos

PARTE II: Intervención

3.12. Habilidades específicas en la intervención

4. Habilidades para el trabajo con padres

- 4.1. Perspectiva terapéutica
- 4.2. Habilidades en la evaluación
- 4.3. Evaluar la conducta de los padres
- 4.4. Habilidades en la devolución a los padres
- 4.5. Intervención con padres
- 4.6. Habilidades expertas en situaciones difíciles

5. Habilidades profesionales

Introducción

- 5.1. Aspectos éticos
- 5.2. Aspectos éticos en la evaluación y la intervención
- 5.3. Devolución de la información. Informes escritos
- 5.4. Trabajar con otros profesionales
- 5.5. Cuidado de uno mismo

Anexo I. Formulario de consentimiento informado básico 1 (adaptado de Patterson y Col. 2009)

Anexo II. Ejemplo de introducción de la confidencialidad al inicio de la entrevista (adaptado de McConaughy, 2005)

Anexo III. Consentimiento de la grabación de vídeo

Anexo IV. Protección de datos. Consentimiento informado

Referencias bibliográficas

Créditos

PRÓLOGO

Entre los campos aplicados de la Psicología, el escolar o educativo ha sido, desde sus orígenes, uno de los más relevantes, centrado principalmente en el propio proceso de aprendizaje de contenidos curriculares por parte de los niños y en las dificultades encontradas por éstos a lo largo de todo el período educativo y del proceso de desarrollo desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta. Sin embargo, desde la Psicología Escolar o Educativa apenas se ha prestado atención a los problemas clínicos o de conducta que genuinamente también pueden sufrir los niños o los adolescentes de forma paralela a lo que suele ocurrir en los adultos.

Este hecho contrasta, sin embargo, con lo ocurrido en la historia de la Psicología Clínica, donde desde sus orígenes la población infantil y adolescente ha sido objeto de atención por parte de la misma. Éste fue el caso, por ejemplo, del que ha pasado a ser considerado el primer programa aplicado en la historia de la Psicología Clínica, en sus comienzos en Estados Unidos, al inicio del siglo xx, con Lightner Witmer (1867-1956), en la Universidad de Pensilvania, centrado en la atención de niños con problemas escolares y en la formación de psicólogos expertos en la atención o el tratamiento de estos problemas, convirtiéndose así en el primer psicólogo clínico reconocido y su centro en la primera clínica psicológica conocida. No fue hasta ya avanzado el siglo xx cuando la Psicología Clínica cambió su centro de atención de los niños a los sujetos o pacientes adultos de la mano de la Psiquiatría y del enfoque psicodinámico, que empezaba a constituirse en dominante en esa época. Esta preponderancia del foco de atención de la Psicología Clínica en los pacientes adultos afectados de trastornos psicopatológicos muy graves durante la primera mitad del siglo xx, sobrevenidos por las dos sucesivas guerras mundiales padecidas en esa época, condicionó, sin ninguna duda, el desarrollo más tardío de la *Psicología Clínica Infantil y Adolescente*, que actualmente empezamos a vislumbrar.

Este hecho también ha condicionado de modo paralelo el retraso observado en el propio reconocimiento de la existencia de trastornos clínicos o psicopatológicos específicos de la infancia y su clasificación de modo independiente a los trastornos clínicos adultos, sin la influencia del tradicional modelo del *homúnculo*, que consideraba que los niños eran básicamente como pequeños adultos y por ello sus problemas podían ser evaluados, diagnosticados y abordados terapéuticamente utilizando los mismos modelos, las mismas técnicas de evaluación y los mismos recursos terapéuticos que los empleados con los sujetos adultos, con una mínima adaptación ajustada a las propias características del desarrollo de los niños. En este sentido, resulta claramente significativo que no sea hasta la versión segunda del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II, 1968) en la que se incluyera un apartado claramente diferenciado para el diagnóstico de los trastornos de

conducta en la infancia, independientemente del diagnóstico de los trastornos del comportamiento de los adultos. Desde entonces, el ámbito de los problemas denominados «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia» (DSM-III, 1987) no ha dejado de crecer hasta nuestros días, tanto en el número como en la variedad de los mismos, como puede observarse en la última versión del DSM-V (2013).

A pesar de este progresivo reconocimiento de la naturaleza diferencial de los problemas infanto-juveniles respecto de los adultos, con autores tan internacionalmente destacados como Achenbach, O'Leary, Kazdin, Ollendick, Hersen, Holmbeck y tantos otros, no ha sido hasta hace bien poco cuando se ha empezado a tomar seriamente en consideración la necesidad de la creación y del reconocimiento de una auténtica especialidad de la Psicología Clínica Infantil y Adolescente dentro de la práctica profesional de la Psicología, hecho que suele asociarse a la creación en Estados Unidos, en 1995, del denominado *Joint Interim Committee for the Identification and Recognition of Specialties and Proficiencies (JICIRSP)*, un comité o grupo de trabajo centrado en la determinación y especificación de las características diferenciales de este nuevo ámbito profesional de la práctica clínica de la Psicología.

Este panorama internacional respecto a la progresivamente mayor atención dispensada a los problemas o trastornos clínicos infantiles y adolescentes no se ha visto correspondido con una atención paralela en el panorama clínico observado en nuestro país, donde aún brillan por su escasa frecuencia los programas universitarios específicos a nivel de estudios de máster o de doctorado disponibles en la actualidad, en los que se ofrezca una clara formación específica en la atención clínica y terapéutica a los problemas de comportamiento propios de la infancia y la adolescencia.

En este sentido, resulta curioso e ilustrativo que no haya sido hasta este momento cuando en los Programas de Formación de Psicólogos Clínicos Especialistas, en la modalidad o el régimen de formación de Interno-Residente (PIR), dentro del Sistema Nacional de Salud de nuestro país, nos empecemos a plantear y a demandar la creación de una nueva especialidad: la del *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica Infantil y Adolescente (PEPCIA)*, paralela a la única especialización actualmente existente del *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC)*, cuya formación está centrada, casi en exclusividad, en el ámbito de los trastornos clínicos de los pacientes adultos. Lo que sorprende, sin embargo, es que la demanda por parte de la Psicología y sus representantes de la creación de esta posible nueva especialidad de *Psicología Clínica Infantil y Adolescente* tenga lugar después de que dentro de los programas de formación de Médicos Internos Residentes (MIR) se haya propuesto como una nueva especialidad de Psiquiatría, la de *Psiquiatría Infantil y Adolescente*. Desafortunadamente, todo parece indicar que no nos acabamos de liberar de la tradicional dependencia que hemos venido sufriendo de la Psiquiatría en éste y en otros muchos campos clínicos aplicados de la Psicología, aunque quizá sea una señal indicativa de que algo puede estar cambiando en este contexto.

Una honrosa y brillante excepción a este respecto lo constituye la reciente creación en 2011 de la Asociación o Grupo de Investigación *Análisis, Intervención y Terapia Aplicada con*

Niños y Adolescentes (AITANA) en la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche, que desde entonces no ha cesado de organizar anualmente un *Symposium Nacional de Psicología Clínica y de la Salud con niños y adolescentes*, al igual que, de forma paralela o complementaria, un *Máster de Terapia Psicológica con Niños y Adolescentes*. Finalmente, hasta se han atrevido con la puesta en marcha de la publicación dedicada monográficamente a los problemas clínicos y de salud infantiles y adolescentes, denominada *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, editada por la misma Universidad Miguel Hernández. Estos hechos son, sin duda, muy positivos y prometedores, y esperamos que arraiguen y tengan una clara continuidad y proliferación en el futuro.

Otro buen ejemplo de este aparente resurgir del énfasis en la intervención clínica infantil y adolescente lo constituye el libro que aquí prologamos centrado en las habilidades terapéuticas con niños y adolescentes, fruto de la gran experiencia clínica acumulada por la autora del mismo en el principal ámbito de su especialización, el de los problemas o trastornos clínicos específicos de la población infantil.

Sobre la autora del libro, la psicóloga Alicia Fernández-Zúñiga, lo primero que cabe resaltar es su elevado nivel de competencia y especialización, centrado principalmente en el complejo ámbito del mundo infantil y adolescente, tanto en los problemas que directamente les afectan como en sus entornos familiares, responsables en gran medida tanto de la génesis como del mantenimiento de los mismos. Esta experiencia ha sido fruto de una larga trayectoria profesional tanto en el ejercicio privado de la Psicología en distintos gabinetes y centros como el *Centro de Investigación y Terapia de Conducta* (CINTECO), donde tuve la suerte de formar con ella parte del equipo de psicólogos que componían la estructura del mismo, pero, sobre todo, con la creación posteriormente por su propia iniciativa del *Instituto de Lenguaje y Desarrollo*, un centro altamente especializado en el tratamiento de los problemas infantiles y adolescentes que dirige desde su fundación y en el que continúa ejerciendo su actividad profesional como psicóloga clínica especializada en este tipo de trastornos.

En cuanto al contenido del libro, cabe decir, en clara correspondencia con el título del mismo, *Habilidades terapéuticas con niños y adolescentes*, que todo él está dedicado a la transmisión de un conocimiento preciso y cualificado respecto a las habilidades profesionales requeridas por los terapeutas dedicados a la atención especializada de niños y adolescentes afectados por problemas o trastornos clínicos. El contenido del libro está, asimismo, muy bien estructurado, considerando de manera bastante exhaustiva las principales de estas habilidades, desde las más básicas o prioritarias hasta las más específicas, tanto de evaluación como de intervención, haciendo mención, igualmente, a las habilidades requeridas por parte del psicólogo para tratar con los padres y lograr hacerles partícipes y cooperantes bien motivados en la resolución de los problemas de conducta que puedan afectar a sus hijos. Y todo ello, sin perder de vista algo que es crucial en el trabajo clínico con niños y adolescentes, como es la consideración de la edad y el nivel de desarrollo de los niños como variable moduladora de la propia actividad clínica, tanto de evaluación como de tratamiento. Otro aspecto del libro digno de ser destacado es el recurso didáctico, bastante oportuno, utilizado frecuentemente por

la autora, del empleo de ejemplos prácticos de problemas infantiles para ilustrar y ayudar a comprender en qué casos y de qué forma se han de aplicar los recursos y las habilidades terapéuticas enseñadas.

Por todo ello recomendamos encarecidamente el libro por considerarlo no solo relevante por su contenido, breve pero valioso, sino por la utilidad práctica que el mismo puede proporcionar a los profesionales de la Psicología que dedican su esfuerzo y su atención a los problemas infantiles y adolescentes tan variados y nada fáciles de tratar y solucionar.

JOSÉ ANTONIO CARROBLES
Catedrático de Psicología Clínica
Universidad Autónoma de Madrid

PREFACIO

Este libro es el resultado de muchos años de trabajo con niños y adolescentes. A lo largo de este tiempo he podido profundizar de manera empírica en el ejercicio de mi profesión, compartiendo esa experiencia con otros compañeros, así como en la observación de las actuaciones de otros profesionales sanitarios que llevan muchos años ejerciendo la práctica clínica. Por ello, este trabajo es el fruto del estudio de estas competencias y de la revisión de algunas de las publicaciones que se llevan editando desde hace relativamente poco tiempo.

No obstante, mi interés en intentar sistematizar las habilidades necesarias para trabajar con los menores se centra en la infinidad de ocasiones en las que he podido comprobar el desconocimiento que se tiene tanto de las características de los niños y de sus necesidades como de la actitud de los adultos, en no pocas ocasiones, autoritaria o prepotente hacia ellos.

Desde esta perspectiva, la falta de respeto y de humildad en muchos casos y, en el otro extremo, las conductas de consentir y no poner límites a comportamientos socialmente inadecuados, o el pretender incluir al niño en unas decisiones y razonamientos que no son propios de su edad, sólo traen como resultado el que le suelen confundir, más que aportarle avances en su desarrollo.

Hay, por tanto, una necesidad de conocer al niño y al adolescente, saber cómo piensan, interpretar adecuadamente sus reflexiones y comprender que los adultos tenemos una limitación importante: nuestra forma adulta de razonar —que se puede expresar como *«pensamiento adulto»*— no hace más que aplicar sus interpretaciones de la realidad del niño contraponiéndolas a las de éste, con la consiguiente falta de comprensión de sus conductas, de sus deseos y de sus emociones.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la ayuda que me han prestado mis compañeras de trabajo en el **Instituto de Lenguaje y Desarrollo, Psicología**, que han leído los textos y me han hecho sugerencias para mejorarlo.

A M.^a Cruz, Sara, Ana y Raquel por su lectura y también a Virginia por su ayuda con la bibliografía y los cuadros.

Un agradecimiento muy especial a Miguel y Candela y sobre todo a Carlos, que, además de leer los capítulos, me han ayudado pacientemente en los trabajos de ordenador y maquetación.

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS

A lo largo del texto se suceden los términos *niño*, *menor* y *chico*, que se refieren a los menores en general, tanto a niños como a adolescentes, a no ser que se haga una salvedad en cuanto a la edad o el sexo. Por necesidades de la redacción no se han repetido constantemente las dos palabras, niños y adolescentes.

Igualmente, se han utilizado las expresiones *terapeuta*, *psicólogo* y *clínico* de forma genérica en vez de psicólogo/a clínico/a, etc., y de manera indistinta, para hacer más fácil la lectura.

En los ejemplos de diálogo entre el terapeuta, los padres y el niño se han empleado las siguientes iniciales: T: terapeuta; P: padre; M: madre y N: niño.

1. CONSIDERACIONES PREVIAS

INTRODUCCIÓN

La madre de Juan, de 3 años, le trae a la consulta para que se evalúe el retraso que muestra en su desarrollo social y de lenguaje. Al llegar a la sala de juegos el niño se aferra a su madre, se niega a entrar y comienza una rabieta que dura más de 15 minutos, mientras la madre trata de convencerle de que lo van a pasar muy bien jugando con los juguetes.

Un niño de 5 años está jugando con su terapeuta y, cuando quiere otro juguete y el adulto se lo niega, empieza a tirar los que hay encima de la mesa al suelo y a decir: «Déjame, a eso no juego, eres tonta» y no es posible seguir con la intervención.

Los padres, preocupados por su hijo de 7 años por su retraimiento social, preguntan al terapeuta cómo va a conseguir que el niño se relacione con él y evaluarle si el niño en situaciones nuevas suele evitar hablar y especialmente le ocurre con desconocidos.

Un niño de 9 años está en sesión y está comunicándose espontáneamente sin problema, pero cuando el terapeuta le pregunta qué asignatura se le da mejor en el colegio se le llenan los ojos de lágrimas, se entristece y dice: «No sé».

Un adolescente se niega a comentar sus problemas y a realizar la evaluación porque no ha sido decisión suya acudir a consulta.

Estas situaciones y otras similares son frecuentes para los terapeutas que trabajan con niños y adolescentes. Cómo saber manejarlas es un campo de estudio relativamente nuevo y aún escasamente tratado en la formación de los profesionales de la psicología.

Sin embargo, cada vez se están demandando más recursos concretos por distintos profesionales que trabajan con conflictos, acontecimientos dolorosos o estresantes (médicos, psicólogos, sanitarios, logopedas, fisioterapeutas, asistentes sociales, etc.), ante la necesidad de saber cómo gestionar estas circunstancias u otras de características singulares (dar noticias negativas, ayuda en catástrofes, apoyo en circunstancias de enfermedad grave, etc.).

Hasta hace relativamente poco tiempo no se han estudiado, de forma sistemática, los problemas del desarrollo, conductuales o emocionales en la psicopatología infantil, en comparación con el estudio e investigación en los trastornos adultos. Aunque se han producido grandes avances en los sistemas de clasificación diagnóstica (CIE-10, DSM-IV-TR y DSM-V), incorporando trastornos que surgen en la infancia y la adolescencia, las categorías siguen siendo minoritarias.

El tratamiento de los problemas infanto-juveniles requiere estudio e investigación específica y los profesionales precisan de una formación y un conocimiento exhaustivo de la psicología, de la psicopatología infantil y de los condicionantes que implican el desarrollo y

la edad en los niños. Además de lo anterior, se requiere aprender y practicar habilidades específicas para poder servir de ayuda efectiva en diferentes problemas (Achenbach, 1974; Holmbeck, Devine, Bruno, 2010; Weisz y Kazdin, 2010; Thomas y Hersen, 2010).

Hasta ahora en la formación de los psicólogos se ha insistido más en la adquisición de conocimientos teóricos que en la forma de cómo ejercer la profesión o en conocer cuáles son las competencias necesarias para desarrollar una labor rigurosa. Por otro lado, las descripciones de las habilidades del psicólogo se han centrado prioritariamente en el trabajo psicoterapéutico o consejo psicológico con adultos y aún son escasas las referidas a la población infanto-juvenil. Igualmente, se debe desarrollar más detenidamente el estudio de estas competencias para conocer las claves que inciden en la adquisición de las diferentes habilidades o en la forma como se aprenden.

Más recientemente estas habilidades se han descrito específicamente para la labor psicoterapéutica con los niños y adolescentes. Mientras que algunas de ellas se comparten con la clínica de adultos, otras muchas son específicas para la población infantil, dadas sus características (desarrollo, evolución, patología). Por tanto, para ejercer en psicología clínica es fundamental que el terapeuta adquiera y practique destrezas propias de la población con la que trabaja; requiere también una formación científica para conocer y reflexionar sobre estos conocimientos y sobre su propia experiencia, además de desarrollar diferentes habilidades en la práctica terapéutica con los niños y jóvenes. Asimismo, la intervención con menores requiere ser competente en manejar situaciones difíciles con los adultos que los acompañan (padres, familias, profesores, etc.) (Holmbeck y col., 2010).

La inclusión de programas de formación práctica en las universidades, con el prácticum y los másteres de Clínica y de la Salud, así como el modelo de residencia de los psicólogos en hospitales (PIR), han originado un cambio en las oportunidades que se ofrecen a los alumnos para poder experimentar y observar a otros profesionales y ver cómo se ejerce la profesión en la práctica. Al estar tutorizados o supervisados por un psicólogo experto se produce un avance sustancial, que proporciona una formación práctica complementaria a los terapeutas. Adquirir estas competencias permitirá a los psicólogos obtener conocimientos, estrategias y habilidades para establecer relaciones terapéuticas y de ayuda eficaces y optimizar su labor con los pacientes (Okun, 2001).

1.1. ESPECIALIZACIÓN

Aunque existen aspectos particulares y diferenciadores de la práctica clínica en la infancia y la adolescencia, no se han considerado como especialidad dentro de la práctica profesional de la psicología hasta 1998 (en Estados Unidos, Joint Interim Committee for the Identification and Recognition of Specialties and Proficiencies, JICIRSP, 1995). Para llegar a este punto se recorrió un largo camino hasta que fue reconocida como actividad diferenciada de la clínica de adultos. Se ha llegado a este planteamiento porque reúne las características necesarias de

un programa de especialización, teniendo en cuenta que los niños y adolescentes requieren tratamientos en los que se considere su nivel de desarrollo (y no una derivación de la clínica de los adultos), y porque cuenta con conocimientos científicos y teóricos sobre la psicología que son específicos para la infancia y los jóvenes, que tienen una aplicación profesional práctica por medio de procedimientos y técnicas validadas para estos problemas (JICIRSP, 1995).

La existencia de una especialidad de psicología infantil y juvenil (al menos fuera de nuestras fronteras) ha ayudado a abrir caminos para profundizar en su estudio (psicopatología, características diferencias según la edad, evaluación y tratamientos específicos), para generar investigación y favorecer su inclusión en planes de formación universitaria y de posgrado. En nuestro país numerosos psicólogos infantiles con una larga trayectoria están haciendo aportaciones relevantes en diferentes campos (en investigación, práctica profesional, publicaciones y congresos), y también recientemente promoviendo la aparición de una revista especializada, *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* (www.revistapcna.com), que sin duda ayudará a aglutinar y a difundir trabajos específicos, experiencias e investigación sobre el tema.

De la misma forma sería deseable que en el trabajo terapéutico con niños en otros campos profesionales (sanitarios, educadores; fisioterapeutas, logopedas, etc.) se contemplara también una especialización, en cuanto a diferenciar las características y desarrollo práctico de su ejercicio profesional del de los trastornos adultos.

1.2. MODELOS DE HABILIDADES TERAPÉUTICAS

Desde hace varias décadas se ha intentado definir las competencias básicas que requiere un psicólogo para la práctica clínica y a lo largo de los años se han planteando diversos modelos. Partiendo de las dos competencias fundamentales: tener conocimientos científicos y práctica, distintos autores han intentado formular modelos para describir el tipo de habilidades necesarias para el ejercicio profesional infanto-juvenil (Roberts y col., 1998; La Greca y Huges, 1999). Cada modelo añade propuestas y elementos distintos a los aspectos concretos del trato con los pacientes, como promoción de la salud mental, temas científicos y profesionales (estudio del desarrollo, investigación, trabajo interdisciplinar, perspectiva multicultural, etc.). El psicólogo clínico infantil para su desarrollo profesional deberá ir adquiriendo estas competencias múltiples a lo largo de su experiencia, por medio de la formación teórica y la práctica (Roberts y col., 1998; La Greca y Huges, 1999; APA, 2002; Spirito, 2003; Rodolfa y col., 2005).

Con base en estos estudios en este texto se propone el esquema siguiente, en tres áreas que resumen las distintas funciones del psicólogo infantil y del adolescente y que guiarán la exposición de los temas que se tratarán en éste y en los capítulos que se suceden (Roberts et al., 1998; APA, 2002; Rodolfa y col., 2005; Spirito, 2003; Hupp, Jewell, Reitman y Leblanc,

2010):

- **Competencias básicas:**

- ⇒ Conocimientos científicos específicos y actualizados. Práctica reflexiva. Autorreflexión.
- ⇒ Habilidades para comunicación interpersonal. Establecer alianza terapéutica.
- ⇒ Conocer y seguir normas éticas y legales de la práctica clínica.
- ⇒ Respeto por la diversidad cultural de las personas.
- ⇒ Sistemas interdisciplinarios.

- **Competencias específicas (o funcionales):**

- ⇒ Evaluación, diagnóstico y conceptualización.
- ⇒ Evaluar y analizar los resultados de la experiencia clínica. Informes.
- ⇒ Intervención, prevención.
- ⇒ Diseño y la planificación de programas terapéuticos.
- ⇒ Consultar con otros profesionales.
- ⇒ Supervisión, docencia. Investigación. Administración y dirección.

- **Competencias profesionales:**

- ⇒ Educación continua. Formación posgrado.
- ⇒ Conocimiento científico y metodología para la investigación.
- ⇒ Docencia. Divulgación científica.

Las competencias básicas se verán en los capítulos 1 y 2; las específicas con niños y adolescentes en el capítulo 3; las relacionadas con padres y familiares en el capítulo 4. Y finalmente las competencias profesionales y aspectos éticos se encuentran en el capítulo 5.

1.3. CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA

Llevar a cabo esta labor psicoterapéutica implica partir de unas características personales del psicólogo orientadas a trabajar en beneficio de las personas, centrarse en cómo proporcionar ayuda para que hagan frente a sus experiencias negativas o malestar (Feltham y Dreyden, 2002). Además, debe experimentar respeto, interés y preocupación por su bienestar. A estos principios y actitudes, que son generales para diferentes especialidades de la salud, es necesario añadir destrezas específicas para ejercer la práctica clínica con niños y adolescentes. Dada la dependencia de los niños y jóvenes de los adultos, además de saber evaluar y tratar los problemas de los niños (del trato con los menores), implica saber cómo atender a los adultos que los cuidan, los cuales son un componente fundamental del bienestar del niño. De modo que la actitud de ayuda y el interés del terapeuta abarcarán también a los

familiares o adultos (Goldstein y Myers, 1986; Cormier y Cormier, 1994, 2000; Ruiz y Villalobos, 1994; Muñoz Rivas, 2005).

Otro componente básico de un terapeuta es tener la convicción de que todas las personas poseen elementos positivos en su forma de ser o de comportarse, así como capacidad para modificar alguna faceta de su vida que favorezca su bienestar. Igualmente, el clínico infantil parte de una actitud de *aceptación incondicional* del niño, sus características, dificultades y las de su familia. Y deberá, asimismo, mostrar respeto por todo tipo de personas, niños y adultos, de condición racial, social o cultural diferente, y estar convencido y aceptar la validez de los diferentes estilos de vida y pautas de crianza que las familias ponen en juego para el desarrollo adecuado de sus hijos (Ruiz y Villalobos, 1994; Cormier y Cormier, 1994).

En la relación con los niños el psicólogo debe tener presente su vulnerabilidad ante la valoración de los adultos. Saber que con frecuencia, con el ánimo de ser aceptados, pueden responder más en función de las expectativas de los adultos que de su conducta o emoción. Conviene, pues, no desvalorizar o sancionar su comportamiento u opiniones para que el niño no asocie al clínico con el papel de adulto-profesor o padre que corrige y da normas de conducta. En esta línea, conviene tener en cuenta que el niño y el adolescente pueden tener discrepancias con la perspectiva de los padres o el cuidador. En estas diferencias de pareceres el psicólogo tiene compromiso con ambas partes, el menor y los padres (Muñoz Rivas, 2005).

1.4. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INTERVENCIÓN CON MENORES

El psicólogo clínico infantil, que trabaja con menores, sabe que los menores no acuden de forma voluntaria a consulta y que son sus padres o tutores los que demandan la atención psicológica. En este sentido, por su menor desarrollo cognitivo, emocional y conductual o físico, son vulnerables y el psicólogo debe ser consciente de esta situación. Igualmente debe conocer las normas éticas que le obligan a mantener la confidencialidad de la información que se obtenga del niño y de su familia y también a conocer las normas que regulan la actitud del psicólogo en el ejercicio de su profesión.

Por tanto, el terapeuta está obligado a conocer estas normas éticas y legales del trabajo que desarrolla y mantenerlas tanto con el niño como con los adultos que le asisten. Un aspecto básico es que la familia, responsable del menor, dé su consentimiento una vez informada de todos los detalles del proceso de la evaluación o intervención con el mismo (COP. art. 25 y 42). Estas normas éticas se extienden a diferentes aspectos y consideraciones del trabajo profesional que se plantean en diferentes dimensiones (evaluación, devolución, informes, intervención, etcétera), por lo que se especifican con mayor amplitud en el capítulo 5.

1.5. HABILIDADES TERAPÉUTICAS CON NIÑOS

Para desarrollar la práctica profesional con niños y adolescentes es necesario contar con las habilidades básicas expuestas, además de conocer el campo científico en el que se apoya y ejercer de forma práctica la psicología (Thomas y Hersen, 2010). Estas destrezas se diferencian en las diversas etapas del proceso terapéutico y el psicólogo debe realizar actividades determinadas para evaluar al niño y entrevistar a la familia. Para ello deberá dominar las técnicas o utilizar instrumentos de medida precisos. Por otra parte, además de estas competencias globales, el psicólogo necesita analizar los datos obtenidos, realizar un diagnóstico del trastorno y plantear los objetivos del tratamiento, así como dar orientaciones a los padres o al colegio (Roberts y col., 1998; Spirito, 2003; Rodolfa y col., 2005).

Sin embargo, cuando el profesional pretende abordar los problemas del niño, puede encontrar dificultades para que éste colabore o proporcione datos significativos para ayudarlo. Es frecuente que el niño haya desarrollado ante la dificultad otras conductas o actitudes asociadas. Puede manifestar comportamientos o formas de proceder que le hayan ayudado a adaptarse al problema o a evitar situaciones desagradables o consecuencias negativas para él.

Un niño con dificultades de aprendizaje puede mostrar falta de atención o bloqueo emocional ante una tarea que no sepa solucionar.

Una niña que muestra inhibición en la interacción inicial requiere que el terapeuta dedique tiempo a disminuir esta conducta para conseguir que colabore en la realización de una tarea.

De la misma manera, los padres pueden mostrar una actitud negativa hacia la entrevista, la terapia o el terapeuta. Por tanto, además del conocimiento específico del campo infantil, el psicólogo requiere habilidades y estrategias para manejarse ante determinados comportamientos y situaciones habituales en los niños y en sus familias. Así, debe saber cómo iniciar una interacción con el niño, cómo jugar, cómo llevar a cabo la terapia o las sesiones de estimulación. Es fundamental conocer su forma de pensar y actuar según la edad, cómo relacionarse con el niño a través del tipo de actividades más adecuadas, así como la mejor forma de asegurarse su colaboración, su motivación, o cómo conseguir de él información relevante. En definitiva, conocer el mundo infantil, adaptarse a los intereses del menor y comprender sus problemas. Con estas capacidades y recursos el terapeuta podrá plantearse cómo ayudar al niño de forma efectiva y desarrollar estrategias para modificar su conducta, proporcionándole a él y a su familia recursos para resolver el problema. Es decir, el psicólogo, en su labor, no se limita a escuchar y a hablar con el niño, debe promover la actuación y la práctica allí donde se produce el problema (Kendall, 2006; Holmbeck y col., 2010; Gomar y col., 2010).

1.5.1. Considerar el desarrollo del niño

Otro aspecto fundamental es tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño. El niño está en

constante evolución y las conductas o síntomas que presente pueden significar un problema o ser una manifestación propia de la edad. Los adultos interpretan con frecuencia las conductas de los niños de forma genérica, sin diferenciar la edad o el momento evolutivo. El desarrollo cognitivo, social y afectivo tiene un papel importante en calificar un comportamiento como problema y en cómo se percibe y se etiqueta (Holmbeck y col., 2010). El aumento de las rabietas en los niños pequeños se interpreta a veces como una manifestación del carácter fuerte del niño más que como una etapa pasajera del pequeño. Asimismo, se suele atribuir intencionalidad al niño de corta edad cuando «miente». Los niños en torno a los 4 años y medio es cuando alcanzan en el desarrollo la capacidad cognitiva y social de ponerse en el lugar de los otros («teoría de la mente»). El hecho de que un niño menor de 4 años «mienta» está más asociado a evitar un castigo, ya que es lo que le permite el desarrollo de su forma de pensar. Por otro lado, no suele tener el mismo significado la mentira de un escolar o de un adolescente, que, por sus niveles cognitivos, pueden planificar su actuación y tener intención de engañar al otro (Campbell, 1993).

En este sentido las manifestaciones de un problema o síntomas en un niño de corta edad no tienen la misma gravedad o pronóstico que en un escolar o un adolescente.

La ansiedad de separación en un niño de 3 años es una conducta esperable en determinadas circunstancias, mientras que para un niño de 7 años esta respuesta emocional está avisando de dificultades no esperables para esa edad y síntoma probable de otros problemas del niño o de la forma en que los padres afrontan la conducta de su hijo.

La investigación y los hallazgos de la psicología evolutiva han proporcionado datos esenciales sobre el desarrollo de los niños y han facilitado la comprensión de su forma de ver el mundo. En el cuadro 1.1 se describen las etapas del desarrollo cognitivo y en diferentes áreas que orientan sobre la capacidad que el niño puede desarrollar (cognitiva, lingüística, social, emocional, juego, etc.). Estas adquisiciones del funcionamiento del niño guiarán el trabajo del clínico en los distintos procesos de la evaluación, así como en los métodos y estrategias a seguir en la intervención.

Lógicamente el conocimiento del terapeuta de estos contrastes le exige ajustar su conducta a la del niño y desarrollar formas de relacionarse y habilidades terapéuticas adaptadas a él. Por tanto, la competencia profesional varía en función de la edad del menor que se esté tratando. Trabajar con un adolescente implica conocer las características de la edad, sus preocupaciones y emociones. Del mismo modo, la relación con un preescolar precisa saber cuál es su desarrollo normativo cognitivo, social y emocional (Holmbeck y col., 2010).

Trabajar con un problema de sueño a nivel cognitivo con un niño no es una estrategia tan útil como lo es a partir de los 8 años.

1.5.2. Perspectiva de la psicopatología del desarrollo

Desde el punto de vista de las diferentes patologías en la infancia, la edad es una variable también a contemplar. La psicopatología del desarrollo informa qué alteraciones se pueden considerar usuales en una etapa de la evolución del niño, mientras que en otras pueden ser patológicas. Igualmente, las manifestaciones del trastorno pueden variar a lo largo de la evolución del niño y en cada edad puede tener un significado diferente (Achenbach, 1974; Campbell, 1993; Weisz y Kazdin, 2010).

Tener miedo a la oscuridad es esperable a los 4 años, pero no a los 9 años.

Igualmente, un berrinche a los 2 o 3 años es una conducta esperable y transitoria, mientras que tiene un significado diferente si es un niño de 7 años el que lo presenta.

Cada alteración tiene un curso a lo largo del desarrollo y variables propias según la edad. Las investigaciones indican que la mayoría de las alteraciones se inician de una forma y posteriormente los síntomas van variando, como también cambian las consecuencias o implicaciones que tenga el trastorno para el niño, según su edad. Gran parte de las alteraciones que se observan en la adolescencia son continuaciones de las que aparecieron en la infancia (Rutter, 1985; Campbell, 1993; Ollendick y Hersen, 1993; Kendall, 2006; Marsh y Graham, 2001; Olivares, Méndez y Maciá, 2002; Olivares, Rosa y Olivares, 2006).

Desarrollo cognitivo

La edad del niño también influye en su desarrollo cognitivo y en la forma de percibir, comprender y ser consciente de su problema. Hasta la edad escolar, en torno a los 8 años, el niño no es capaz de reflexionar sobre sus propias dificultades y no siempre cuenta con los recursos lingüísticos para expresarlas. De esta forma, para que el niño informe de su situación en cuestionarios o autoinformes, generalmente se establece como edad de corte los 8 años en adelante.

Igualmente las implicaciones del desarrollo de la capacidad cognitiva, social y afectiva inciden en el tipo de tratamiento a realizar. Con un niño de 5 años la forma de intervenir será indirecta, por medio del juego y orientaciones a sus padres, mientras que para un niño en torno a los 8 años, con capacidad para tomar conciencia de sus dificultades y desarrollar autocontrol, se podrá realizar un tratamiento directo para modificar su conducta. Los programas de tratamiento cognitivo-conductuales que se apoyan en proporcionar recursos cognitivos, como las autoinstrucciones o la solución de problemas, están indicados especialmente para estas edades, aunque con menores muchos programas o técnicas se han adaptado a la edad con estrategias específicas (Meichenbaum, 1992; Marsh y Graham, 2001; Kendall, 2006; Friedberg y McClure, 2010).

En igual forma, el nivel cognitivo es un factor que influye en las etiquetas diagnósticas. Al

no haber alcanzado, entre los 8 o 9 años de edad, la capacidad de razonar acerca del futuro, esto impide el desarrollo de un verdadero trastorno afectivo, tal como se define en los adultos, lo que sí se puede describir en niños prepuberales (Rutter, 1986; Campbell, 1993; Del Barrio, 1997). La capacidad de autocontrol y demora del refuerzo también varían con la edad, lo cual también incide en cuáles serán los refuerzos más eficaces y los tiempos de aplicación de los mismos.

Asimismo, el clínico debe conocer la asociación entre los síntomas cognitivos y conductuales con alteraciones genéticas o médicas, las cuales pueden tener consecuencias importantes en el desarrollo del niño. Igualmente, las alteraciones neurológicas o el daño cerebral pueden estar asociados a cambios conductuales, de personalidad, problemas de atención e impulsividad (Young y col., 2010).

Pronóstico

Asimismo, la edad de aparición de los síntomas y el mantenimiento del problema a lo largo del desarrollo suponen un factor de pronóstico negativo y es un aspecto que contribuye a que el diagnóstico sea más fiable (Campbell, 1993).

Prevalencia de los trastornos

Para poder estimar la existencia de una patología en la infancia es fundamental atender a criterios de frecuencia e intensidad de la alteración. Sin embargo, es difícil determinar cuándo una conducta de baja frecuencia puede ser indicativa de un trastorno. La aparición aislada de un síntoma no indica la presencia de un problema y, de la misma forma, una conducta frecuente no tiene por qué ser considerada normal.

Los problemas de tartamudeo son frecuentes en torno a la edad de 3 años, y no por su frecuencia en la población infantil tienen que considerarse normales en todas las ocasiones.

Los criterios que se barajan para considerar una conducta normal no siempre están relacionados con las características de la conducta, la edad o el sexo. Con frecuencia aspectos como el ambiente sociocultural, las pautas de crianza y educativas de los padres, su tolerancia hacia la dificultad y la edad son factores que influyen en que el trastorno del niño sea calificado de riesgo para derivarlo a consulta (Rutter y cols., 1970; Campbell, 1993). Entre cada uno de los trastornos existen amplias diferencias y es necesario considerar los estudios de cada patología para poder valorar todos los factores presentes junto con el ambiente, la familia, antecedentes, etc.

Factores de riesgo

El riesgo en el niño se refiere a características asociadas a condiciones negativas del

pequeño (temperamento difícil) y también a condiciones ambientales desfavorables (pobreza o maltrato). La psicopatología infantil se ha centrado fundamentalmente en los casos de desviación y falta de adaptación (Rutter, 1985), sin embargo, muchos de los niños que presentan inicialmente factores de riesgo para padecer un trastorno no lo desarrollan después. Distintos autores plantean la necesidad de estudiar también las variables que protegen al niño, en principio vulnerable, pero que son resistentes a la adversidad (*resiliencia*) (Marsh y Graham, 2001).

Se identifican como factores de protección los siguientes: 1. Tener una relación estrecha con al menos una persona que establezca una relación positiva de atención a sus necesidades afectivas y cuidados. 2. Poseer una capacidad o habilidad valorada por adultos o iguales. 3. Tener un temperamento fácil y habilidades de aprendizaje de estrategias tempranas para afrontar situaciones de forma autónoma y con ayuda. 4. Disponer de alta capacidad intelectual. 5. Poseer buena autoestima, habilidades de comunicación y buena resolución de problemas (véase cuadro 1.1).

CUADRO 1.1
Factores de riesgo y de protección (adaptado de Bloomquist, 2006)

ÁREA DE INFLUENCIA	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON PROBLEMAS DE DESARROLLO	FACTORES DE PROTECCIÓN ASOCIADOS CON UN BUEN DESARROLLO
Niño	⇒ Problemas emocionales y de conducta tempranos. ⇒ Habilidades sociales limitadas. ⇒ Dificultades académicas.	⇒ Capacidad de regulación emocional y conductual. ⇒ Buenas habilidades sociales. ⇒ Éxito y buenas habilidades académicas.
Padres/familia	⇒ Problemas en la relación padre e hijo. ⇒ Problemas de vinculación o de unión entre padre e hijo. ⇒ Familia carente de rutinas y rituales. ⇒ Interacciones negativas (coercitivas) entre padre e hijo. ⇒ Problemas familiares e inestabilidad.	⇒ Relación estrecha con un adulto estable. ⇒ Supervisión y autoridad parental. ⇒ Familia con rutinas y rituales predecibles. ⇒ Interacciones positivas entre padre e hijo. ⇒ Ambiente familiar positivo y estable.
Social/grupo de iguales	⇒ Rechazado por niños de influencia positiva. ⇒ Se relaciona con niños de influencia negativa.	⇒ Aceptado por niños de influencia positiva. ⇒ Se relaciona con niños de influencia positiva.
Comunidad/sociedad	⇒ Pobreza. ⇒ Problemas en el barrio/comunidad. ⇒ Violencia y delincuencia en el barrio/comunidad. ⇒ Influencia de ambientes violentos.	⇒ Asiste a escuelas buenas y eficaces. ⇒ Barrios/comunidades seguros y organizados. ⇒ Oportunidad de influencias positivas: escuela, religión y actividades colectivas. ⇒ No influencia de ambientes violentos.

Una amplia investigación sobre la conducta infantil ha permitido agrupar los comportamientos de los niños, desde edades tempranas hasta la adolescencia, en trastornos *internalizantes* y *externalizantes*. Los internalizantes describen los problemas característicos de conductas «dirigidas hacia el interior» del sujeto, como problemas de ansiedad, depresión y anomalías somáticas o retraimiento. Generalmente son síntomas difíciles de observar y por ello llaman menos la atención de los padres.

Por otra parte, los trastornos externalizantes se caracterizan por exteriorizar la conducta, «dirigiéndola al exterior», manifestándose en problemas de conducta, hiperactividad y trastornos agresivos o antisociales. Suelen ocasionar intranquilidad y tensión, así como problemas en el entorno familiar y escolar (Achenbach, 1974, 1985). Asimismo, desde la perspectiva cognitiva, los internalizantes están relacionados en mayor medida con un procesamiento desadaptado y distorsionado, y los externalizantes reflejan deficiencias en el procesamiento cognitivo (Kendall, 2006; Bunge y col., 2010).

CUADRO 1.2
Características del estilo cognitivo de atribución (adaptado de Kendall, 2006 y Bunge y col., 2010)

CARACTERÍSTICAS	ESTILO COGNITIVO DE ATRIBUCIÓN	
	INTERNO	EXTERNO
Procesamiento cognitivo más frecuente.	Distorsiones cognitivas. Desadaptado.	Déficit cognitivo.
Grado de control.	Sobre control.	Bajo control.
Emociones predominantes.	Temor, ansiedad, desánimo e irritabilidad.	Irritabilidad, ira y furia.
Comportamientos predominantes.	Evitación, conductas de comprobación y aislamiento.	Agresiones, conducta desafiante, desobediencia e impulsividad.
Psicopatología.	Trastornos de ansiedad y trastorno de estado de ánimo.	Trastorno de conducta, oposicionista desafiante, déficit de atención, hiperactividad.
Consecuencias en el entorno.	Dependencia.	Genera tensión con adultos y docentes.
Ejemplos de creencias típicas.	«No sirvo para nada». «... y si me sale mal». «No sé, soy tonto». «¿Qué van a pensar de mí?».	«Me quieren fastidiar». «Lo hacen a mala idea». «Me tienen manía». «Han sido ellos».

Esta terminología tiene un amplio consenso en la psicopatología, y categorizan, de forma general, las conductas infantiles y adolescentes. Al igual que ocurre con ciertos síntomas específicos, se dan cambios con la edad y diferencias entre sexos.

Padres e hijos, dos visiones complementarias

El terapeuta infantil debe ser consciente de que los niños siempre vienen acompañados por sus padres o cuidadores, y de que la descripción que hacen del problema no siempre coincide con una dificultad real del niño. Con frecuencia la escasa tolerancia o las concepciones erróneas de los padres pueden influir en la manera de definir el problema y valorarlo. La primera tarea del terapeuta es determinar en qué medida sus percepciones coinciden con los síntomas de un posible trastorno en el niño y conocer las posibles reacciones de los padres ante las dificultades de su hijo. Además, tendrá en cuenta que los progenitores son una parte fundamental para la solución del problema y que con frecuencia existen claves en la familia que favorecen su mantenimiento, por ejemplo, cómo interaccionan con el niño o cómo afrontan la dificultad del hijo. Las características del adulto sobre la percepción que tiene del problema, su tolerancia, su nivel de estrés y la habilidad para manejarlo son factores decisivos.

Por otra parte, los padres son los que pueden proporcionar más información sobre el niño y, habitualmente, pueden aportar datos para ayudarle. Sin embargo, no hay que olvidar posibles desacuerdos entre los intereses o motivación del niño hacia la terapia y los de sus padres. El nivel de exigencia o las perspectivas de futuro de la familia no tienen por qué coincidir con aquellos que son beneficiosas para el niño.

Otros factores a considerar son los aspectos cognitivos de los padres. Las creencias familiares también tienen un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del problema. La existencia de conceptos erróneos o expectativas irreales sobre lo que se espera del niño pueden incidir en diferentes aspectos de la relación padre/madre-hijo y en la aparición de problemas de conducta.

Asimismo, el estado emocional de los padres, el estrés al que estén sometidos o las desavenencias conyugales, suponen aspectos básicos a considerar en la familia de los niños que acuden a consulta. Los padres tienen que confiar en la persona que atiende a su hijo, lo cual es básico también para que el niño confíe; si el padre está motivado en la intervención, es probable que el niño logre gran parte de la motivación que requiere el tratamiento.

1.6. RECURSOS PARA TRATAR CON LOS PROBLEMAS DEL NIÑO

Generalmente, cuando un niño requiere terapia es necesario abordar diferentes aspectos de su conducta, de sus sentimientos o forma de ser, en los que muestra algún tipo de dificultad. Es probable tener que trabajar en aquellas áreas de su comportamiento en las cuales presenta escasas habilidades o le resulta difícil explicarse o comentarlas. Hasta una edad avanzada los niños no desarrollan la capacidad de expresar verbalmente sus problemas o emociones y no adquieren la capacidad de autoobservación (Olivares y col., 2002).

al terapeuta. Su problema social y emocional específico le dificulta la expresión del mismo.

Igualmente, un niño pequeño de 5 años todavía no ha adquirido la capacidad cognitiva suficiente para identificar y expresar sus sentimientos. La limitación de su punto de vista no le permite explicarse.

Cuando unos padres consultan por una dificultad específica, es probable que haya que explorar otros aspectos de la conducta, también relacionados con el motivo que consultaron.

Conseguir la motivación del niño

Asimismo, para poder realizar cualquier tipo de intervención con el niño es necesario obtener su colaboración o que mantenga una actitud positiva hacia el terapeuta y la situación. Para conseguirlo es preciso que el adulto conozca sus intereses específicos y las claves para controlar su conducta y mantener su interés.

Adaptar la actitud según el objetivo (evaluación, tratamiento y orientación)

Dentro del proceso terapéutico con el niño, el terapeuta debe asumir diferentes funciones, con actividades y actitudes distintas durante la evaluación o en el tratamiento. Asimismo, debe asumir la orientación a la familia, dar información a los profesores del niño e intercambiar opiniones con otros profesionales relacionados con el problema.

El juego

La mejor forma de interactuar con un niño es a través del juego. Para cualquier tipo de actividad estimuladora o mejora de una dificultad es necesario jugar con el niño. Un terapeuta infantil debe saber jugar con su paciente. Es una actividad natural que se puede estimular fácilmente y que genera conexión con el niño si la actividad está adaptada a su nivel. En un ambiente familiar donde se conocen los juguetes y los compañeros de juegos es más fácil que aparezca un juego espontáneo y el niño puede mostrar formas y objetivos diferentes (Jeffree, McConkey y Hewson, 1982; Garaigordobil, 2003).

El juego de los niños tiene muchas funciones; desarrolla nuevas habilidades y practica otras adquiridas por medio de la exploración, el descubrimiento, la deducción y la imitación. Ello le permite adquirir habilidades básicas, desde las motoras hasta la competencia social (Garaigordobil, 2003). Los juegos van evolucionando a medida que el niño crece y sus capacidades se lo permiten. En su desarrollo distintos tipos de juego se van superponiendo y apareciendo relacionados. Desde el nacimiento el niño explora y experimenta con los objetos y las personas, lo cual le ayuda a desarrollar conocimientos sobre el entorno y practicar habilidades nuevas ya adquiridas (Campbell, 1993; Geldard y Geldard, 1997).

Seleccionar el material

Los materiales o instrumentos para interactuar con los niños son numerosos, diversos y a veces sorprendentes.

Un niño de 4 años acude a consulta con un tigre pequeño de juguete en su bolsillo, que saca de vez en cuando para jugar y hablar con él. Aunque tiene diferentes juguetes a su alrededor, prefiere ese suyo y es el que le motiva para otras actividades.

Aunque hay multitud de materiales adaptados a cada edad, no todos los niños tienen el mismo interés y habitualmente el éxito de una primera interacción con un niño depende de su motivación hacia determinados juegos u objetos. Especialmente para los niños pequeños el material es el que, en parte, guía la interacción.

Lenguaje

El lenguaje del terapeuta es una habilidad fundamental en el trato con niños. La rapidez con que se desarrolla el lenguaje en el niño y en un corto período de tiempo exige conocer detalladamente los cambios que se producen para comprender las expresiones y a la vez usar aquellas que sean entendidas por el niño.

Los niños son muy sensibles en la forma de hablar y entonación de su interlocutor, así como al nivel de complejidad lingüística que muestre. A través de su expresión el niño identifica la actitud, adaptación y conocimiento del adulto y de la posición que establece con respecto a él. El lenguaje del terapeuta se debe adaptar al nivel de comprensión y expresión y estar acorde con su edad (Hughes y Barker, 1990; Boogs, Griffin y Goss, 2003).

Tipos de actividades y estructura

La forma en que se organiza la sesión en la evaluación o intervención influye en la actitud del niño, su motivación y tipo de conductas que pueda suscitar. Así, el tipo de estructuración de la actividad, es decir, el grado de flexibilidad que se establezca, provocará conductas diferentes en el niño. Una sesión de juego libre, de mínima estructura, facilita que el niño participe especialmente si selecciona él mismo el material. Por el contrario, una situación altamente estructurada, como un contexto de pregunta-respuesta o la que requiere una prueba estandarizada, disminuye generalmente la participación cuanto menor es el pequeño. La selección de las distintas formas de desarrollar la sesión suele tener consecuencias diferentes en la actitud, atención, motivación, conducta, etc., del niño.

La intervención con el niño transcurre por medio de multitud de tareas que se le plantean. De la misma forma, el tipo de actividades o pruebas que el clínico seleccione generará respuestas diferentes. Evidentemente los intereses del niño y la actitud del terapeuta también influyen decisivamente. De este modo, en acciones como el juego libre, sin estructura, se puede favorecer la colaboración de un niño poco participativo al comienzo de la sesión.

Con un niño inquieto y expansivo es conveniente iniciar la sesión utilizando alguna actividad que favorezca la comunicación. Al comienzo es posible que se pueda hablar con el niño, pero en otras ocasiones es conveniente comenzar jugando o guardar silencio.

Observación de la conducta

La observación de la conducta del niño es un instrumento que aporta mucha información para analizar sus dificultades. La observación se utiliza a lo largo de todo el proceso de la evaluación y de la intervención. El terapeuta debe estar familiarizado con esta habilidad y ser capaz de obtener información relevante, ya que debe contar con conocimientos y un esquema previo de la conducta que observa, para que le sirva de guía. Asimismo, los padres pueden ser de gran ayuda con sus observaciones, en especial con los niños pequeños y también es un recurso útil para que el profesor analice su conducta en el colegio o la interacción del niño con sus compañeros (Sattler, 2003) (véase capítulo 3, evaluación).

Conocer las reacciones de los padres

Dependiendo de la gravedad y del pronóstico del trastorno los padres muestran niveles altos de ansiedad e inseguridad. Estas reacciones implican que cuando los padres consultan por el niño, con frecuencia ellos también necesitan la ayuda y orientación del clínico, aunque no siempre lo expliciten y no se refleje por igual en ambos progenitores. Por tanto, difícilmente se podrán solucionar los problemas del niño si no se abordan estas reacciones de los adultos que los cuidan y educan. El terapeuta infantil debe conocer estas características de los padres y desarrollar competencias prácticas con adultos para poder proporcionar ayuda al niño y a la familia. La evidencia indica que el tratamiento con niños es más efectivo cuando se aborda la conducta de los padres (Kazdin, 1997; Robles y Romero, 2011).

La implicación de los padres es fundamental en los preescolares, y a partir de la edad escolar, a los 7 u 8 años, el contexto social en el que se desenvuelve tiene cada vez más importancia y, por tanto, la coordinación con el colegio y las orientaciones para profesores o cuidadores también favorecen la mejora del niño (Muñoz, 2005). Por ello el clínico infantil debe dominar métodos de evaluación y estrategias de intervención específicas para la familia. Además, tendrá conocimiento específico sobre la psicopatología adulta y trastornos mentales para poder valorar determinadas conductas alteradas en los progenitores (Campbell, 1994).

1.7. DESARROLLO NORMAL, CARACTERÍSTICAS SEGÚN LA EDAD

El psicólogo clínico puede recibir a un niño de 4 años y a continuación, en el mismo día, a otro de 13 años. Aunque el motivo de la consulta sea un problema de conducta, las características que muestra cada uno de ellos diferirán con seguridad, dada su edad de desarrollo. Para poder afrontar ambas situaciones con eficacia el clínico precisa de

conocimientos específicos sobre las particularidades de cada edad, en cuanto a funcionamiento cognitivo, social, emocional, autocontrol, atención, etc., para poder identificar si el funcionamiento del niño y habilidades son esperables para su edad (McConaughy, 2005; Holmbeck y col., 2010).

Las capacidades del niño se manifiestan en diferentes áreas y en el interés que muestra por juegos o temas determinados, en la forma de vivir sus experiencias, en el trato con iguales o con adultos, en el grado de autonomía y en la responsabilidad que asume. Todo ello indica su edad mental independientemente de su edad cronológica (Delfos, 2009).

Niños preescolares: de 2 a 5 años

Los preescolares suelen ser enérgicos, se suelen entusiasmar con los juguetes y ser imaginativos. Les gusta hacer lo que les apetece y en ocasiones confunden la realidad con la ficción. Su desarrollo cognitivo preoperatorio (Piaget) limita su pensamiento para pensar de forma lógica y comprender conceptos abstractos. Su forma de pensar es egocéntrica y poco flexible para contemplar otras perspectivas, por lo que creen que las personas piensan y se sienten de la misma forma que ellas. En la interacción es fácil que no entiendan o confundan las intenciones y conducta de los otros, y de la misma manera empiezan a comprender las emociones de los demás y mostrar empatía hacia una persona. A los pequeños de entre 2 y 3 años les cuesta separarse de sus padres y necesitan supervisión y ayuda. Los más mayores empiezan a controlar sus impulsos y para ellos el juego es una función importante en esta edad, es un instrumento para el aprendizaje y un estímulo para cooperar con otros.

Escolares de 6 a 11 años

En la infancia media comienza la etapa de operaciones concretas (Piaget), que se distingue por el pensamiento lógico y la habilidad para resolver problemas, aunque no son capaces de pensar de forma abstracta y tener en cuenta otras perspectivas de una situación. La relación con los iguales empieza a adquirir importancia y mejora la habilidad social. Progresan, asimismo, la capacidad de reconocer emociones y sentimientos en sí mismos y de comunicarlos. Desarrollan también la capacidad de reflexionar sobre sí mismos, comparan su conducta con la de otros niños y aparece la autocrítica. En la interacción con otros pueden percibir aceptación, rechazo y sentir desagrado o satisfacción por la relación.

Adolescentes de 12 a 17 años

La adolescencia es un período de cambio y la mayoría de los padres la anticipan como conflictiva. De hecho, los conflictos con los hijos tienden a ser más frecuentes en esta época. Los cambios (físicos, cognitivos, emocionales y sociales) que se producen conforman una forma de pensar diferente, cambian sus puntos de vista, creencias, buscan su independencia y autonomía y su propia identidad. El deseo de descubrir emociones contrasta con la falta de

recursos para tomar decisiones. Tienden más a satisfacer sus necesidades inmediatas sin valorar las consecuencias a largo plazo.

Todas estas características, y en especial la importancia que adquieren las relaciones con los amigos y su criterio, hacen que las relaciones familiares pasen a un segundo lugar. Ante estas conductas, los padres del adolescente pueden responder de forma excesiva, sobreprotegiendo o disminuyendo la atención al chico y pueden considerar como un problema las manifestaciones de su desarrollo natural. La forma en que los padres manejen la situación incidirá en cómo el chico perciba a la familia, su forma de pensar y de comportarse. Los padres, a su vez, tienen una apreciación propia de su hijo que el terapeuta debe descubrir (Patterson, 2009; Vernon, 2002) (véanse cuadros 1.3 y 1.4 del desarrollo evolutivo en distintas áreas, de 2 a 18 años).

CUADRO 1.3

Desarrollo evolutivo por áreas y edades, de 2 a 18 años ([Descargar o imprimir](#))

EDAD	DESARROLLO COGNITIVO	RELACIÓN SOCIAL-EMOCIONAL	LENGUAJE	DESARROLLO CONDUCTUAL/AUTONOMÍA
PREESCOLAR				
12-18 meses	- Le gusta mirar cuentos de imágenes. - Imita los comportamientos que ve. Imita con objetos que usa (taza, cuchara...).	- Mira a la cara del adulto para encontrar claves que guíen su comportamiento. - Le gusta estar con sus seres queridos. - Señala cuando quiere algo.	- Expresa deseos señalando. - Entiende: ¿Dónde está?, ¡No!, y frases simples. - Dice las primeras palabras claras. - Imita sonidos de animales, coches, etc.	- Le cuesta separarse de sus padres. - Le gusta hacer lo que le apetece. - Necesita rutinas, descansos, mucha supervisión y ayuda.
18-24 meses	- Juega con coches, muñecos, con un sentido (no los alinea únicamente). - Sabe diferenciar y agrupar objetos. - Hace puzzles encajables.	- Muestra las cosas a otros. - Mantiene turnos en la interacción con una persona. - Es capaz de reconocer emociones. - Come en la mesa.	- Participa cantando canciones simples. - Empieza a decir frases de 2-3 palabras. - Tiene un vocabulario de 50 palabras. - Señala partes del cuerpo. - Señala imágenes.	- Quiere comer solo. - Cierta preparación para control de esfínteres. - Las rutinas de sueño ya están establecidas.
2-3 años	- Tiene juego simbólico con acciones secuenciadas. - Utiliza los objetos como si fueran otra cosa (simbólicamente). - Tiene un juego imaginativo. Inventar cosas. - Le gusta disfrazarse. - Entiende diferencias de tamaño, grande, pequeño, mediano, etc.	- Le gusta mirar a los niños o jugar cerca o al lado de ellos. - Colabora en una actividad que dirija el adulto. - Le gusta ayudar. - Se separa del adulto si se siente seguro. - Usa algunas palabras para expresar emociones.	- Empieza a usar pronombres. - Dice frases de tres elementos. - Hace preguntas básicas. - Empieza a usar algunas referencias al pasado y al futuro. - Escucha historias cortas. - Entiende frases largas. - Se habla a sí mismo. - Tiene un vocabulario amplio.	- Busca independencia. - Experimenta mucha frustración. - Comprueba límites. - Necesita rutinas, descansos, cariño y firmeza. - Anda de la mano, sigue instrucciones simples. - Aparecen muchas rabietas. - Empieza a tener en cuenta a los otros.
3-4 años	- Juega con juegos de asociación, dominós, etc. - Colorea dibujos. - Inventa historias jugando con arena o con el agua. - Se disfraza y representa papeles en los juegos. - Muestra interés en saber para qué sirven las cosas.	- Realiza lo que se le manda. - Comienza a tener más interés por jugar con los iguales. - Empieza a escuchar y entender la visión y sentimientos de otras personas con empatía.	- Habla de forma inteligible. - Hace muchas preguntas. - Ya sabe usar turnos en la conversación. - Escucha atentamente cuando se le habla. - Intercambia sentimientos sobre sucesos pasados y futuros. - No usa el lenguaje fuera de contexto.	- Más cooperativo. - Sigue reglas sociales y cumple con lo que se le pide. - Respetar turnos. - Aprende a compartir juguetes y objetos con otros. - Se cansa. - Se mantiene seco y limpio durante el día.
4-5 años	- Aumenta la complejidad en el juego, con más secuencias. - Hace construcciones. - Dibuja una figura humana y cuenta historias dibujando.	- Le gusta jugar con otros. - Negocia con otros. - Entiende algunas reglas sociales. - Empieza a expresar algunos sentimientos con palabras.	- Sabe narrar una secuencia corta de sucesos. - Es capaz de hablar con distintas personas. - Sigue aumentando su vocabulario.	- Se puede controlar dentro de un grupo. - Se le pueden dar pequeñas responsabilidades. - Cuida a niños más pequeños. - Comienza a ser capaz de perder en el juego.

EDAD	DESARROLLO COGNITIVO	RELACIÓN SOCIAL-EMOCIONAL	LENGUAJE	DESARROLLO CONDUCTUAL/AUTONOMÍA
ESCOLAR				
6-8 años	- Es capaz de inventar historias largas con personajes. - Puede planificar y encontrar todo lo necesario para hacer una tarea. - Puede contar hasta 100 y completar sumas sencillas con las 4 cifras.	- Le gusta jugar con otros niños. - Tiene uno o más amigos con los que juega en el colegio y en casa. - Busca contacto afectivo con otros. - Cuida de mascotas.	- Habla de manera clara con distintas personas. - Cuenta o describe lo que le ha pasado. - Sabe deletrear palabras. - Puede leer textos sencillos. - Puede escribir un resumen breve sobre un suceso.	- Es capaz de estar relajado. - Duerme sin dificultad. - Suele tener confianza en sí mismo, haciendo sus tareas escolares. - Valora positivamente sus habilidades. - Juega en equipo. - Disfruta del tiempo que comparte con sus padres. - Suele ayudar en casa.
9-11 años	- Puede razonar un problema. - Puede planificar y completar una tarea (por ejemplo, cocinar una comida). - Puede aportar sus propias ideas creativas al juego. - Sabe aplicar las matemáticas a la vida diaria.	- Ahora los amigos son muy importantes. - Se empieza a dar cuenta de que es un niño mayor del colegio. - Está interesado en diferentes puntos de vista. - Le gusta asumir responsabilidades. - Tiene cierta curiosidad por el otro sexo.	- Puede describir una situación complicada, teniendo en cuenta al interlocutor. - Le gusta leer textos más complejos. - Sabe redactar y escribir un resumen detallado de un suceso, sin errores de ortografía ni de puntuación.	- Se encuentra tranquilo consigo mismo. - Se puede confiar en él. - Se siente a gusto aprendiendo en el colegio. Puede hablar de forma positiva sobre sí mismo, sus habilidades y amigos. - Participa en equipos. - Sigue disfrutando de algún tiempo con sus padres. - Le gusta ayudar y ser amable.
11-14 años	- Se interesa por conceptos como la justicia. - Le interesan las historias del cine, el teatro o inventárselas. - Le divierte solucionar problemas.	- Los amigos son muy importantes. - Sabe ser respetuoso con los adultos que no conoce. - Tiene curiosidad por el sexo, el alcohol y las drogas.	- Continúa leyendo y puede leer textos largos o novelas. - Sabe exponer su propio punto de vista hablando o escribiendo. - Desarrolla pensamiento abstracto y crítico.	- Busca independencia e intimidad. - Es inseguro e impredecible. - Puede estar ansioso e irascible. - Necesita a sus padres, pero que no interfieran en sus cosas. - Ayuda si se le pide.
14-18 años	- Comienza la pubertad y el desarrollo sexual. - Desarrollo de la metacognición (pensar sobre los propios pensamientos). - Desarrolla habilidades cognitivas superiores como la abstracción, el pensamiento consecuente, el razonamiento hipotético y la toma de perspectiva. - Egocentrismo adolescente.	- Un vínculo fundamental es su grupo de amigos. - Prefiere dedicar más tiempo a sus amigos y compañeros que a su familia. - Se plantea nuevas visiones de lo que antes aceptaba como ideal. - Búsqueda de una identidad personal propia. - Sufre contradicciones y conflictos debido a sus cambios.	- Adquiere complejidad sintáctica, aumenta su vocabulario. - Usa terminología más abstracta a la hora de expresarse. - Su conocimiento morfológico permite analizar estructuras de palabras desconocidas. - Define y discute abstracciones como el amor, la justicia y la libertad. - Usa metáforas y juegos de palabras, y dobles sentidos. - Se vuelve más irónico.	- Tiende a satisfacer sus necesidades inmediatas, sin valorar las consecuencias a corto plazo. - Es inseguro. - Le cuesta tomar decisiones de manera autónoma. - Se vuelve más independiente tanto en la forma de pensar como de actuar. - Necesita la figura de un adulto con el que poder sentirse identificado y querido. - Las conductas externas son derivadas de un pensamiento dicotómico.

CUADRO 1.4
Desarrollo evolutivo por áreas y edades, de 2 a 18 años ([Descargar o imprimir](#))

EDAD	HABILIDADES MOTORAS	COORDINACIÓN MANUAL	ATENCIÓN
PREESCOLAR			
12-18 meses	⇒ Ya camina y es inquieto y activo. ⇒ Sube escalones como gateando. ⇒ Corre.	⇒ Juega a poner dentro y fuera de recipientes. ⇒ Lanza una pelota.	⇒ Se centra en un juego u objeto durante 3-5 minutos, pero la atención desaparece enseguida.
18-24 meses	⇒ Salta. ⇒ Se tropieza con facilidad. ⇒ Empieza a desarrollar el equilibrio. ⇒ Le gusta jugar «a lo bruto».	⇒ Come solo con la cuchara. ⇒ Pinta una línea. ⇒ Construye torres. ⇒ Guarda los juguetes con ayuda.	⇒ No atiende con facilidad a lo que se le propone. ⇒ No puede hacer varias cosas al mismo tiempo. Atención hábil.
2-3 años	⇒ Necesita moverse con distintas actividades. ⇒ Se mantiene un poco a la pata coja. ⇒ Pedalea en triciclo. ⇒ Sube escalones de uno en uno. ⇒ Se calma si se hace daño.	⇒ Hace figuras reconocibles. ⇒ Le gusta pintar, copia círculos, hace cruces. ⇒ Hace puzzles y construcciones sencillos. ⇒ Le gusta jugar con la arena y el agua. ⇒ Empieza a utilizar las tijeras. ⇒ Se quita la ropa.	⇒ A veces mantiene la atención durante 10 minutos o más en actividades que a él le gustan. ⇒ Empieza a ser capaz de interrumpir lo que está haciendo para atender a lo que se le pide. ⇒ Es capaz de estar un rato jugando solo. ⇒ Se distrae fácilmente con los ruidos.
3-4 años	⇒ Le gusta el juego físico. ⇒ Sabe montar en bici con ruedines. ⇒ Salta con un pie, sigue una línea con los pies, manteniendo el equilibrio. ⇒ Coge una pelota grande cuando se la tiran.	⇒ Le gusta hacer construcciones y construir un puente. ⇒ Se pone los zapatos. ⇒ Puede engarzar una cuenta con un hilo.	⇒ Puede estar de 15 a 20 minutos con un juego prestando atención. ⇒ Para jugar prefiere escoger él sus actividades. ⇒ Atiende con facilidad cuando se le propone algo. ⇒ Puede atender 10 minutos a un adulto o a una actividad de grupo. ⇒ Para escuchar lo que se le dice tiene que parar lo que está haciendo.
4-5 años	⇒ Baja las escaleras alternando los pies. ⇒ Puede andar un buen trecho. ⇒ Monta en bicicleta sin ruedines.	⇒ Puede vestirse solo y doblar la ropa. ⇒ Puede recortar. ⇒ Sabe contar.	⇒ Mantiene la atención en un juego. ⇒ Ocasionalmente puede escuchar y hacer otra cosa, sin dejarla. ⇒ Sigue las instrucciones cuando se dan al grupo.

EDAD	HABILIDADES MOTORAS	COORDINACIÓN MANUAL	ATENCIÓN
ESCOLAR			
6-8 años	⇒ Ya tiene definida la lateralidad de la mano. ⇒ Camina, corre, salta con estabilidad. ⇒ Se puede mover de diferentes maneras. ⇒ Monta en bici. ⇒ Puede correr y chutar una pelota. ⇒ Es capaz de nadar un ancho.	⇒ Sujeta el lápiz correctamente. Escribe la mayoría de letras. ⇒ Enseguida aprende a leer y escribir con soltura. ⇒ Puede mirar y dibujar. ⇒ Puede hacer juegos de construcciones de piezas pequeñas.	⇒ Puede mantener la atención 30 minutos en una actividad que él seleccione. ⇒ Puede seguir instrucciones dirigidas a un grupo. ⇒ Puede acabar las tareas en el aula sin supervisión constante. ⇒ Se acuerda de llevar el colegio lo que necesita.
9-11 años	⇒ Si le tiran una pelota la coge y sabe participar en el juego de equipo. ⇒ Sabe hacer todo tipo de actividades deportivas. ⇒ Puede nadar un largo.	⇒ Sabe enhebrar una aguja. ⇒ Escribe redacciones. ⇒ Lee cuentos historias. ⇒ Disfruta con construcciones complejas.	⇒ Tiene intereses definidos. ⇒ Puede escuchar algo y pensar críticamente sobre ello. ⇒ Se enorgullece cuando hace bien el trabajo.
ADOLESCENCIA			
12-14 años	⇒ Hace ejercicio con facilidad. ⇒ Juega en equipo. ⇒ Puede hacer una caminata.	⇒ Puede dibujar con detalle. ⇒ Le gusta hacer cosas diferentes. ⇒ Sabe usar el ordenador y jugar a juegos complicados.	⇒ Tiene interés en actividades que no son escolares. ⇒ Puede comprometerse con las cosas.
12-14 años	⇒ Va perfeccionando sus habilidades. ⇒ Es consciente de sí mismo.		⇒ Ayuda y comparte tareas de casa. ⇒ Recuerda hacer las actividades y deberes escolares.
14-18 años	⇒ Practica deporte de forma regular y participa en él o en actividades físicas.	⇒ Completan de manera satisfactoria actividades de psicomotricidad fina.	⇒ Es capaz de atender y concentrarse durante un tiempo prolongado. ⇒ Autocontrol y autorregulación.

1.8. CONDICIONES DEL ESPACIO PARA TRABAJAR CON NIÑOS

El trabajo con niños implica tener que cumplir unos requisitos en cuanto al espacio, las condiciones, el material y la seguridad para las diferentes edades, desde los más pequeños hasta el adolescente y los padres. El lugar debe ser funcional y contener sitios diferenciados según el tipo de trabajo y adaptados tanto para los pequeños y adolescentes como para los padres. Asimismo, hay que cuidar normas de seguridad específicas. Las sesiones de trabajo con un niño pequeño requieren que haya mesas y sillas pequeñas, una zona donde el niño pueda moverse libremente y pueda sentarse en el suelo o colchoneta para jugar. Paralelamente debe contar con un espacio donde puedan estar los padres. Con los pequeños es necesario contar con la posibilidad de que un terapeuta atienda al niño en sesión mientras los padres reciben orientaciones (Geldard y Geldard, 2002).

Los adolescentes pueden presentar algunas complicaciones al acudir a sesión si el centro está acondicionado para edades más infantiles. Se pueden sentir incómodos por considerar que

son mayores y no desean que se les trate como menores. Por tanto, para los adolescentes y los adultos el espacio para la evaluación o el tratamiento permite utilizar cualquier despacho aislado del resto, con condiciones de privacidad, sin interrupciones de personas o teléfonos (Geldard y Geldard, 2002; Sattler, 2003; Patterson y col., 2009).

1.8.1. Salud, seguridad y accesibilidad

Es fundamental que el centro contemple unas normas básicas de seguridad para realizar el trabajo con orden y de forma saludable. Las diferentes zonas se acondicionarán para que sean seguras para el niño. La sala de espera con los muebles, separaciones, cuadros, etc., adaptados y resistentes a golpes y roturas, de forma que los niños estén protegidos de posibles accidentes. Eliminar antes de la sesión elementos o juegos potencialmente peligrosos si el niño, por su trastorno, puede correr riesgos. Los padres delegan la responsabilidad en el terapeuta cuando está con el niño en sesión, que le cuida y controla (Patterson y col., 2009).

Salud

Es necesario preguntar a los padres sobre cuidados de salud, alergias (de contacto o alimenticias, por ejemplo, caramelos, galletas), o problemas (medicación, crisis, etc.), que puedan surgir durante la sesión; tener presentes las medidas de seguridad y de emergencia, hospital más cercano, teléfonos, extintores (revisados periódicamente).

Debe contarse con un botiquín revisado, con utensilios básicos de urgencia, medicamentos válidos y materiales utilizables. Se debe ser cuidadoso con heridas y sangre.

Seguridad y accesibilidad

Deben controlarse las puertas y salidas. No debe dejarse a los niños sin el control de un adulto. Se tiene que estar atento a que no se suban a las mesas o muebles; si no hay otro adulto que cuide de ellos, proteger enchufes (Eyberg y col., 1994; Sattler, 2003; Patterson y col., 2009). Los padres deben colaborar en mantener la sala en condiciones adecuadas para los demás niños. En el caso de disponer de espacio, se habilita una sala para el juego de los pequeños mientras esperan el inicio de la sesión.

Se debe facilitar el acceso a los padres que acuden con carritos de bebés o niños con dificultades motoras o en silla de ruedas y deben reducirse las barreras para su libre acceso. También deben ponerse avisos claros de las normas del centro respecto a comer o fumar en la sala de espera y proporcionar un lugar donde poder atender a los bebés o pequeños que requieran cambio de pañales o de ropa.

Es necesario disponer de material desechable, cuando sea un objeto que el niño pueda llevarse a la boca y recomendar a los padres que dejen al niño en casa si tiene alguna enfermedad y que avisen si ésta es contagiosa. El terapeuta, asimismo, debe mantenerse en

casa si está enfermo y puede transmitir su dolencia. En el contacto con niños es frecuente que atravesasen múltiples enfermedades víricas, por lo que es conveniente consultar con el médico la conveniencia de vacunarse de algunas enfermedades contagiosas, especialmente de la rubéola en el caso de las mujeres, para prevenir riesgos en posibles embarazos. Igualmente el terapeuta debe estar informado de otras enfermedades, dependiendo de la población que se atiende, como hepatitis B, sida, etc.

1.8.2. Instrumentos y material de trabajo

Cuidar el orden y el material es un índice de responsabilidad con el trabajo; los niños deben aprender a recoger después de la sesión, al igual que los terapeutas, personal en prácticas, etc. El terapeuta cuidará de revisar los juguetes o material regularmente, que esté útil y limpio y que los niños colaboren en ello.

Instrumentos

Como material básico se necesita un registro videográfico para cubrir diferentes tipos de objetivos durante la evaluación y la intervención; para tomar registros de línea base del niño, de la interacción de padre/madre con su hijo, de las sesiones terapéuticas; para seguimiento y control del tratamiento, etc. El material que se obtenga estará debidamente consentido por los padres y el niño (consentimiento informado). Una vez terminado se archiva como material confidencial tanto los datos personales como la imagen o el sonido, etc.

Espejo unidireccional

Es un sistema de observación directa muy útil para el trabajo clínico, para diferentes momentos de la terapia con el niño, entrenamiento a padres y alumnos y en la formación del psicólogo.

Es especialmente práctico poder ofrecer a los padres la observación de una sesión mientras el terapeuta lleva a cabo alguna técnica de control de determinada conducta con el niño.

Por medio del espejo se puede proporcionar modelo de la conducta a realizar con el niño. El equipamiento con un intercomunicador permite entrenar a los padres o terapeutas dentro de la sesión, pudiendo recibir indicaciones del terapeuta de cómo modificar la conducta de interacción, o control de la misma del padre con su hijo (Eyberg y col., 2005). Con ese mismo objetivo sirve para que los alumnos en formación observen al terapeuta en el desarrollo de estrategias y habilidades en la terapia. De este modo es útil para programar entrenamiento de psicólogos y que puedan tener la opción de ver trabajar a diferentes terapeutas.

Programas informáticos y otros recursos tecnológicos

Son importantes para estimulación y tratamiento de dificultades de diferentes trastornos. Cada vez los niños están más interesados en los recursos informáticos y supone un acercamiento a sus posiciones utilizar medios tecnológicos para las terapias. Se pueden usar con distintos fines, programas estándares de estimulación, actividades e información de recursos.

Material de juego

Los juguetes que se utilicen deben ser duraderos. Hay que tener en cuenta distintas formas de uso de los niños y que a muchos les gusta explorarlos golpeándolos, desmontándolos o también pueden ser blanco de sus iras.

En resumen:

El trabajo terapéutico con niños y jóvenes implica reflexionar sobre diferentes aspectos que afectan a los niños y que condicionan la labor del clínico. Por un lado, hay que tener en cuenta las características de la población infantil, a la que nos estamos refiriendo, la edad del paciente, su capacidad cognitiva y los aspectos éticos que implica toda la actuación terapéutica.

Asimismo, es preciso plantearse qué habilidades personales son necesarias para ser efectivo (capítulo 2), cuáles son específicas del trabajo con los niños y adolescentes (capítulo 3), así como con los padres (capítulo 4). Finalmente, la profesión de terapeuta implica la relación con diferentes estamentos relacionados en la intervención con los niños.

Además de los padres, el trabajo requiere establecer cooperación con otros clínicos o terceros intervinientes, frecuentemente en el ámbito escolar, como con profesores y orientadores; y en muchas otras ocasiones tratar con instituciones administrativas para explicar o exponer información en las diferentes fases de la terapia realizada, redactar informes, justificar el diagnóstico y/o la necesidad de acabar o continuar con la intervención y otros muchos aspectos complementarios.

Por último, la importancia del ejercicio profesional basado en todos estos aspectos planteados (actitudes, principios éticos, conocimiento de nuevos tratamientos a clínicos infantiles, etc.) requiere continuar evolucionando como terapeutas y seguir formándose e informándose de los nuevos avances científicos, por medio de la formación continuada, la supervisión y discusión de casos y el conocimiento de los aspectos legales y deontológicos de la actividad profesional (véase capítulo 5).

2. HABILIDADES BÁSICAS

INTRODUCCIÓN

Hacerse con un niño o un adolescente que presenta problemas emocionales o de conducta no suele ser una tarea fácil. Los padres que acuden a consulta muestran con frecuencia preocupación por la actitud del terapeuta cuando anticipan que el niño no quiera venir o no vaya a hablar con un adulto desconocido. En ocasiones recuerdan otras circunstancias en las que otro profesional no pudo «hacerse» con el niño por sus problemas de conducta.

- ⇒ Es un niño muy tímido y no hay forma de que hable cuando no conoce.
- ⇒ La persona que vino a casa para ayudarle con los deberes no se hizo con él y perdían la clase.
- ⇒ En el tratamiento anterior se negaba a asistir a las sesiones con el psicólogo.

Como se ha citado y reflejan las investigaciones, la actitud del terapeuta es un elemento clave en la interacción con el paciente para la buena marcha de la terapia. Las características de su conducta, receptividad, sensibilidad y empatía hacia el niño favorecerán la relación entre ambos. Pero también es fundamental para que el adulto vaya desarrollando la habilidad de motivar y reforzar al niño. Una vez que se haya conseguido una relación satisfactoria entre las dos partes y el niño confíe en el adulto, es mucho más probable que colabore, que se interese en lo que el terapeuta le proponga y que se puedan poner de acuerdo para realizar la intervención (Kanfer y Goldstein, 1991; Cormier y Cormier, 2000; McConaughy, 2005).

2.1. ENFOQUES TEÓRICOS

El estudio de las habilidades necesarias para una labor terapéutica ha tenido una enorme evolución desde que Rogers (1961, 2000) identificara una serie de características personales básicas, que los terapeutas deben poseer, para establecer una vinculación con el paciente (terapia centrada en la persona).

Distintas teorías y enfoques justifican las diferentes formas de ayuda en la práctica clínica o en el consejo psicológico. Cada teoría incide en aspectos distintos de la terapia y defiende en el clínico la puesta en marcha de habilidades y estrategias terapéuticas diferentes (Okun, 2001). De esta forma, cada modelo enfoca la solución de los problemas del paciente y cómo prestarle ayuda con técnicas y en áreas diferentes. Así, las escuelas psicológicas-psicodinámicas (Freud, 1956-39), la humanística (Rogers, 1902-1987), la Gestalt (Perls, 1893-1970; Perls, 2009), la cognitivo-conductual: terapia racional emotiva (Ellis, 1969) y terapia cognitiva (Beck, 1976), difieren en el tipo de competencias que requieren sus

seguidores, en función de la práctica que deben abordar. Sin embargo, dentro de estas escuelas todas defienden que para realizar la actividad terapéutica el psicólogo debe contar con una serie de características y actitudes básicas, las cuales coinciden (en su mayoría, en lo referente a las habilidades para establecer una relación o alianza terapéutica efectiva) en dar especial importancia a la empatía, al respeto por la persona, a una calidez no posesiva y a la aceptación del paciente (Rogers, 2000).

Con frecuencia, los terapeutas que consiguen prestar esta atención eficaz en la terapia suelen conocer enfoques distintos y ponen en juego una amplia gama de recursos con sus pacientes. En algunos casos, el clínico se puede mostrar cercano y abierto, mientras que en otros pacientes puede mostrar una imagen más distante, objetiva y menos cálida. Contar con diferentes estrategias y habilidades permite al terapeuta seleccionar la respuesta adecuada al caso en cada situación y variarla en función del campo de actuación en el que esté trabajando.

2.2. HABILIDADES DEL TERAPEUTA

El psicólogo es el factor más importante en la relación con el paciente. Diferentes estudios indican el efecto positivo del papel de un terapeuta experimentado en el éxito de la terapia. En la perspectiva *cognitivo-conductual* (TCC) el principio fundamental es que las emociones que sienten las personas al vivir una situación son el resultado de la forma en que la interpretan, y ese pensamiento o «diálogo interior» determina el modo como actúa la persona después en esa circunstancia (Beck, 2000; Gomar y col., 2010; Neuman, 2010). Es decir, la forma de pensar y las emociones que le siguen están relacionadas con la conducta que realiza el sujeto.

Por tanto, para un psicólogo TCC una tarea prioritaria será detectar los pensamientos del niño, adolescente o adulto (padres) para poder variar esa relación circular de interacción mutua. Igualmente es esencial valorar las emociones, así como analizar su conducta a fin de evaluar y diagnosticar el problema y saber cómo modificarlo.

Kendall (2006) propone que el terapeuta infantil debe tomar una actitud activa en la intervención y estar preparado para asumir diferentes competencias. Además de cumplir las funciones de evaluar y diagnosticar, debe mantener con el paciente una actitud de colaboración, ayudándole a buscar sus propias soluciones al problema y facilitando que el niño o el adolescente las traslade a la vida real. En otros momentos deberá tomar un papel más educativo, enseñando al chico diferentes técnicas conductuales y cognitivas para que aprenda a afrontar situaciones conflictivas o dolorosas por sí mismo, ayudándole a que las lleve a la práctica. En el caso de niños pequeños también buscará la forma de transmitir esas estrategias por aquellos medios que el niño pueda entender, sabiendo adaptarse al menor con recursos de juegos, cuentos, dibujos, etc., para que aprenda desde sus capacidades imaginativas, simbólicas o visuales.

La manera de adquirir estas capacidades no se suele encontrar en los manuales de psicología. Habitualmente, los clínicos informan que sus recursos los han adquirido más con

la propia experiencia en el trabajo terapéutico, a través de la experiencia vital, de la supervisión y su aprendizaje social (Wilson, 1985 y Goldfried, 1983). No obstante, el aprendizaje es continuado y constante a lo largo de la vida profesional. A medida que el profesional acumula experiencia significativa, va ampliando sus recursos, mediante la reflexión de su trabajo (Geldard y Geldard, 2002, 2007; Thomson, 2010). Por tanto, el entrenamiento continuado es la mejor manera de avanzar en las habilidades clínicas, y en la clínica se puede aprender observando y revisando las grabaciones de las sesiones propias, pero también viendo y analizando la actuación de otros terapeutas en su trabajo diario.

Sin embargo, es necesario que el psicólogo clínico cuente con una formación clínica práctica y supervisada paralela y una formación teórica específica en estas habilidades, de la misma forma que la recibe en su formación teórica general (Weisz y Gray, 2008; Scott, 2010).

El estudio empírico de estas capacidades se ha enfocado desde diferentes perspectivas teóricas, aunque las investigaciones no han aportado orientaciones claras, dada la dificultad de operativizar estas habilidades y aislarlas unas de otras para conocer su importancia y efectos en el paciente. Todavía se requieren más estudios empíricos que esclarezcan las diversas variables y su importancia en el proceso terapéutico (Ruiz y Villalobos, 1994; Rodolfa y col., 2005; Spirito y col., 2003).

2.2.1. Disposición del adulto en la relación con niños

Establecer una relación estrecha con el niño y entrar en contacto con su mundo de referencia es el primer paso para poder ayudarlo (Nelson-Jones, 2005; Geldard y Geldard, 2002, 2004.). El mundo de los niños y jóvenes difiere ampliamente del de los adultos y es necesario estar familiarizado con sus particularidades para ajustarse a ellas.

Algunos autores describen la forma de relacionarse con un niño como «*aprender a pensar como un niño*» (Miller, 1991) o «*estar en contacto con el niño que lleva uno dentro*», «*el niño interno*» (Geldard y Geldard, 2008). Estas expresiones se refieren a la disposición del adulto para acceder a él; para acercarse a su percepción, conectar con su mundo, entender sus sentimientos, compartir sus motivaciones y satisfacciones y, en definitiva, disfrutar con la persona que es.

Pero el desarrollo evolutivo del niño es extenso y el ajuste a un menor de 4 años dista ampliamente de un niño de 9 y de otro de 14. Por tanto, para considerar la perspectiva del niño es necesario tener en cuenta su edad y desarrollo cognitivo y saber detectar en qué momento evolutivo se encuentra; saber la forma de enfocar sus acciones, sus emociones, sus relaciones, la conciencia que tiene de sus dificultades, etc. Todo ello permite identificar lo que se puede esperar en cada edad y las demandas que son ajustadas al nivel de cada niño. Por otro lado, el terapeuta debe saber cómo es su naturaleza, cuál es el ambiente en el que vive, cómo lo percibe y de qué manera, y también recordar que no siempre coincide con la visión de sus padres u otros miembros de su familia.

Adaptarse a los diferentes niveles evolutivos del pensamiento y de comprensión de la realidad del niño no significa que el terapeuta en esa relación le proporcione un nivel de decisión que no le corresponde, ni tampoco se refiere a que busque conseguir la aprobación del niño con actitudes congradativas. Significa que el adulto esté atento a la conducta del niño, que detecte tempranamente las reacciones emocionales y que ajuste su conducta a la situación y características del menor (véase capítulo 1, introducción).

Con una niña inhibida o poco expresiva, la actitud del adulto debe ser más cálida y flexible, dar espacio y tiempo para que la niña encuentre el momento de comunicarse; sin embargo, con un niño impulsivo y desatento, el terapeuta se mantendrá algo más distante para establecer los límites de la relación.

2.3. HABILIDADES BÁSICAS

2.3.1. Establecer una buena relación

Para poder realizar un diagnóstico fiable y mantener una relación de ayuda terapéutica, con frecuencia a largo plazo, es necesario establecer unos lazos que faciliten al niño tomar confianza y el éxito en la terapia.

Gran parte de las terapias psicológicas se basan en la relación de dos personas interactuando. Y en esta interacción la relación paciente-clínico es fundamental para que el proceso terapéutico se desarrolle. La conexión con el niño debe tener unas condiciones que le faciliten expresar sus dificultades. Estas circunstancias se darán si la situación es relajada, si se siente apoyado, comprendido y confía en el terapeuta.

Establecer una buena alianza con el paciente se considera el primer paso para el trabajo psicoterapéutico y se ha establecido una asociación entre el éxito en la terapia y una relación terapéutica (Barreto, Arranz y Molero, 1997; Cromier y Cromier, 1999).

Las características de esta relación se basan en que terapeuta y paciente acuerdan unos objetivos, pactando cómo conseguirlos y estableciendo una relación personal entre ellos (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994; Bordin, 1979; Hupp, Jewell, Reitman y Leblanc, 2010).

Sin embargo, no hay que olvidar que la relación terapéutica no es una interacción simétrica entre dos personas en igualdad de condiciones; por un lado, el terapeuta es un adulto con mayores recursos emocionales y perspectiva que un niño y, por otro, el niño o los padres que requieren ayuda son más vulnerables al dejar en evidencia sus dificultades, mientras que el terapeuta no lo hace y su función es proporcionar apoyo (Ruiz Villalobos, 1994).

Tampoco es una relación como la que se establece con un padre o un profesor que le enseña lo que debe hacer. En una relación diferente a otras relaciones interpersonales que se dan socialmente en igualdad de condiciones o al mismo nivel. Por tanto, requiere instaurar las condiciones en las que se va a producir esa relación, adecuarse al momento evolutivo del niño, aceptar su conducta, sentimientos y opiniones, sin que el adulto valore positiva o

negativamente lo que dice o hace (Cormier y Cormier, 2000; Geldard y Geldard, 2002).

La relación depende de la personalidad, creencias, conductas y actitudes del clínico. Estas características personales influirán en la relación con el niño y con la familia. La alianza se favorece cuando el terapeuta y el menor son del mismo sexo o tienen la misma procedencia cultural o racial (Sattler, 2003; Holmbeck y col., 2010). Asimismo, una buena relación terapéutica con los padres influye en la aceptación del tratamiento y en el avance del mismo. Igualmente se ha evidenciado la asociación positiva entre estas actitudes del terapeuta y los resultados del tratamiento. Conocer los aspectos que influyen en la relación ayuda al profesional a eliminar posibles barreras en su desarrollo (Keijsers, Schaap y Hoodguin, 2000; Kazdin y Whitley, 2006).

Los aspectos fundamentales que se describen de esta alianza son empatía, sinceridad, mostrar sensibilidad y comprensión hacia las dificultades del niño, habilidades de escucha, etc.; en general mostrar interés en todo lo referente al niño con aceptación incondicional. Con estos recursos se generará una relación terapéutica positiva, que se describe como sentimiento de agrado, respeto y confianza del niño hacia el terapeuta y sentimientos similares del adulto hacia el niño (Goldstein y Myers, 1986).

El clínico debe ser consciente de que esa relación es desigual y centrarse en las necesidades del niño. Cuanto mejor se establezca en esta relación la colaboración y participación activa del niño (o los padres), será más fácil llevar a cabo el trabajo en la evaluación y la intervención, y el cambio se producirá en mejores condiciones. De la misma forma, para poder tener una entrevista efectiva, la relación está sujeta a una serie de reglas de funcionamiento (frecuencia, duración de las sesiones, lugar, etc.) a las que se adaptan ambas partes (Hupp, Jewell, Reitman y Leblanc, 2010; Bados y García, 2011).

Los terapeutas deben conocer diferentes habilidades para ponerlas en práctica en función de las características del niño, del problema que muestre y adaptarán su actitud y conducta a cada situación, en relación con lo que desean conseguir en cada caso.

2.3.2. Sinceridad

La sinceridad se refiere a que el terapeuta sea congruente y honesto consigo mismo. Para ser congruente debe ser genuino y creíble, ser una persona real; y debe ser consciente de sus propios pensamientos y sentimientos para facilitar los del otro. Significa comunicarse de una manera sincera; si en una situación el terapeuta siente comprensión o aceptación, su mensaje no verbal y verbal será acorde con esos sentimientos reales, siendo honesto con el niño. Los niños son sensibles a captar la falta de coherencia y sinceridad en el adulto. Cuando el niño observa que el terapeuta se interesa realmente por él, tenderá a confiar y le facilitará mostrar sus sentimientos. Con la confianza que deposita en el adulto el niño podrá expresar su frustración, temores o enfados, con la seguridad de que el terapeuta los entenderá y aceptará (Ruiz Villalobos, 1994; Cormier y Cormier, 2000; Geldard y Geldard, 2002).

Un terapeuta en formación, al abordar el tema de la congruencia o sinceridad en la terapia, pregunta cómo puede uno comportarse de una manera que no refleje su propia forma de pensar con sinceridad ante un problema que plantea un paciente; ¿cómo expresar una actitud diferente a la que uno tiene habitualmente en su vida privada? ¿No es hipocresía?

El terapeuta se focaliza en las necesidades del paciente y no en las suyas propias (Cormier y Cormier, 2000; Ruiz Villalobos, 1994; Nelson-Jones, 2005), no es igual lo que le suceda en su vida diaria ya que en el día a día el terapeuta se comporta generalmente de manera diferente, ya que responde a otros objetivos y necesidades particulares. Mientras que en la relación con el paciente el clínico está centrado en las dificultades del otro y adopta la posición más adecuada para servirle de ayuda. Está solucionando los problemas del cliente y no los suyos propios.

2.3.3. Conocerse a sí mismo

Para poder mantener una posición sincera, es necesario que el clínico se conozca a sí mismo, sea consciente de sus propios problemas personales, actitudes y creencias y los mantenga fuera de la terapia con el niño, el joven o la familia, para que no interfieran en la relación. Cuando el psicólogo tiene control emocional, será capaz de atender al problema que plantean el niño o los padres, sin interpretarlos erróneamente según sus creencias o sentimientos. Además, mantendrá una actitud profesional, no fría, comprendiendo el problema que se está tratando, pero sin identificarse con el paciente o atribuir sentimientos o sensaciones que él mismo experimenta. Cuando el terapeuta sabe de sus emociones no se involucrará demasiado, mantendrá su objetividad y no interferirá en el proceso terapéutico (Ruiz Villalobos, 1994; Cormier y Cormier, 2000; Nelson-Jones, 2005; Geldard y Geldard, 2002; Hupp y col., 2010).

2.3.4. Experiencia vital

Cuando el terapeuta posee una amplia experiencia vital, ya sea por haberla vivido directamente o experimentado en personas cercanas, mostrará una actitud más abierta y empática que le facilitará la comprensión de los sentimientos y vivencias de los pacientes, así como la búsqueda de soluciones a sus problemas.

Desde este sentido el desarrollo de estas competencias terapéuticas resultarán más fáciles a aquellas personas que han tenido experiencia con niños. Los terapeutas que, además, hayan vivido la crianza y educación de sus propios hijos se situarán en una perspectiva positiva para comprender las circunstancias de los niños y de sus padres y aumentará la confianza y comunicación. Sin embargo, esto no quiere decir que no sea posible realizar un trabajo terapéutico efectivo si el psicólogo no tiene esta vivencia concreta.

Por otra parte, puede ocurrir que su experiencia en la vida suponga para el terapeuta tener

una actitud negativa si ha vivido o atraviesa por una situación en la que sus propios sentimientos y reacciones tienen relación con los conflictos y sentimientos del paciente. En estos casos, si se da la circunstancia de que el psicólogo siente una reacción emocional (positiva o negativa) hacia el niño o los padres, es preferible que se plantee derivar el caso a otro profesional (Ruiz y Villalobos, 1994; Hupp y col., 2010).

Un psicólogo recibe en consulta a una familia con una niña de 3 años con un problema grave. El profesional tiene a su vez una hija de la misma edad. El terapeuta percibe sentimientos y emociones cuando relatan el caso y no puede mantener una actitud objetiva para ayudar a los padres y a la niña. Ante esta situación emocional decide derivar el caso.

Vivir experiencias similares o cercanas emocionalmente a las del paciente hace difícil a veces continuar con el tratamiento y es motivo suficiente de derivación del paciente por no poder ser efectivo en la ayuda. En general, es fundamental que el terapeuta se encuentre equilibrado psicológicamente y cuide su salud mental (Bados y García, 2011) (véase capítulo 5).

2.3.5. Empatía

Ser empático es tener conocimiento y comprensión de las circunstancias del otro; es conocer el punto de vista del niño, ser consciente de sus actitudes, sus sentimientos y de las reacciones del menor y admitirlas. Aunque el clínico no puede sentir lo mismo que el niño está sintiendo, sí puede transmitir comprensión sobre lo que esté experimentando emocionalmente. Facilitar la expresión de emociones intensas o negativas es terapéutico y ayuda a liberar la tensión emocional y a no acumular sensaciones negativas. De esta forma, comunicarlas facilita la relajación. Crear un clima de escucha en la sesión favorece la expresión de sentimientos. A los terapeutas que hayan tenido experiencia con niños y estén familiarizados con su forma de ver las cosas les resultará más fácil. A medida que el clínico escucha al niño, le observa y recoge lo que los padres informan de la situación del menor, la comprensión de sus circunstancias aumenta.

Hay que recordar que la empatía no significa que el terapeuta sea excesivamente simpático o congradativo con el niño. Es importante que el clínico se mantenga discriminativo en la relación, es decir, que su conducta esté en función de ser útil, efectiva y beneficiosa para el niño. Además, debe ponerse en la perspectiva del menor y no confundirla con la posición de los padres (Ruiz y Villalobos, 1994; Cormier y Cormier, 2000; Nelson-Jones, 2005; Geldard y Geldard, 2006).

2.3.6. Calidez

La forma de proporcionar tranquilidad y seguridad al niño, y a sus padres, es la actitud

cálida y sensible del terapeuta (Rogers, 1961, 2000).

Se trata de crear un ambiente relajado y de apoyo, que facilite la comunicación. Esta actitud del clínico se transmite fundamentalmente por el lenguaje no verbal, el tono de voz, la expresión facial y los comentarios que refuerzan la actitud del niño. También reconociendo, de manera explícita, las dificultades por las que está pasando, mostrando empatía con el temor o las sensaciones negativas que muestre ante esa situación, con expresiones que conforten como «Ya veo lo difícil que puede resultar», «A muchos niños les pasa y se sienten así», etc. Estas manifestaciones de calidez en la relación facilitan que el niño o los padres acepten al terapeuta (Nelson-Jones, 2005; Geldard y Geldard, 2006).

2.3.7. Objetividad

Ser objetivo significa ser consciente del papel de terapeuta; no quiere decir ser impersonal o insensible, sino que, al recibir el contenido emocional de un sentimiento o situación, esto no afecte a la relación con el niño. Por tanto, el adulto debe permanecer objetivo en lugar de analizar críticamente o de responder a los comentarios de la otra persona, mantener un punto de vista realista y práctico y utilizar habilidades adecuadas para escuchar. Desde esta objetividad acepta los sentimientos y conductas del niño sin imponerle otras o las suyas personales (Cormier y Cormier, 2000; Nelson-Jones, 2005; Geldard y Geldard, 2006).

2.3.8. Revelar información propia

Aunque el terapeuta se mantiene en una posición de apoyo, puede mostrarse cercano, sensible y humano descubriendo ciertos detalles personales. Cuando el psicólogo descubre información relevante para el tema o conversación de la sesión, el niño puede tener la experiencia de mayor cercanía y coincidencia en la relación. Aunque inevitablemente la relación es desigual y los roles son diferentes, el terapeuta puede establecer lazos sensibles con sus comentarios, que sean de ayuda para que el niño se vea comprendido.

T: «Ya veo que te cuesta contar lo que ocurrió con tu hermano. A mí también me pasa que me resulta difícil hablar de mis cosas con personas que no conozco».

El tipo de revelación del adulto debe estar en relación con la manifestación o dificultad del chico y que se encuentre próxima, tenga similitud o declare acuerdos con lo que el paciente está viviendo. En este caso el conocimiento que posea el clínico de sí mismo le ayudará a controlar los detalles personales que expresa, contemplando aquello que es importante para el niño (Nelson-Jones, 2005; Ruiz y Villalobos, 1994; Cormier y Cormier, 2000).

2.3.9. Culturas y creencias diferentes

El tipo de personas con las que se puede relacionar un psicólogo es muy amplio. De hecho, cada vez más la diversidad de costumbres, el cruce de culturas y la heterogeneidad de los grupos sociales hacen que las personas que acuden a consulta sean diversas en su forma de actuar, de percibir la realidad y distintas en la forma de valorar o preocuparse por las dificultades del niño. El niño y sus padres vienen al psicólogo con su bagaje cultural y sus experiencias y la relación entre ambas partes debe ser lo más cercana posible. Cuanta mayor comprensión exista entre el clínico y el punto de vista del paciente (niño y padres), éste se sentirá más cómodo para compartir sus problemas al haber menos distancia entre ellos (McConaughy, 2005; Nelson-Jones, 2009; Hupp y col., 2010).

El terapeuta debe saber situarse ante personas que planteen incluso grandes diferencias con respecto a su propia perspectiva vital y deberá aproximarse lo más posible a la perspectiva del otro. En determinados casos las características del niño (o de los padres) pueden interferir negativamente en su relación y constituir barreras para una terapia efectiva. Ante esta posibilidad el terapeuta se debe plantear derivar a la familia a otro profesional que se encuentre más próximo a las características o planteamientos de la familia o del niño (Geldard y Geldard, 2002).

Por su parte, el terapeuta tiene que transmitir el respeto por comentarios y conductas características de su perspectiva cultural y ser consciente de posibles condicionantes de la relación, temas o preguntas que se pueden abordar o no, actitudes esperables, etc.

Se resumen algunas de las características de las personas que pueden influir en la relación terapéutica, que son: cultura, raza, religión o creencias, clase social, sexo, edad, discapacidad física o psíquica (Nelson-Jones, 2009; Hupp y col., 2010).

Cultura

La procedencia de la familia y del niño de una cultura diferente a la que ha vivido el terapeuta implica que los atenderá en función del conocimiento que éste posea de la cultura o tipo de costumbres del niño. Su experiencia le facilitará datos para poder comprender el problema que le planteen y facilitará la ayuda que les pueda proporcionar.

Nuestra sociedad, desde hace unos años, es cada vez más multicultural y las personas que acuden a consulta tienen procedencias de diferentes países (por inmigración u otras causas), cuyas culturas, creencias y valores pueden diferir ampliamente de los nuestros.

Además, hay que considerar que, especialmente los inmigrantes, pueden tener niveles de adaptación heterogéneos a la cultura del país de acogida. La familiaridad y apertura mental que posea el terapeuta sobre la cultura del paciente respecto a las normas, en cómo se deben abordar los problemas, quién proporciona la ayuda, a quién aporta información personal, expectativas o aceptación de la evaluación o de las orientaciones o tratamiento del niño son básicas para el éxito terapéutico (Nelson-Jones, 2009; Hupp y col., 2010).

En la consulta unos padres de origen árabe se encuentran con una psicóloga mujer, a la que el padre tiene

que informar de las dificultades de su hijo mientras la madre no interviene. En su cultura la toma de decisiones es propia del padre de familia y la terapeuta respetará esta norma al hacerse cargo del caso.

Raza

De la misma forma, la *raza* del niño es otro factor importante, ya que sus características físicas y los rasgos o el color del niño son evidentes y pueden influir en las actitudes o creencias del clínico en el caso de valorar sus diferencias con estereotipos hacia su condición.

Adopción

Con respecto a la llegada de personas de distinta raza o color, también hay que resaltar el alto número de *niños adoptados* internacionalmente que se ha producido en los últimos quince años. El grupo mayoritario son los niños de raza asiática, principalmente niñas chinas, raza caucásica y, en menor medida, hindú, marroquí o etíope. En estos casos es fundamental conocer las características del proceso de adaptación y vinculación de los niños y las familias, para poder valorar y tratar al menor sin ideas preconcebidas o estereotipos. Igualmente es fundamental que el terapeuta esté informado de las particularidades, actitudes y deseos de los padres adoptivos, de manera que no se malinterpreten sus comentarios y opiniones o que el clínico atribuya de forma prejuiciosa los problemas del niño a su condición de adoptado (Fernández-Zúñiga et al., 2009).

Estado civil o tipo de familia

La situación actual de los padres del niño en nuestra sociedad puede ser muy variable, desde familia monoparental, divorciados, parejas de hecho, parejas del mismo sexo, incluyendo adopción y acogimiento. En estas circunstancias el terapeuta debe precisar cuál es la situación del niño, cómo se sucede su vida diaria y no anticipar dificultades por el hecho de pertenecer a una familia no convencional.

Creencias

La religión o creencias de los padres o del menor también implican formas de vida y concepciones vitales que posee el paciente. Estos valores o formas de pensar pueden ser un obstáculo o también un facilitador de la relación. Al terapeuta puede serle difícil trabajar con familias, niños o jóvenes que guían su conducta en temas cruciales para la terapia por credos con los que no está de acuerdo (católicos, musulmanes o budistas).

Clase social

La pertenencia de la familia del niño a una u otra clase implica habitualmente diferencias de nivel económico, cultural, tipo de educación recibida, concepciones, actitudes y

costumbres. De la misma forma, el terapeuta tiene su propio estrato social, pero debe mantenerse objetivo y evitar actitudes de inferioridad o superioridad en función de la extracción social, económica o cultural del paciente.

Edad

Las diferencias entre edades tempranas, preescolares, escolares o adolescentes requieren (como ya se vio, en el capítulo 1) formas de aproximación y de comunicación diferentes. Antes de trabajar con cada edad el clínico estará familiarizado con la forma de pensar, sentimientos, intereses, etc. El terapeuta tiene que decidir con qué nivel trabajar por encontrarse más cercano a un niño o a un adolescente. No todos los profesionales tienen el mismo grado de motivación para trabajar con niños o adultos. Igualmente, un adulto de mayor edad puede tener dificultades en comprender a un joven, y viceversa. Un terapeuta joven puede mostrar escasa habilidad para entender las preocupaciones de una persona de mayor edad o de niños más pequeños (Nelson-Jones, 2009).

Género

Con relación al tema del género se mantienen creencias, atribuciones, sentimientos o conductas acerca de lo que socialmente se entiende por femenino y masculino. Estas creencias sobre el papel que tiene una persona por ser de uno u otro sexo son variables incluso dentro de la misma cultura. Aunque se está produciendo una tendencia a cambiar estos patrones más en la cultura occidental, persisten roles diferenciados. El psicólogo debe priorizar su función terapéutica, independientemente del sexo del niño y estar libre de prejuicios de lo que es esperable en su conducta por ser niña o niño (Nelson-Jones, 2009).

Asignar un determinado papel o tipo de juego a un niño diferenciándolo de otros juegos de «niña» puede limitar o perjudicar la relación con el niño, así como con los padres.

Unos padres se sorprendieron cuando el terapeuta ofreció al niño de 4 años una cocinita entre los otros juegos, argumentando el padre que era más «juego de niñas» y que prefería que escogiera otro.

Orientación sexual

Igualmente hay que considerar diferencias en el trato, prejuicios, actitudes o conductas con las personas heterosexuales, homosexuales o bisexuales, las cuales acuden a consulta no sólo con su orientación sexual, sino también con sus pensamientos y emociones igual que cualquier otra. Algunos terapeutas se pueden sentir incómodos con personas de diferente orientación a la suya y ser una barrera para la terapia (Nelson-Jones, 2009).

Discapacidad psíquica o física

Muchos niños o padres presentan una discapacidad física (de movilidad, audición visión) o limitaciones en la capacidad mental y enfermedades mentales. Todas estas condiciones, además, están acompañadas de sentimientos, formas de pensar y emociones hacia sí mismos y hacia el resto de las personas. El terapeuta debe ser consciente de los aspectos diferentes que implica trabajar con una determinada discapacidad y sopesar si tiene las condiciones y competencias para trabajar con estos pacientes. El no tener en cuenta estos aspectos puede generar en el psicólogo actitudes negativas que dificulten la relación. No considerar sus condiciones o mostrar problemas de aceptación o no comprensión de las singularidades de los niños o las familias con alguna discapacidad incidirá en la falta de comunicación y en el fracaso de la relación de ayuda (Nelson-Jones, 2009).

Un niño con retraso cognitivo puede ocasionar frustración en el terapeuta cuando muestra problemas de comprensión de lo que le explica.

CUADRO 2.1
Conducta y patrones de comunicación en diferentes culturas
 (adaptado por Fernández-Zúñiga de McConaughy, 2005;Delfos, 2009)

CONDUCTAS	HISPANOS	ASIÁTICOS	ÁRABES
Contacto ocular	El contacto ocular directo con los adultos es inaceptable cuando les regañan; bajar los ojos es señal de respeto.	Bajar la mirada es considerado una señal de respeto.	Contacto ocular directo con los hombres no con las mujeres.
Contacto físico	Aceptado y esperado como muestra de cariño y aceptación.	Desaprobado, especialmente con el sexo opuesto.	Su espacio personal no debe ser invadido y mucho menos con contacto físico. No es aceptado, excepto entre hombres, y desaprobado con el sexo opuesto.
Distancia	En la interacción, una distancia corta es aceptada y esperada.	Se debe mantener ante gente no conocida.	La distancia personal, íntima y social se mantiene de acuerdo con la relación que se tiene con el interlocutor. Es muy corta con amigos.
Expresión facial y emociones	Muy expresivos; risueños; mientras hablan realizan gestos con ojos y manos.	Expresión emocional muy controlada.	Controlado, normalmente no se muestran o expresan. No hay expresiones de afecto en público.
Tono de voz	Los niños urbanos hablan mucho y de manera muy vivaz.	Tono de voz suave.	Por lo general, moderado.

2.4. HABILIDADES ESPECÍFICAS QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN

2.4.1. Habilidad para escuchar. Escucha activa

Para que un niño se sienta atendido y comprendido debe encontrar en el adulto interés y atención en lo que está diciendo; ha de percibir que el clínico está escuchando efectivamente y que está concentrado en la interacción, permaneciendo atento a sus percepciones y sentimientos. En consecuencia, debe mostrar una actitud de escucha activa por medio de un lenguaje corporal adecuado al lenguaje verbal y con un interés atento al relato. Es necesario mantener una postura corporal dirigida al paciente, mirando frecuentemente a los ojos (no continuamente al papel, si se toman notas), enviando mensajes de que se sigue el discurso con el gesto adecuado a la información que está proporcionando y asintiendo para aceptar lo que dice. Esto implica no distraerse con otros temas dentro de la sesión, como el ordenador, el teléfono, tomar notas, etc. Igualmente requiere tener paciencia y mantenerse accesible y escuchar los detalles de la narración, estableciendo relaciones con la información que el niño va proporcionando (Ruiz y Villalobos, 1994; Cormier y Cormier, 2000; Nelson-Jones, 2005).

2.4.2. Mostrar interés

La forma en que el terapeuta muestra interés en la relación con el niño o la familia es por medio de la conducta no verbal. La actitud de atención e interés favorece la comunicación del niño y los padres. Cuando el niño o los padres están hablando, lo que transmiten al interlocutor que tiene interés en el tema es sobre todo el lenguaje no verbal. La mirada atenta, el gesto, la posición del cuerpo, etc., indican que se están siguiendo sus explicaciones con atención y dedicación.

Por otro lado, la disponibilidad en cuanto al tiempo que ofrece el clínico para atender a sus dudas o sugerencias también es demostrativo de consideración. El clínico debe ser claro al especificar cómo contactar, los tiempos y la forma en que pueda atender al chico y a la familia. Mostrar rapidez o sobrecarga en el trabajo hace que se perciba al clínico poco disponible para ayudar (Nelson-Jones, 2009).

2.4.3. Motivación

En el trabajo con niños es especialmente importante la habilidad clínica de saber motivar. Cuando el paciente y el terapeuta trabajan juntos y comparten objetivos, el interés que desarrolla el niño aumenta. Una motivación alta incide en el éxito del tratamiento. Compartir el esfuerzo y la responsabilidad ayuda a ambos. La participación interesada del niño o el adolescente tienen un efecto de *feedback* en el clínico que se debe centrar más en cómo llevar a cabo la intervención para que sea efectiva. Para que el niño colabore y participe en la sesión tiene que ser entretenida y encontrar satisfacción. Si el terapeuta se centra prioritariamente en alcanzar los objetivos y no en cómo hacerlo, puede que el niño se desanime y se canse, lo cual también suele ocurrirle al adulto.

2.4.4. Observación

Desde el comienzo de la relación la observación de la conducta y actitud del niño aporta información valiosa para conocer sus características, su estado de ánimo, con lo cual transmite datos importantes para realizar la evaluación o el tratamiento. La observación del clínico se dirigirá a recopilar detalles con los que ir evaluando de manera informal al niño que se tiene delante: conocer cómo es su comportamiento, su forma de relacionarse, el tipo de lenguaje y conversación, sus inquietudes, cómo atiende y también la apariencia, el modo de moverse, el control y la coordinación del cuerpo (gruesa) y de las manos (fina) y en relación con la visión (visomanual) (Geldard y Geldard, 2002; Nelson-Jones, 2005) (véase en el capítulo 3, observación directa).

2.4.5. Lenguaje y comunicación

La mayor parte de la terapia con el niño se desarrolla por medio de la relación y el lenguaje (la evaluación y tratamiento). El lenguaje es la forma más habitual de intercambiar información. Sin embargo, los niños que acuden a consulta no siempre poseen un desarrollo lingüístico que les permita contar directamente lo que les sucede. En ocasiones, por falta de dominio de la lengua y de los términos que se usan para nombrar las emociones o sucesos que les ocurren. Y en otras porque las emociones no les permiten expresarse como quisieran.

El tipo de lenguaje que el niño produce aporta al terapeuta información valiosa sobre su forma de ser. Su deseo de comunicarse, la manera en que transmite la información, el tema o temas que selecciona para iniciar la interacción, qué siente, piensa, cómo se expresa, etc., todo ello indica su capacidad cognitiva, el modo de relacionarse con su medio y la actitud con la que afronta en el día a día los problemas que le surgen. El clínico, por tanto, necesita estar muy atento a observar la conducta comunicativa del niño y los diferentes aspectos de su lenguaje.

Evidentemente para que se produzca la comunicación fluida el niño tiene que comprender el lenguaje del adulto y requiere que éste se adapte a su nivel de lenguaje y conversación. Con los padres o familiares, el psicólogo será igualmente sensible a su capacidad de comprensión y nivel de conocimiento, para que puedan seguir la conversación sin descifrar la jerga técnica del terapeuta. Para facilitar la expresión espontánea del niño se requiere una situación agradable, sin presiones, en la que el adulto no intervenga activamente preguntando o sugiriendo temas, sino más bien esperando e intentando seguir el interés del niño (actividades, temas de conversación o juegos) y reforzar sus iniciativas. En esta misma línea, para favorecer el lenguaje del paciente no se deben hacer correcciones sobre posibles errores o formas diferentes o mejores de su expresión (Miller, 1991; Nelson-Jones, 2005; McCaunghy, 2005).

2.4.6. Comunicación

La forma en que se comunica el niño y cómo utiliza el lenguaje refleja diferentes aspectos de su desarrollo. Además de su forma de pensar, puede significar dificultades y, en algunos casos, síntomas de patología. El adulto observará la capacidad del niño para comunicarse, su deseo de interactuar y las habilidades conversacionales que muestra para iniciar o mantener el diálogo. Asimismo, examinará si su lenguaje es estereotipado, repetitivo o discordante entre el contenido lingüístico y la expresión facial. También, atenderá a las alteraciones que el niño pueda presentar en la percepción sonora y el uso de la prosodia, ya que son síntomas que con frecuencia pueden indicar la presencia de determinadas patologías (espectro autista) (Frith, 1991) (véase capítulo 1, cuadro 1.2, desarrollo evolutivo por áreas y edades).

2.4.7. Reforzar

El refuerzo es uno de los recursos imprescindibles en todo el proceso terapéutico. La valoración le transmite al niño apoyo y le da seguridad para continuar la tarea y facilita el establecimiento de una buena relación. El comienzo de la interacción es básico para favorecer la disminución paulatina del temor o la ansiedad que suelen mostrar los niños.

Ahora bien, es preciso que la forma de reforzar el psicólogo la lleve a cabo de manera sincera, natural y espontánea. La sinceridad es imprescindible a la hora de valorar cualquier característica del niño ya que perciben con facilidad la adulación o el exceso de elogios. Se puede practicar desde diferentes aspectos, como reconocer lo acertado de un comentario, la decisión de escoger un juguete o, simplemente, repetir las emisiones del niño, dándoles una entonación de reconocimiento. Y para estimular la expresión espontánea y el apoyo de las iniciativas se usan palabras cortas, gestos o interjecciones («uhm»; «ya») que alienten al niño a continuar.

2.4.8. Hacer preguntas apropiadas

La forma en que se realicen las preguntas es fundamental para una relación fluida y si son adecuadas facilitan la obtención de información relevante durante la evaluación, la entrevista y el tratamiento. En general, cuando se pretende que una persona se estimule a hablar, el formular una pregunta tras otra (tipo interrogatorio) no es la mejor manera de que ésta se sienta cómoda y se comunique. Con los niños sucede algo similar, aunque están acostumbrados a que se les hagan preguntas directas, que no suelen animar su comunicación.

Un objetivo fundamental de la terapia es facilitar la expresión espontánea del niño. Los adultos suelen utilizar un método de conversación que tiende a obligar al niño y si se encuentra presionado no será fácil que se exprese. Por tanto, es preferible que el niño participe de forma activa en la conversación sin ceñirse al esquema pregunta-respuesta (véase en capítulo 3, entrevista semiestructurada).

2.4.9. Parafrasear

Asimismo, se puede obtener información adicional, dando muestras de escucha activa e interés si se parafrasea o repite la frase o palabras que el niño utiliza en su respuesta. Por ejemplo:

N: «Ana y María no quieren jugar conmigo en el recreo».

T: «¡Ah!, ya veo que Ana y María no quieren jugar contigo en el recreo».

Con la repetición de la emisión del niño se pasa el turno de palabra de nuevo al niño, para que él continúe hablando (véase en capítulo 3, entrevista semiestructurada).

2.4.10. Repeticiones

Cuando el terapeuta está dando información o explicando algún tema al niño o a los padres, es necesario que repita los aspectos básicos. Las repeticiones pueden variar en su formulación, pero deben ceñirse al mismo contenido con el objeto de mejorar la comprensión del mensaje del paciente (véase en capítulo 3, entrevista semiestructurada).

2.4.11. Aclaraciones

El clínico puede utilizar aclaraciones para precisar posibles confusiones o comprender mejor al niño o a los padres en la descripción de un evento; además, se pueden usar para asegurarse de que hayan entendido bien el mensaje o pedir que añadan más datos. Asimismo, facilitan la comunicación con el niño y a su vez puede percibir que el adulto sigue sus explicaciones y busca puntualizar una parte concreta de su exposición (Nelson-Jones, 2005; McConaughy, 2005) (véase en capítulo 3, entrevista semiestructurada).

2.4.12. Resumir

La habilidad para resumir es una técnica que sirve para clarificar y devolver la información al niño (o los padres) de lo explicado. Igualmente es conveniente, cuando el clínico ha estado escuchando largamente al niño, hacer resúmenes para confirmar la comprensión de lo que dijo. Los resúmenes también facilitan que el niño continúe con un tema comunicando sus impresiones. El terapeuta en el resumen recopila las ideas principales o las emociones del niño y las expresa con sus propias palabras, mostrando la aceptación del relato. También es útil para iniciar o cerrar un tema, finalizar la conversación, resaltar los puntos clave y como cierre de la sesión (Zwiers y Morrisette, 1999; McConaughy, 2005).

2.4.13. Lenguaje corporal

En una interacción la persona percibe la disponibilidad emocional y el interés de su interlocutor básicamente por medio del lenguaje corporal. El lenguaje no verbal indica si es receptivo y está centrado en su conversación. De la misma forma, lo primero que un niño percibe es la conducta y actitud que el terapeuta manifiesta con sus gestos y movimientos corporales. Los niños, desde muy pequeños, están acostumbrados a observar a los adultos en sus comportamientos, especialmente en aspectos no verbales para orientarse en multitud de ocasiones. Los gestos y actitudes corporales indican gran parte del contenido y del modo en que el adulto entiende la relación, si le comprende, si está interesado, si le apoya, o si dispone de tiempo (Barreda et al., 1997; Cormier y Cormier, 2000; Nelson-Jones, 2005):

- ⇒ *Ponerse a la altura del niño:* Desde el inicio de la interacción es fundamental ponerse a la altura del niño. La situación de evaluación, de juego o terapia debe estar acondicionada para que niño y terapeuta se relacionen manteniéndose al mismo nivel y viéndose durante la sesión.
- ⇒ *Mirada y contacto visual:* Generalmente el terapeuta y el niño (con jóvenes o padres) suelen mantener frecuente contacto ocular. La mirada es muy importante en la expresión de sentimientos y transmite significados emocionales de la persona. A través de la mirada, y su orientación, se percibe su estado de ánimo; si el niño está atendiendo, pensativo, retraído, si tiene interés o está emocionado. Asimismo, observándole se obtienen claves de su forma de ser y de sus reacciones. Sin embargo, el psicólogo cuidará de no mantener la mirada fija en el menor, ya que indica una actitud severa o exigente que puede intimidar al niño. También hay que tener en cuenta que, a medida que la relación terapéutica evoluciona, la mirada puede variar y hacerse más constante.
- ⇒ *Expresión facial:* La expresión facial transmite datos relevantes de las emociones del terapeuta y del niño. Además de la mirada, los gestos de la boca. Los niños son muy sensibles desde muy temprana edad y están muy atentos a las expresiones del adulto, ya que son fuente de significados y mensajes de su conducta y de la situación. Como ya se ha comentado, las expresiones deben ser congruentes con el sentimiento del terapeuta y a su vez estar acordes con el tipo de conducta o emoción que el niño muestre. Un niño muy inhibido o serio se puede retraer en su conducta verbal y no verbal en la relación con un adulto muy expresivo.
- ⇒ Igualmente, el terapeuta debe recordar que la expresión también tiene que variar en función de la conducta del niño o el adolescente. Por ejemplo, ante una información dolorosa o llanto del pequeño, la expresión debe ajustarse a la emoción que está expresando y que indique empatía y comprensión, pero que no minimice el sentimiento o lo aumente con excesivo abatimiento.
- ⇒ *Gestos y movimientos:* La velocidad y el ritmo a la que el clínico se mueve producen efectos en el niño o en el adolescente (y en los padres). Cuando el terapeuta siente

ansiedad, sus movimientos pueden delatar su estado de tensión o de ánimo. El gesto y el movimiento deben transmitir tranquilidad al niño o adolescente y no ser un factor de tensión en la interacción. La forma de colocar las cosas en la mesa, los cambios de material, los tiempos que se dan al niño o el adolescente para actuar pueden generar presión de tiempo y provocar tensión en la sesión (Barreto et al., 1997; Geldard y Geldard, 2002; Cormier y Cormier, 2000; Nelson-Jones, 2005).

- ⇒ *Postura y orientación:* Habitualmente la postura en las sesiones y entrevistas con niños en edad escolar es frente al psicólogo, de modo que ambos se vean y establezcan contacto ocular. La postura del clínico será relajada y abierta, orientada hacia él, sin inclinarse hacia los lados o hacia atrás. Con los más pequeños, también se mantendrá una postura que facilite el contacto ocular entre los dos, aunque la sesión transcurra en una situación de juego en el suelo o mesa pequeña.
- ⇒ *La distancia:* La distancia entre el terapeuta y el paciente varía en función de las características personales del niño o el joven. Al comienzo conviene observar su conducta, la forma en que se sitúa ante el adulto; la confianza, sociabilidad, apertura o inhibición del niño o adolescente suelen influir en la distancia que acepte. Por tanto, la distancia a la que el adulto se sitúa puede inducir a sentir distanciamiento.

Aunque los niños pequeños suelen aceptar mejor la cercanía, hay otros que se sienten incómodos o la rechazan y sólo después de un tiempo son capaces de aceptar la proximidad, que a veces varía desde el comienzo de la primera sesión o de la entrevista. En general, los chicos mayores o adolescentes se mantienen más distantes. Igualmente existen factores culturales a tener en cuenta y diferencias respecto a sexos. Habitualmente una distancia entre los interlocutores a cada lado de una mesa (de unos 80 cm) suele ser adecuada (Geldard y Geldard, 2002; Cormier y Cormier, 2000; Nelson-Jones, 2005).

- ⇒ *Contacto físico:* Al igual que con la distancia corporal, el niño pequeño suele aceptar más el contacto físico; habitualmente, cuanto mayor sea el niño hay que ser más cuidadoso y observar en qué medida lo acepta o evita, e iniciar contactos ligeros o breves y en zonas como el brazo, el hombro o la espalda. Las manos o la cara son más sensibles y transmiten mayor intensidad. En los casos en que la situación requiera mostrar gran apoyo, el contacto físico es apropiado, aunque es posible también indicarlo por la postura y la mirada.

2.4.14. Entonación y velocidad del habla

La actitud corporal del terapeuta varía de una persona a otra. La forma de expresarse en el lenguaje corporal es reflejo de la forma de ser y es especialmente importante en la relación con los niños. Durante los primeros años se guían por el lenguaje no verbal para orientarse en la relación con los adultos. De esta forma todos los aspectos paralingüísticos adquieren una

importancia decisiva. Para un niño preescolar el tono de voz y la entonación marcada con amplias inflexiones favorecen la comunicación y la comprensión del adulto. En especial con los más pequeños el uso del habla infantil (*baby talk*) con características similares a las que usan las madres con sus hijos ayuda a establecer la relación.

Asimismo, es fundamental, para captar la atención y que el niño comprenda, utilizar gestos que sean apoyos visuales del lenguaje verbal que se esté usando. Cuando se sospeche de dificultades de comprensión, de atención o baja capacidad, conviene acompañar la palabra con recursos gestuales y otros canales sensoriales y prestar especial atención al contacto visual. Por el contrario, con niños mayores y adolescentes hay que cuidar de no marcar de forma acusada la entonación y tener un discurso con entonación adecuada al sentido del tema. Los chicos se sienten infravalorados en edad cuando el tono es similar a niños menores.

Para que el terapeuta se asegure la comprensión del niño debe reducir la *velocidad* del habla. En la evaluación o en la intervención hay que recordar que los conceptos e ideas que se transmiten no suelen ser temas habituales de conversación para el niño y requiere tiempo para procesar. De la misma forma se mantienen los turnos de habla en la conversación, respetando al niño en la toma de iniciativa y dando tiempo para que responda al terapeuta. Se debe lentificar el habla, con una vocalización clara, marcando la entonación. Es necesario intercalar pausas durante el discurso indicando el clínico el paso del turno al paciente para que continúe hablando. Debe mantenerse también un tono de voz agradable (Habilidades personales con padres se encuentran en el capítulo 4) (Cormier y Cormier, 2000; Nelson-Jones, 2005).

2.4.15. Apariencia personal

El arreglo personal del clínico transmite información para el chico y la familia. Informa de la importancia que da el adulto al arreglo y cuidado de sí mismo. La forma en que un adulto se arregla (incluyendo el peinado) depende también de contextos culturales y varía entre sexos. No todos los padres aceptarían un terapeuta con determinados objetos en su físico.

Un padre comentó no confiar en un terapeuta porque consideraba que su vestimenta no era la adecuada a su profesión.

En nuestro país hay grandes diferencias en las diversas comunidades y contextos sanitarios o educativos en la forma de vestir. Sin embargo, en términos generales conviene adaptarse al lugar donde se trabaja y manteniendo el terapeuta su forma personal, pero respetando a las personas que suelen acudir a consulta.

En general, el terapeuta debe usar ropa profesional adecuada, en función del ambiente en el que trabaja y la población que atiende. En el caso de los niños o jóvenes el vestido y arreglo debe ser más informal, aunque también hay que pensar en la imagen que se proporciona a los padres que acuden con ellos. Una forma de vestir excesivamente formal puede dar la

impresión de distancia para el niño y para los padres escasa comprensión de los intereses infantiles (especialmente con los más pequeños). Por otra parte, un arreglo muy informal puede inducir a los padres desvalorizar al terapeuta y al niño a creer que es una situación de juego (Zweirs y Morrisette, 1999; McConaughy, 2005).

2.5. ACTITUDES A CONTROLAR POR EL TERAPEUTA

La Organización Mundial de la Salud y la bibliografía actual se plantean posibles tendencias que un terapeuta puede desarrollar en el ejercicio de la profesión clínica y en la relación terapéutica. Todas ellas son aplicables para el psicólogo que trabaja con niños y jóvenes y con sus familiares.

Entre paciente y terapeuta se va formando a lo largo de la terapia una relación especial que no se da en otras relaciones interpersonales. El marco de la terapia permite al psicólogo conocer temas íntimos del paciente, de la historia personal del niño y de su familia, y muestra su vulnerabilidad frente al terapeuta. Sin embargo, el clínico no aporta a la relación sus propios problemas ni deja en evidencia su situación personal y se centra en atender las necesidades del chico o de la familia. En esta interrelación es necesario que el terapeuta sepa controlar determinados errores a lo largo del proceso, por ser asimétrica y situar al terapeuta en una situación de ventaja ante el paciente, máxime si es un niño o un adolescente. Además de los aspectos éticos, ya planteados, es necesario que el clínico esté atento a posibles tendencias personales que puedan aparecer en la relación, y a evitar que sus propios sentimientos y temas emocionales puedan interferir en la terapia, sin percibirlo o ser consciente de ello.

De esta forma se tendrán en cuenta aspectos como:

- ✓ Manejar la información privilegiada con finalidad terapéutica. No recoger información que exceda a la necesaria para ayudar al niño o a los padres.
- ✓ Ser consciente de la posición desigual y privilegiada que posee el clínico en la relación. No olvidar su situación de poder, por la relación de confianza y de ayuda que estableció con el chico o sus padres, proporcionando consejo y guía de actuación.
- ✓ En estas condiciones es importante estar atento a no interferir en los valores de los padres o del niño, no querer controlar la conducta del niño o los padres en función de los criterios personales del terapeuta. No mostrarse autoritario, o buscar controlar al paciente (Kanfer y Schefft, 1988; Kanfer y Goldstein, 1991; Ruiz y Villalobos, 1994).
- ✓ Para poder prevenir estas actitudes es preciso ser consciente de estos riesgos y mantener una actitud crítica de la propia actuación. El aumento del conocimiento que el terapeuta tiene de sí mismo aminorará estos problemas, así como la reflexión consciente de su trabajo diario.

A continuación se detallan los errores comunes que el terapeuta debe evitar en la relación terapéutica (OMS) (cuadro 2.2).

CUADRO 2.2

Errores comunes en la relación de ayuda

Errores comunes en la relación de ayuda. Organización Mundial de la Salud (citado en Barreda et al., 1997):

- ⇒ Dirigir y encauzar. Controlar en vez de permitir y estimular que el paciente exprese sus sentimientos y necesidades.
- ⇒ Juzgar o valorar mediante afirmaciones que indican que el paciente no alcanza a cumplir las normas del terapeuta.
- ⇒ Moralizar, predicar o mostrarse paternalista, diciendo a las personas cómo deberían comportarse o conducir su vida.
- ⇒ Etiquetar y diagnosticar, imponiendo a la persona una etiqueta o categoría en lugar de tratar de averiguar cuáles son sus motivaciones, sus miedos y sus ansiedades.
- ⇒ Utilizar palabras tranquilizadoras injustificadas, distrayendo la atención del paciente de un tema y frivolizando. Tratar de inducir un optimismo indebido tomando a la ligera la propia versión que ofrece el paciente de su problema.
- ⇒ Rechazar los sentimientos del paciente. Decir que deberían ser diferentes.
- ⇒ Dar consejos antes de que el paciente haya tenido la suficiente información a tiempo para llegar a una solución personal.
- ⇒ Someter a interrogatorio. Hacer preguntas en sentido acusatorio. Las preguntas con «¿por qué?» implican habitualmente acusación.
- ⇒ Estimular la dependencia, es decir, sobrevalorar la necesidad que tiene el paciente de la presencia y guía continua de la persona que le ayuda.

3. HABILIDADES ESPECÍFICAS EN EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

PARTE I: EVALUACIÓN

3.1. ASPECTOS PREVIOS SOBRE LA EVALUACIÓN

Para la evaluación y la intervención clínica el psicólogo tiene que desarrollar competencias y conocimientos adicionales, que le permitan abordar estas funciones con efectividad (véanse capítulos 1 y 2). Estas habilidades *específicas* son necesarias para evaluar la conducta, realizar un diagnóstico, conceptualizar el caso y articular un programa de intervención. Además, incluyen otras capacidades concretas, de interacción con el niño, de barajar diferentes recursos a fin de obtener información en una entrevista con el niño y saber captar sus pensamientos, emociones e inseguridades.

3.1.1. Conceptualización

El terapeuta en la evaluación e intervención analiza los aspectos cognitivos y la conducta del niño y del adolescente, considerando también su desarrollo (conductual, emocional y social) y el ambiente en el que se desenvuelve, especialmente sus padres (estilos educativos, crianza, etc.). Con estas premisas, además del análisis funcional (antecedentes y consecuentes) de su conducta, podrá realizar una evaluación, formular hipótesis sobre cómo está funcionando el niño y su problema, para después de analizar e integrar toda la información, elaborar un plan de actuación específico, ajustado a ese caso en concreto (*conceptualización*). El psicólogo programará cómo producir un cambio en la conducta y en las cogniciones, así como llevar a la práctica lo aprendido en la sesión terapéutica y trasladarlo a la vida diaria del chico (Cormier y Cormier, 2000; Kendall, 2006; Friedberg y McClure, 2010) (cuadro 3.1).

Esta forma de analizar la información requiere del terapeuta tener diferentes conceptos teóricos claros, entre otros el paradigma operante y clásico, la teoría del aprendizaje social y conocimientos sobre conceptos cognitivos básicos (Cormier y Cormier, 2000; Friedberg y McClure, 2005).

CUADRO 3.1

Componentes de la conceptualización del caso (Friedberg y McClure, 2005; Cormier y Cormier, 2000)

- ⇒ Definir el problema.
- ⇒ Obtención de datos.
- ⇒ Desarrollo y psicopatología.

- ⇒ Variables del contexto cultural.
- ⇒ Historia de aprendizaje.
- ⇒ Estructura cognitiva.
- ⇒ Análisis funcional de la conducta.
- ⇒ Síntomas:
 - Fisiológicos.
 - Emocionales.
 - Sociales.
 - Conductuales.
 - Cognitivos.

3.1.2. Diagnóstico

Con estos datos el psicólogo puede concluir con un diagnóstico del trastorno, después de haber observado los síntomas y manifestaciones clínicas del problema del niño y categorizarlo según una clasificación diagnóstica y en función de la edad (CIE-10, 1992 y DSM-IV-TR; DSM-V; APA, 2002, 2013).

Diagnóstico abierto

Sin embargo, en los niños pequeños es frecuente no poder dar un diagnóstico cerrado. Hay que tener en cuenta que la evolución del niño puede influir en modificar el problema que presenta en ese momento, por lo que no siempre es posible establecer un diagnóstico o determinar relaciones diferenciales o comorbilidad con otras alteraciones. El niño está sujeto a los cambios que se pueden producir en el desarrollo, en el ambiente y por el tratamiento que se realice. Esto implica plantear un «*diagnóstico abierto*» o «*hipótesis de trabajo*», más que una decisión confirmada. No obstante, se puede estimar la gravedad, el riesgo de mantener el problema y el pronóstico del caso. Esta valoración se realiza en función de los criterios que posea el terapeuta después de la evaluación (Ollendick y Hersen, 1993; Holmbeck y col., 2010; Young, Davison y Gross, 2010).

Impresiones clínicas

Un aspecto básico es que el terapeuta sea cauto a la hora de fiarse excesivamente de sus propias impresiones clínicas en la evaluación y diagnóstico. Aunque se trata de generar hipótesis desde el comienzo, afirmaciones como «*sabía que tenía un problema de atención porque se ve en su mirada*» parecen sobrevalorar el «*ojo clínico*» del psicólogo. Es necesario, por tanto, comprobar las hipótesis que se plantean, ya que generalmente estas primeras impresiones no siempre coinciden con la realidad del niño. Actitudes poco precavidas pueden equivocar el diagnóstico al dejar de investigar áreas u obviar información básica para llegar a una conclusión (Zweizs y Morrisette, 1999).

Por otro lado, supone una actitud poco ética acceder a la demanda ocasional de algunos

padres de comenzar el tratamiento por «ganar tiempo», sin una valoración previa, ya que no se asegura el conocer el alcance del trastorno del niño y sus implicaciones en otros contextos, sin tener los datos fundamentales para fijar objetivos de la intervención y jerarquizarlos en función de su importancia. Asimismo, es necesario contar con la participación del niño para realizar el diagnóstico (Ollendick y Hersen, 1993; Holmbeck y col., 2010).

3.1.3. Aspectos éticos

En la práctica el psicólogo debe mantener una serie de normas y requisitos legales para proteger los derechos de los menores con relación a la evaluación y el tratamiento. Por su condición legal dependiente, los niños no pueden dar su consentimiento para aceptar el proceso terapéutico y en su lugar deben hacerlo los padres. Éstos deben firmar un consentimiento de los datos que proporcionen, así como de las grabaciones u otras formas de información que se obtengan por el terapeuta; y en el caso de niños mayores o adolescentes deben ser consultados para dar su aceptación (esta parte se verá en el capítulo 5).

3.2. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS PARA EVALUAR

Las habilidades del psicólogo en el proceso de evaluación varían en función de las diferentes fases (clínico, diagnóstico, intervención, investigación, etc.). Cada una de ellas requiere conocer y utilizar recursos y técnicas y ser competente para seleccionarlos (Sattler, 2003; Hupp, Jewell Reitman y Leblanc, 2010).

En la evaluación de un niño de 4 años con problemas de conducta será primordial obtener información de la interacción de la madre con el niño; sin embargo, en un problema de ansiedad de una adolescente la información que proporciona la misma chica es básica para comprender sus dificultades.

3.2.1. Conocer el trastorno

El psicólogo, antes de evaluar o intervenir, debe tener conocimiento del trastorno, los síntomas que lo describen, cómo se inicia, antecedentes, aumento y disminución del problema y mantenimiento del mismo. Igualmente, conocerá cómo evolucionan los síntomas y los subtipos de cada patología concreta, lo cual es conveniente revisar si se tiene conocimiento del tipo de problema antes de iniciar la evaluación (Kazdin, 1997).

3.2.2. Atender al desarrollo

Ya se ha comentado la importancia de considerar el nivel de desarrollo en el trabajo psicológico con niños y adolescentes. Las áreas básicas a examinar son: cognitiva (por

ejemplo, razonamiento, verbal, no verbal, memoria, funciones ejecutivas y conocimientos generales); comunicación (por ejemplo, verbal y no verbal); motora (por ejemplo, gruesa y fina e integración visomotora); adaptativa (por ejemplo, alimentación, sueño, control de esfínteres), y social (por ejemplo, juego, relaciones, etc.).

Para diferenciar el desarrollo normativo de la patología el terapeuta deberá conocer las pautas evolutivas esperables a cada edad de manera general. Igualmente sabrá los límites de los hitos evolutivos y cómo éstos pueden oscilar ampliamente de un niño a otro y que el desarrollo y la maduración no se producen de manera regular. Considerará también la influencia ambiental, la estimulación recibida o la exposición a situaciones conflictivas o amenazantes, así como a todos aquellos factores que hayan podido afectar o retrasar su desarrollo (Méndez, Espada y Orgilés, 2006; Holmbeck y col., 2010; Young y col., 2010).

Para determinar retrasos o desviaciones del desarrollo normativo es conveniente apoyarse en cuadros del desarrollo, aunque el clínico tenga presentes los indicadores más importantes (véanse cuadros 1.3 y 1.4 capítulo 1. Desarrollo evolutivo por áreas y edades). Para tener datos estandarizados del nivel del niño, en diferentes áreas, se pueden utilizar escalas de desarrollo (como Escalas Bayley, III; Battele, 2000), que habitualmente evalúan diferentes áreas evolutivas: cognición, comunicación, lenguaje, adaptación social, motricidad fina y motricidad gruesa (véase en este capítulo: evaluación).

3.2.3. Observar la vinculación con los padres

En la psicopatología infantil se ha planteado la importancia de la relación temprana madre-hijo como una vinculación primordial para el desarrollo emocional posterior del niño (Bowlby, 1969). Estudios relacionados con la teoría del vínculo han encontrado conexión entre la conducta de la madre y la forma en que su hijo se vincula a ella. En estos trabajos se plantea que unas pautas de crianza y afecto poco coherentes o inconsistentes pueden asociarse con una vinculación ansiosa e insegura en el pequeño. Esta relación temprana inadecuada puede suponer un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en el niño, en el aspecto socioemocional. Por el contrario, un vínculo afectivo fuerte se desarrolla cuando se proporciona al niño el soporte de seguridad que le permite establecer relaciones con otras personas de su entorno, lo cual sienta las bases para un desarrollo emocional ajustado en el futuro.

Por tanto, desde el comienzo de la evaluación y a lo largo de ella es preciso observar la relación del niño con sus progenitores y la interacción que muestran especialmente en los pequeños en los patrones de despedida, separación y reencuentro (Marvin y Greenberg, 1982).

3.2.4. Utilizar instrumentos fiables

Los instrumentos que se utilicen deben ser fiables y adecuados para la edad del niño. Los

tests estandarizados con evidencia de validez y fiabilidad proporcionan la seguridad de que la descripción de las características del niño y sus problemas está apoyada en una información objetiva y lo más fiel posible. Asimismo, los instrumentos y recursos que se utilicen en la evaluación se encontrarán dentro del rango de la edad de desarrollo del niño (aunque no coincida con la edad cronológica), para que los materiales, imágenes o contenidos sean adecuados a su nivel de desarrollo cognitivo, emocional o lingüístico. La falta de comprensión del lenguaje de los ítems del test por el niño puede alterar su rendimiento y los resultados. Los instrumentos y otros materiales se adaptan a edades cada vez más tempranas (preescolares) proporcionando estímulos visuales menos abstractos que los utilizados para los escolares o adolescentes (véase capítulo 5: aspectos éticos).

3.2.5. Variabilidad de la conducta

Generalmente los problemas que presentan los niños no se manifiestan de la misma forma e intensidad en todos los ambientes, ni con las mismas personas. A la hora de valorar la conducta de los niños es habitual que no haya un acuerdo claro entre padres, médicos y profesores (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987). En cada escenario pueden influir variables que introduzcan cambios significativos en la conducta del paciente. Esta falta de regularidad en el comportamiento puede ser clave para establecer relaciones sobre los factores que mantienen el problema del niño.

El aumento o disminución de una conducta en un entorno puede estar relacionada con la presencia de la madre, la atención del profesor o el castigo del padre.

El profesor refiere que en clase su alumno de 8 años muestra dificultades de atención cuando realiza tareas de aprendizaje y, por el contrario, los padres no han observado esta inatención cuando hace los deberes en casa.

Por otro lado, también es significativo que el niño muestre una conducta de forma estable o continuada en diferentes situaciones, con distintas personas y a lo largo de su desarrollo.

Un niño de 9 años comenzó a presentar problemas de fluidez del habla con 4 años y el problema persiste desde entonces hasta la actualidad.

Durante la evaluación se debe determinar cuáles son los factores que están incidiendo en los cambios de la conducta en el niño.

3.2.6. Fuentes y métodos diferentes

Estas características de la conducta obligan a obtener la información del niño de diferentes

fuentes (niño, padres, profesores, otros adultos significativos y contextos distintos). Estos datos proporcionan una mayor fiabilidad de la conducta del niño, ya que cada informante aporta una visión concreta del conjunto de áreas del funcionamiento general del menor, que pueden ser complementarias y útiles para conocer mejor cómo se presenta la alteración, sus características, en qué momentos aparece, aumenta, disminuye y cómo se desarrolla; y con ello valorar de forma más ajustada la conducta o el problema del niño (Hunsley y Mash, 2008).

Un niño pasa la mayor parte del día en el centro escolar, donde se relaciona con compañeros y el profesor puede valorar negativamente sus habilidades sociales con sus iguales. Por otro lado, los padres pueden observar otras competencias en la relación social con sus primos y amigos de casa y refieren no reconocer la dificultad que dice el profesor que muestra el niño en el colegio con sus compañeros.

Aunque los informantes discrepen, no quiere decir que tengan la intención de falsear los datos del niño. Es preciso que el psicólogo analice la información en función del contexto de donde procede y también tenga en cuenta la actitud y el papel que tiene el adulto cuando describe al niño. Parece que el acuerdo en valorar el comportamiento del niño entre distintos informantes de contextos similares presenta una correlación alta, de un 60 por 100 (entre dos padres o dos profesores), mientras que, cuando la información procede de personas que son de diferentes entornos, disminuye a un 28 por 100 (entre padres, profesores y profesionales de salud mental) (Sattler, 2003; McConaughy, 2005).

Métodos diferentes

La base de una buena evaluación estriba en encontrar relaciones entre la información aportada por diferentes métodos, técnicas e instrumentos (tests, entrevistas, cuestionarios, observación directa, autoinformes, escalas, etc.), de modo que los datos se puedan cruzar y, con ello, acercarse a las características del niño y poder comprobar las hipótesis planteadas. Cada técnica ofrece resultados distintos que son igualmente útiles ya que aportan datos importantes para la valoración final (Sapiro y Kratchowill, 2000).

3.2.7. Aspectos culturales

Dentro de la valoración es obligado considerar los aspectos culturales del niño y del adolescente. Los factores culturales tienen una gran influencia en la forma en que las familias conceptúan la evaluación y el tratamiento. Es necesario tener en consideración las diferentes costumbres, creencias y valores a lo largo del proceso de evaluación, en el uso e interpretación de las pruebas, etc. Asimismo, se deben tener en cuenta en el tratamiento del niño, así como en el tipo de orientaciones que se proporcionan a los padres y al colegio (Sattler, 2003; McConaughy, 2005; Holmbeck y col., 2010) (véase en este mismo capítulo la entrevista, y en el capítulo 4, Entrevista con padres, se amplía la información).

3.3. HABILIDADES PARA INICIAR LA EVALUACIÓN

Después de recibir al niño, se le lleva a la sala donde se realizará la evaluación. Se le anticipa qué se va a hacer y que, al finalizar, sus padres le vendrán a buscar (o se quedan esperando fuera si el niño es pequeño y tiene problema para separarse). Los niños de más edad suelen haber sido informados, pudiendo partir de la explicación que les dieron al preguntarles. En ocasiones, dicen no saberlo y, en otras, que vienen a «hacer un test». En cualquier caso, es importante aclarar el objetivo de la entrevista, que se relacionará con el deseo del terapeuta por conocerle, saber sus gustos y enseñarle *trucos* que pueda aprender para mejorar (el psicólogo debe incluir aquello que preocupe al niño o de lo que se habló con sus padres). Con niños mayores y adolescentes se deben detallar todos los aspectos de la evaluación con una explicación adecuada a su capacidad cognitiva (véase en este mismo capítulo: la entrevista).

En un niño preescolar: «Mira cuántas cosas tengo (enseñar juguetes, puzzles, pompas, muñecos, ordenador, etc., según la edad)» «Yo juego mucho con niños como tú/me gusta conocerlos». «Aquí vamos a jugar, pintar, me contarás de tu cole, de tus amigos, de tu casa y también hablaremos de lo que te gusta y lo que no».

3.3.1. Forma de comenzar la sesión

La forma de iniciar la evaluación dependerá de cada niño, de la información del problema que nos hayan dado los padres y de la actitud que muestre al encontrarnos con él. Al iniciar las actividades hay que procurar que le ayuden a relajarse, a tomar interés y que sean adecuadas a su nivel cognitivo y a las características de sus capacidades motoras, manipulativas y perceptivas. En general, hay que tener paciencia y esperar a ver cómo reacciona el niño dándole tiempo y espacio para adaptarse a la situación. Deben hacerse comentarios neutros y ofrecerle juegos o tareas que sean fáciles y familiares.

Al comienzo la interacción puede ir lenta y no hay que temer los silencios ni las pausas. Se debe evitar empezar saturándole con peticiones o preguntas. Los terapeutas poco expertos pueden mostrar esta actitud, influidos por la ansiedad del momento (por ejemplo: *¿cómo te llamas?, ¿a qué colegio vas? ¿Te gustan los...?*). También se pueden favorecer este tipo de actitudes cuando el niño es reticente a hablar o a participar. Es frecuente que, desde el principio de autoridad, el adulto crea que, por exigírselo, el niño hablará; o incluso a veces puede ocurrir que le trate de forzar con expresiones como: *«¿es que te ha comido la lengua el gato?»*. Estos intentos del adulto bloquean involuntariamente aún más las posibilidades de que el niño se comunique. El psicólogo deberá evitar estas aproximaciones comunicativas.

Cuando un niño es comunicativo y no se inhibe, suele ser fácil conectar desde el comienzo, porque es quien marca la pauta de lo que quiere y toma iniciativas en la sesión, aunque también es habitual que se retraiga al hablar con un adulto desconocido, y un bombardeo de

preguntas no favorece la interacción.

En la obtención de la información influyen diferentes factores, prioritariamente la relación o alianza terapéutica, pero también el formato de la sesión, el nivel de estructuración de las sesiones, la actitud del terapeuta, el material utilizado, etc., que se verán a continuación.

3.3.2. Establecer relación terapéutica con el niño

Como ya se vio (véase capítulo 1), la forma de establecer la relación es una competencia específica primordial para el terapeuta. Requiere favorecer una situación agradable siendo paciente, receptivo, afectuoso y flexible, especialmente al comienzo y primer día de evaluación. El evaluador creará un clima de acogida y aprobación hacia su participación. Mostrarse cordial y afectivo le ayudará a construir un vínculo con el niño. Durante la evaluación no se debe adoptar un rol terapéutico ni se deben modelar conductas. En consecuencia, se acepta su actitud sin hacer correcciones directas y se debe evitar el presionar. La acción se debe centrar prioritariamente en la interacción con el niño y tratando de adaptarse a su nivel, siguiendo su interés, en los materiales y temas de conversación que se vayan suscitando. Con estos datos se puede ir identificando lo que se le puede requerir a cada niño.

El terapeuta no se debe mostrar excesivamente solícito, ni reforzar indiscriminadamente la conducta del niño o pretender conseguir su aprobación. Actuará de manera tolerante y flexible, pero a la vez firme, estableciendo desde el principio las condiciones de la relación y manteniendo ésta acorde con las características del niño, siendo discriminativo. Estará atento a las reacciones del niño para adaptarse y usará las técnicas más adecuadas, es decir, reforzará las conductas que lleven a que el menor colabore en las actividades y eliminará las actitudes inadecuadas a la situación, sin realizar correcciones sobre su actuación. Esta actitud, centrada en el niño, ayuda al pequeño a adaptarse a la situación y reduce la probabilidad de reacciones emocionales.

En función del motivo de consulta, de la edad o de su experiencia, el niño puede sentirse más inclinado a establecer una relación con un psicólogo o psicóloga, o también preferir confiarse más a un terapeuta más joven o más cercano a su edad, como puede ocurrir con los adolescentes (Vernon, 2002; Sattler, 2003; McConaughy, 2005).

3.3.3. Cómo comenzar según la edad de desarrollo

Antes de los 3 años

- ⇒ Encontrarse un niño pequeño en una situación desconocida suele generarle ansiedad y desconfianza y es habitual que no se separe de sus padres en un primer momento.
- ⇒ Es infrecuente que se separe de la madre sin mostrar intranquilidad.

- ⇒ La conducta que muestre puede hacer referencia al tipo de vinculación del niño con su cuidador. Después de un tiempo interactuando con juegos o actividades, el niño se suele tranquilizar y puede distanciarse gradualmente de la madre/padres y establecer relación con el evaluador en presencia de la madre.
- ⇒ En el caso de que el niño no desee separarse, se realiza la valoración con la colaboración de uno de los dos progenitores, indicándole intervenir lo menos posible, para dejar que el niño reaccione espontáneamente en las tareas y aprovechar para ver la relación madre/padre-hijo mientras se deja al niño jugar con el padre o la madre.
- ⇒ Una vez establecida la relación con el niño, el terapeuta no debe intervenir de forma activa con preguntas, sugiriendo juegos o actividades.
- ⇒ El terapeuta estará atento a las iniciativas del niño y procurará seguirle en sus intereses.
- ⇒ Si el niño no participa o no juega, el terapeuta puede comenzar a jugar solo, en silencio, haciendo comentarios y/o preguntas generales sobre los juguetes, que no condicionen la respuesta del niño (Miller, 1991; McConaughy, 2005.).
- ⇒ El terapeuta se situará siempre al nivel del niño, manteniendo el contacto ocular y estará en disposición de adaptarse al niño si éste prefiere jugar en el suelo (Patterson y col., 2009).

Juegos

- ⇒ Los juegos habituales son objetos, construcciones y juguetes que representen su vida diaria (comida, dormir, jugar, aseo, etc., como taza, cuchara, muñeca, peine, leche, etc.).
- ⇒ Se realizan secuencias de juego corto y funcional: *servir la leche, remover el azúcar, dar de beber o acostar a la muñeca, o peinarse, etc.*, indican un juego funcional que será simbólico alrededor de los 24 meses. Cada juego puede durar entre 10 y 15 minutos.

De 3 a 6 años

- ⇒ Es probable que el niño sea capaz de entrar sin el apoyo de los padres, ya que ha iniciado la escolaridad.
- ⇒ Los niños temerosos o poco sociables quizá requieran la presencia de la madre o el padre.
- ⇒ Es conveniente situarse de frente al niño y a su mismo nivel.
- ⇒ Es necesario respetar sus rutinas (horarios de comida, sueño, etc.) para que no interfieran en las sesiones de evaluación.

Juegos

- ⇒ No se debe preguntar al niño si quiere jugar o no para evitar que se niegue.
- ⇒ El niño enlaza secuencias en el juego de forma corta y compleja repitiendo sus rutinas e

imitando al adulto o a otros niños.

- ⇒ Se pueden ofrecer diferentes opciones y esperar su iniciativa (Miller, 1981).
- ⇒ Para que la aproximación sea efectiva se presentan juguetes de su interés y por medio de ellos se establece la relación, hablando acerca de las cosas que se comparten con el niño.
- ⇒ Conviene esperar a recibir *feedback* del niño (Sattler, 2003; McConaughy, 2005; Patterson y col., 2009; Delfos, 2009).

Para la evaluación de un niño de 3 a 6 años hay que contar con que haya podido dormir suficientemente antes de llegar a la clínica y que el tiempo de juego y actividad no se prolongue más allá de la hora en que el niño está acostumbrado a comer.

Lenguaje

- ⇒ El clínico debe usar un vocabulario sencillo, frases cortas y directas con una entonación marcada y velocidad lenta.
- ⇒ Se prestará atención a la comprensión y al nivel del lenguaje del niño para adaptarse lo más posible a él.
- ⇒ Procurar usar nombres de personas en lugar de pronombres con los más pequeños.
- ⇒ Utilizar la comunicación gestual, con expresividad en la entonación y el lenguaje corporal.
- ⇒ Se inicia verbalizando lo mínimo posible (juego, pintura, plastilina, etc.) mientras se dialoga con el niño. No abusar de las preguntas y dar tiempo suficiente para que el niño conteste. «*Mira, yo juego con el Sr. Patato, se pueden poner las orejas aquí*».
- ⇒ Mantener el contacto ocular, evitando que sea continuado.
- ⇒ En los primeros momentos se puede hacer juego paralelo, utilizando poco lenguaje y con comentarios dirigidos a los muñecos u objetos presentes; especialmente si el niño es retraído.
- ⇒ Se debe alternar tiempo de habla y juego (10 a 15 minutos con juegos); se podrá ampliar la duración de la sesión con la edad (McConaughy, 2005).

«¡Qué bonito es ese coche!» «Mira, aquí hay otro», «El papá se monta...» (haciendo con los muñecos lo que se describe).

Atención

- ⇒ Es necesario cambiar de juego o tarea en períodos de tiempo cortos.
- ⇒ Los períodos atencionales pueden oscilar entre 5 y 15 minutos.
- ⇒ Hay que prever los tiempos del niño para evitar reacciones negativas si se cansa.

Refuerzos

- ⇒ Son efectivos los refuerzos primarios, aplicados a corto plazo, así como el refuerzo social o el contacto físico. En niños inhibidos o poco sociables es preferible reducir el contacto físico.
- ⇒ Ante falta de colaboración o reacciones emocionales, hay que mostrarse tolerante pero firme, usar la extinción y proporcionar refuerzos sociales por colaborar y participar en las actividades.

Duración y frecuencia de las sesiones

- ⇒ Las sesiones, ya sean de evaluación o tratamiento, deben ser cortas (30 minutos).
- ⇒ Los tiempos se reducen cuanto menor es el niño o ante trastornos graves.
- ⇒ Conviene fijar los horarios de consulta con regularidad para favorecer la asistencia y después de haber acordado los días y las horas.

De 6 a 11 años

- ⇒ Se puede comentar la situación de evaluación preguntando sobre las razones de la misma; por su capacidad cognitiva pueden comprender la situación de evaluación.
- ⇒ Es frecuente que el niño se sienta nervioso por ser una situación desconocida o por asociarla a una prueba de examen del colegio.
- ⇒ Cuando el niño toma la iniciativa a partir del tema, explíquele las razones de la evaluación.
- ⇒ Es recomendable explicarle que el objetivo de la evaluación es conocerle mejor para poder ayudarle después (Vernon, 2002; McConaughy, 2005; Sattler, 2003; Patterson et al., 2009; Thomson y Hersen, 2010).
- ⇒ La interacción y la comunicación se favorecen utilizando material de apoyo visual y gráfico.
- ⇒ Por medio del dibujo o de imágenes se facilita la comprensión y la expresión.

T: «Hola, yo soy (...) y tú te llamas Juan, ya lo sé, me lo han dicho tus padres. ¿Y a ti qué te han dicho? o ¿para qué has venido?».

N: «Nada».

T: «¿No te han dicho nada?».

N: «No sé, que venía a hacer unas pruebas...».

Lenguaje

- ⇒ El clínico tiene que adaptar su lenguaje al nivel lingüístico del niño y atender al tipo de relaciones que establece en la conversación inicial.

- ⇒ Si el niño usa un lenguaje adecuado para su edad, se pueden utilizar oraciones complejas, siempre que el tiempo de atención no indique reducir la longitud de las oraciones.
- ⇒ Es importante que el terapeuta no use una entonación exagerada o un volumen alto, para que el niño no se sienta considerado como niño menor y favorezca su rechazo.
- ⇒ El adulto debe reducir el número de preguntas directas, hacer comentarios sobre las cosas que se comparten, mientras se realizan las tareas.
- ⇒ Iniciar la conversación con temas relacionados con sus intereses o hobbies sin entrar al comienzo sobre sus dificultades.
- ⇒ Mantener el contacto ocular y ser expresivo con la comunicación gestual. Evitar un contacto ocular continuado.

Atención

- ⇒ Es necesario presentar diferentes tipos de tareas para comprobar el período de atención.
- ⇒ En ocasiones será necesario utilizar la técnica de control de estímulos para que el niño no se disperse.
- ⇒ En los más pequeños es conveniente intercalar tareas manipulativas o de juego para disminuir el cansancio y aumentar la motivación.
- ⇒ Evolutivamente el niño es capaz de mantener la atención en períodos más largos, con lo cual las sesiones pueden durar entre 50 y 60 minutos.

Refuerzo

- ⇒ A lo largo de la sesión el terapeuta reforzará regularmente con comentarios positivos sobre su colaboración, esfuerzo y con referencias a sus intereses.
- ⇒ Desde los 6 años el niño tiene mayor capacidad de demorar el refuerzo y prefiere realizar actividades de su interés como recompensa, más que golosinas (refuerzo primario).

Desde los 12 años y la adolescencia

- ⇒ Los adolescentes pueden sentirse incómodos en la situación a solas con un adulto y tener que revelar temas personales. El terapeuta tiene que establecer conexión con el chico para que confíe y se relaje.
- ⇒ El psicólogo debe estar atento a posibles cambios emocionales y buscar reducir su ansiedad en la situación.
- ⇒ Es conveniente aclarar directamente los detalles de la evaluación y el tema de la *confidencialidad*. El evaluador está obligado, especialmente con los mayores y adolescentes, a guardar unas consideraciones éticas que protejan al niño contra la revelación de información confidencial (véase capítulo 5).

- ⇒ Su capacidad de pensamiento abstracto le permite hacer y entender razonamientos complejos.
- ⇒ Al tener conciencia de su problema puede comentar sus dificultades o deseos de cambio y el terapeuta le puede ofrecer su ayuda en los aspectos que necesite para que confíe.
- ⇒ En ocasiones los chicos pueden intentar provocar al adulto, haciendo manifestaciones o dando opiniones atrevidas; ante lo que el terapeuta debe evitar reaccionar y dejarlo pasar para no entrar en su juego.

Lenguaje

- ⇒ El lenguaje puede ser complejo, aunque hay que evitar hacer comentarios o juicios basados únicamente en normas de los adultos, así como usar términos o vocabulario psicológico.
- ⇒ También puede ser efectivo utilizar el sentido del humor, sacar los temas de contexto o usar la exageración para que el chico vea su problema desde otra perspectiva... (Vernon, 2002).

Atención

- ⇒ Si la atención no es el motivo de consulta, un adolescente tiene capacidad para mantenerse concentrado durante períodos largos.
- ⇒ Los problemas emocionales también pueden generar dispersión.
- ⇒ Suele ser de ayuda con adolescentes (como con niños mayores) tener algo con lo que jugar durante la sesión, muelles, bolas de estrés u otros objetos manipulativos que pueden ayudar a relajarse y centrar la atención en un tema (Vernon, 2002; Patterson et al., 2009).

Refuerzo

- ⇒ Será generalmente es un refuerzo social y especialmente el terapeuta lo transmite por escuchar y mostrar respeto por sus puntos de vista y sentimientos, así como por agradecer su colaboración, esfuerzo o la conversación (Sattler, 2003; Weisz y Kazdin, 2010).

T: «Hola, ¿qué tal? Tú eres Juan, ¿verdad? Yo me llamo... ¿Cuántos años tienes?, porque te veo alto».

N: «Tengo 15 años».

T: «Vaya, hoy te has saltado las clases, ¿no?...».

T: «Bueno, ya sabes lo que vamos a hacer, te lo han dicho tus padres, ¿no?».

N: «Sí, que me ibas a hacer un test y que lo hiciera bien».

T: «¿Y tú estás de acuerdo en venir?»

N: «Sí».

T: «¿Y por qué tienes que hacer un test?»

N: «Porque me distraigo en clase».

T: «Bueno, pues, sobre eso creo que te puedo ayudar. ¿Sabes?, yo me dedico a ayudar a otros chicos como tú, cuando les cuesta alguna cosa. Pero para poder echarte una mano me gustaría que me ayudaras y me contaras qué te pasa, cómo lo ves tú; qué es lo que te preocupa, y cuando me haga a la idea de lo que te ocurre nos podemos poner de acuerdo en qué ideas/recursos (trucos) te pueden ayudar a mejorar/a cambiar/a avanzar.».

3.3.4. Recursos terapéuticos para la evaluación

En la evaluación el terapeuta necesita contar con recursos de materiales y técnicas para facilitar la motivación y colaboración del niño: son imprescindibles el juego, el dibujo o el apoyo con imágenes y representación de situaciones. (Estas estrategias se verán con mayor detalle en este mismo capítulo en la entrevista y evaluación cognitiva.)

Juegos

Utilizar material de juego apropiado es un recurso básico, ya que es el medio natural del niño. La forma en que el niño juega informa sobre diferentes aspectos de su nivel y habilidades. La complejidad del juego demuestra si es apropiado a su edad, si es funcional o simbólico. En el modo en que lo utiliza también indica su interés en investigar, la imaginación y la capacidad para crear cosas nuevas, revelando sus recursos cognitivos y creatividad. Igualmente aporta datos sobre su desarrollo social, en la medida en que interactúa con el adulto, le hace partícipe, comparte información y reclama su atención (Garaigordobil, 2003; Sattler, 2003; Delfos, 2009).

El evaluador puede dejar que el niño seleccione aquello que le motiva, y en sus preferencias, así como en la forma de jugar, refleja sus habilidades.

El niño que selecciona espontáneamente jugar con puzzles o construcciones probablemente presenta habilidades perceptivo-motoras y de psicomotricidad fina.

Con la adquisición del juego simbólico el niño observa e imita los modelos de otras personas y por medio de la imaginación «hace como si» fuera un otro y representa papeles ajenos (Sheridan, 1977; Garaigordobil, 2003; Scarlett et al., 2005). Diferentes juguetes y juegos estimulan áreas diferentes. El juego simbólico favorece la aparición del lenguaje espontáneo y la conversación. Este juego evoluciona con el avance del lenguaje, primero en solitario, con un objeto inanimado (una muñeca), y luego con un compañero. Los juegos motores y los perceptivo-manipulativos (pelotas, peonzas, etc.), que son más movidos, no centran la atención en el interlocutor e inducen menos a conversar, aunque sí son útiles para compartir actividad y aprender a establecer turnos con el adulto. Asimismo, el juego advierte de posibles problemas cognitivos, sociales o de patología en el niño.

Las dificultades ambientales también pueden alterar el juego por falta de oportunidades para conocer juguetes, para acceder a material adecuado para la edad del niño o para su nivel.

En su desarrollo puede haber tenido limitaciones en la interacción social o no haber tenido compañeros de juego, adultos o niños para poder compartir actividades y según su capacidad.

Los niños adoptados, que llegan a la familia adoptiva después de una estancia más o menos prolongada en una institución, muestran durante los primeros meses dificultades para jugar con objetos que no han tenido la oportunidad de conocer con anterioridad.

Conocer el material

Otra función del profesional es conocer los materiales y juegos que son adecuados para cada edad y saber utilizarlos. Los niños tienen intereses variados y con frecuencia seleccionan en función de los juegos que ven en el colegio o en la publicidad. Es básico que el terapeuta esté al día de esos y otros juegos populares para cada edad. Multitud de materiales (construcciones, pinturas, puzzles, muñecos, clicks, juegos de mesa, ordenador, videoconsolas y las aplicaciones de móviles más populares, etc.) son adaptables para organizar una amplia gama de actividades para distintas edades. Cada vez más los juegos informáticos están acaparando el interés de los niños, especialmente en los escolares y adolescentes. Aunque el tipo de juego o actividad es una motivación para el niño, algunos pueden apartarse del objetivo de la evaluación. Para psicólogos con poco contacto con el mundo de los niños se recomienda visitar comercios especializados, donde puedan conocer diferentes juegos típicos clasificados por edad.

Alternar comunicación verbal y no verbal

Con los niños y también con adolescentes se puede introducir una actividad interactiva, no verbal (dibujo, cuentos, imágenes, etc.). Aunque el niño tenga la capacidad para conversar no suele estar acostumbrado a mantener una conversación sin mediar algún juego. El estar dibujando, o realizando un puzzle, o manipulando un objeto, con frecuencia ayuda a los niños y los adolescentes a rememorar o relatar hechos. Con los preescolares es necesario introducir, desde el comienzo, materiales tangibles (muñecos, peluches, puzzles, construcciones, cuentos, juguetes, etc.) que pueda compartir con el evaluador, ya que favorece la comunicación mientras se va jugando (Miller, 1991; Sattler, 2003; McConaughy, 2005).

Apoyo visual: dibujos, lápiz y papel, imágenes

En el caso de niños pequeños se puede obtener información por medio de representación de imágenes. El apoyo visual facilita al niño la comprensión del lenguaje, de los conceptos, y los dibujos de situaciones o el juego con muñecos o juguetes (como el colegio, la casa, la familia, etc.) ayudan a que el niño exprese de forma indirecta lo que siente. A través de las imágenes se sugieren multitud de emociones y deseos y se favorece que el niño detalle las relaciones que tiene con las personas de su alrededor.

Con el dibujo kinético de la familia (Burns y Kaufman, 1978) que incluye, en el test tradicional de la familia, la petición de *acción*. Es decir, se pide al niño que represente a su familia «*haciendo algo*». A partir del dibujo se puede entablar una conversación interesante sobre diferentes aspectos de su familia, las relaciones, posibles problemas, etc. Asimismo, el psicólogo se puede referir a cómo ha realizado el dibujo y a su opinión sobre el mismo. Este método es un recurso para utilizar como medio de comunicación, pero no se puntúa ni se utiliza como método proyectivo.

T: «Pinta un dibujo de tu familia haciendo algo juntos» (¿Qué están haciendo?, ¿Con quién te gusta jugar más? ¿Qué está pensando...? ¿Está... contento/triste/enfadado? ¿Dónde se van a ir?...
¿Te gusta cómo te ha quedado? ¿Quién te ha salido mejor?... ¿por qué? ¿A quién se parece...? ¿Falta alguien en el dibujo?...

Igualmente se puede utilizar la prueba del dibujo de la figura humana de Goodenough (Harris, 1963). Se pide al niño que pinte otro y a partir de la imagen se puede establecer un diálogo o narrar una historia sobre esa figura; lo que le gusta, disgusta, lo que siente, etc. Paralelamente, se puede analizar y puntuar, como prueba, valorando con los diferentes elementos incluidos en el dibujo el desarrollo cognitivo del chico.

Con la representación de imágenes el niño plasma su capacidad simbólica e imaginativa con mayor facilidad que usando el lenguaje oral. Hasta muy avanzada edad los niños no son capaces de expresar con palabras una multitud de conceptos que sí pueden transmitir por medio del dibujo o de imágenes. Sin embargo, las representaciones aportan información valiosa, pero desde la perspectiva cognitivo-conductual no se utilizan de forma interpretativa. En la terapia el juego, además de usarse como favorecedor de la expresión, también se utiliza para entrenar habilidades difíciles y para enseñar formas de afrontamiento adaptativas o solución de problemas (Sattler, 2003; Scarlett et al., 2005; McConaughy, 2005; Friedberg y McClure, 2005; Delfos, 2009).

Representar situaciones y papeles: *role-playing*

Los niños pequeños expresan mejor sus vivencias por medio de acciones. En ocasiones, para una mejor comprensión de su experiencia y captar su punto de vista, se pueden representar situaciones de su vida diaria o de circunstancias especiales en las que el menor pueda reproducir actitudes y conductas de él mismo y de otras personas. Al reproducir situaciones fuera del contexto real se favorece la aparición de emociones y sentimientos. Igualmente, por medio de muñecos, marionetas, actuando él o el terapeuta es más fácil que el niño exprese lo que le ocurre, al contar o imaginar una historia. Asimismo, se pueden asignar papeles describiendo un ambiente concreto para que en ese medio surjan los sentimientos o conductas de forma espontánea.

La representación de roles ayuda al niño a identificarse con los personajes del juego y a

implicarse en la actividad y le permite practicar diferentes habilidades en un entorno seguro (Miller, 1991; Sattler, 2003; Friedberg y McClure, 2005; McConaughy, 2005).

T: «¡Ah!, María, me dices que mamá se enfada contigo... ¿y cómo hace para enfadarse?... Mira, te propongo un juego. Tú haces de mamá y yo de María, ¿vale?».

«Dime qué dijo el niño, y cómo se puso cuando te insultó. ¿Quieres que hagamos un teatro de cómo fue?».

3.4. LA ENTREVISTA

La entrevista clínica es uno de los recursos más utilizados en la evaluación y diagnóstico psicológico y uno de los instrumentos más frecuentes en distintos campos de la atención infantil, en educación (por profesores y orientadores escolares, etc.), en contextos psiquiátricos, sociales, etc. (Watkins, Campbell, Nieberding y Hallmark, 1995). Una entrevista clínica difiere de una conversación y de una entrevista psicoterapéutica (Sattler, 2003; McConaughy, 2005). Los estudios indican que entrevistar al niño es un aspecto fundamental en la evaluación clínica (Merrel, 2003; Sattler, 1998).

Los métodos que se utilizan actualmente no tienen relación con otros tradicionales (que todavía persisten en algunos ámbitos), en los que no se pone en duda que el niño tiene que contestar. Con frecuencia se puede observar en la vida cotidiana que el adulto inicia más un interrogatorio con el niño que una conversación, introduciendo temas que son de escaso interés para el menor.

Sin embargo, la comunicación con el niño puede ser fluida si se va estableciendo una interacción cercana y de confianza que dé paso a una relación estrecha que posibilite el diálogo. El psicólogo requiere en esta situación conocimientos sobre el funcionamiento del niño en diferentes edades, saber qué información puede proporcionar y poseer un entrenamiento eficaz en establecer contacto con niños.

En el ámbito de la psicología infantil se realizan entrevistas con los niños desde edades tempranas, también con los padres, con profesores o cuidadores de referencia en la vida del niño (véase capítulo 4). Todos los informantes que puedan aportar su punto de vista sobre las características del problema o del niño ayudan al terapeuta a formarse una imagen más objetiva y real del mismo; la información de cada uno de ellos proporciona una visión que acerca a las características del paciente (Zwiers y Morrisette, 1999; Cormier y Cormier, 2000; Martorell y González, 1997; Muñoz, 2005; McConaughy, 2005; Reeves Gross, 2005).

3.4.1. Objetivos de la entrevista

El objetivo prioritario es recopilar información relevante sobre el problema que presenta el niño, cómo se siente y cómo valora su dificultad, incluyendo aspectos cognitivos y emocionales. El psicólogo tiene que completar una serie de temas para determinar los

antecedentes y consecuentes del trastorno, hacer una conceptualización del caso, poder realizar un diagnóstico y el pronóstico del mismo. Con estos datos el psicólogo podrá responder al motivo por el cual se le derivó el caso (Sattler, 2003; McConaughy, 2005; Young y col., 2010).

3.4.2. Tipos de entrevistas

La entrevista clínica difiere del objetivo de otros tipos de entrevistas (forense, de investigación). La entrevista clínica pretende obtener información para evaluar los problemas conductuales o emocionales del niño y decidir la necesidad de intervención. Se han elaborado entrevistas *estructuradas* y *semiestructuradas* en el campo de la salud mental, mediante la recogida de información sistemática, para aumentar la fiabilidad de los diagnósticos (Hodges y Baker, 1990; González, 1997; González y Calvo, 1997; Reeves y Gross, 2005).

3.4.2.1. Entrevistas estructuradas

Éstas están orientadas a concluir en un diagnóstico con los criterios de una clasificación diagnóstica (DSM-IV o CIE-10). Están basadas en el entrevistado. El entrevistador debe seguir un orden en las preguntas (sin variaciones del vocabulario o redacción) y en las normas que se establecen para registrar las respuestas. Su estructuración permite estandarizar el instrumento y compararlo con datos normativos. Son entrevistas rígidas, en las que el entrevistador requiere un grado de entrenamiento para utilizar el instrumento (con frecuencia estar acreditado) y para mantener la fiabilidad del diagnóstico. Además de la entrevista para el niño o el adolescente, la mayoría de ellas tienen formas paralelas para los padres (o adulto) o el profesor. La duración de cada una se prolonga más de una hora para cada entrevistado. También se utilizan en el campo de la investigación o con fines epidemiológicos (Ezpeleta, 2002) (por ejemplo, la entrevista diagnóstica estructurada DICA-R, en versión española de Ezpeleta, De la Osa, Júdez, Doménech y Navarro, 1994).

Hacer un diagnóstico efectivo por medio de una entrevista requiere más recursos del evaluador que chequear síntomas y conductas de categorías diagnósticas. Se ha señalado la imposibilidad de que un instrumento experto (estandarizado o computarizado) pueda sustituir las habilidades avanzadas que requiere un psicólogo experimentado con conocimientos acumulados en la evaluación infantil (Hodges y Baker, 1990; Zwiers y Morrisette, 1999; Ezpeleta, 2002; McConaughy, 2005). Se citan algunas de las entrevistas estructuradas (véase cuadro 3.2.). (Para ampliar información se puede consultar Reeves y Grossen, 2005; Ezpeleta, 1990, 2002; Ezpeleta y col., 1994.)

CUADRO 3.2
Entrevistas estructuradas (adaptado de Reeves y Gross, 2005)

McKnew, 1981). Para niños y adolescentes desde 7 años hasta la adolescencia. Las preguntas abordan nueve áreas (imagen de uno mismo, estado de ánimo, ansiedad, comportamiento, escuela, actividades, amigos, familia y trastornos del pensamiento) e incluyen criterios DSM.

- ⇒ La «**Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia en niños de edad escolar**» (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children, K-SADS*; Puig-Antich y Chambers, 1978), o Kiddie SADS, es una entrevista semiestructurada para el diagnóstico de niños y adolescentes entre 6 y 18 años. Siguiendo el DSM-IV, incluyendo trastornos afectivos, psicóticos y conductuales.
- ⇒ La «**Entrevista diagnóstica para niños**» (*Diagnostic Interview Schedule for Children DISC*) es una entrevista estructurada (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000) para niños y adolescentes de 6 a 18 años. Evalúa criterios de las clasificaciones diagnósticas correspondientes al DSM-IV y a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a.
- ⇒ **DICA-R ENTHA**, versión española de la entrevista diagnóstica estructurada **DICA-R** (Ezpeleta, De la Osa, Júdez, Doménech y Navarro, 1994). Es la versión española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R; Reich, Shayka y Taibleson, 1991).
- ⇒ La «**Evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes**» (*Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA*); Angold et al., 1995), se utiliza con niños y adolescentes entre 9 y 17 años. Proporciona información diagnóstica correspondiente a los criterios DSM-IV y la CIE-10, así como datos sobre inicio, frecuencia y duración de los síntomas.
- ⇒ **ADI-R: «Entrevista para el Diagnóstico del Autismo Revisada»** (Rutter, Le Couteur y Lord, 1978), para edad mental mayor de 2 años. Entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista.

3.4.2.2. Entrevista semiestructurada

La entrevista *semiestructurada* tiene un formato más abierto de preguntas, orden y registro. Este formato depende más de las habilidades y experiencia del entrevistador. Le permite mayor flexibilidad para desviarse del orden y orientar la entrevista hacia temas relevantes o a ampliar respuestas. Es la que más se utiliza en la clínica infantil y adolescente. (Hodges y Baker, 1990). Para el diagnóstico específico de trastornos o síndromes concretos existen entrevistas semiestructuradas con preguntas orientadas a los síntomas específicos (espectro autista, TDAH, ansiedad, depresión, etc.). Estos instrumentos son de gran utilidad para usarlos después de una entrevista general previa (Humphreys, Feinstein, Marx, 2010).

3.4.2.3. Entrevista no estructurada

Este tipo de entrevista es totalmente abierta, sin una guía marcada previamente y una dirección escasa del clínico. Requiere habilidades especializadas del terapeuta; conocer ampliamente los temas que se tratan, para mantener la entrevista dirigida al objetivo y en función de la información que va proporcionando el paciente. Está más indicada en casos en los que hay que identificar problemas generales del paciente (Zwiers y Morrisette, 1999; Sattler, 2003).

3.4.3. Fiabilidad de la información

Hace años se consideraba que los niños no tenían la capacidad para informar de sus dificultades. A partir de los estudios evolutivos y la creciente investigación se están mejorando las técnicas de evaluación y de entrevista con niños. Actualmente se sabe que es

posible obtener información fiable directamente del niño, y que la fiabilidad aumenta con la edad. El niño es capaz de informar de sus experiencias subjetivas actuales y de situaciones dolorosas mientras que los padres refieren mejor las conductas externalizantes. También los niños son buenos informadores de problemas internalizantes (emociones), así como para delimitar las circunstancias del inicio de su problema, variaciones en intensidad y duración; igualmente son precisos en describir sintomatología depresiva en los autoinformes (Kazdin, 1990). Además, a partir de los 5 años pueden proporcionar información verbal detallada sobre variables fisiológicas que perciben. Los padres no saben a veces lo que le ocurre a su hijo (física o mentalmente) y con frecuencia se sorprenden, después de la entrevista con el niño, cuando se les comunican detalles sobre los sentimientos o las sensaciones físicas del niño.

No obstante, el terapeuta debe saber que los niños también pueden mentir en sus respuestas. Los estudios revelan que un alto porcentaje de niños (más los pequeños que los mayores y más niños que niñas), mienten o no dicen la verdad en los autoinformes (Achenbach y Rescorla, 2001, McConaughy, 2005). Sin embargo, estas respuestas falsas no siempre las hacen con intención de engañar y las realizan por distintas razones. Puede ser por dar una impresión determinada al entrevistador, por adquirir algún beneficio y otras por tener temor a que sus respuestas puedan ocasionarles problemas (consecuencias negativas, castigo o desaprobación). Asimismo, el niño puede tratar de negar recuerdos o sentimientos de situaciones incómodas o dolorosas para él (Hughes y Baker, 1990). En los niños pequeños las razones pueden estar relacionadas con querer imaginar una situación o también por faltarles palabras suficientes para expresar sus sentimientos. El entrevistador puede ayudar al niño a distinguir entre lo real y lo exagerado (o falso) de su descripción, preguntándole de forma indirecta (McConaughy, 2005).

«Esto que me cuentas ¿sucedió?, o ¿quieres que pase?»; o «Supongo que eso te habría gustado que sucediera»; o «Parece que fue muy impresionante lo que pasó».

Estos comentarios ayudan al niño a diferenciar deseos y realidad y a no tener que aceptar que no era cierto. Enfrentarse a los niños por posibles mentiras o exageraciones, por otra parte, puede ser contraproducente, porque suele llevarles a mentir todavía más para salvarse o defenderse de acusaciones o castigos. También puede llevar al niño a no seguir hablando para evitar la reprimenda.

3.5. ENTREVISTA CON EL NIÑO

El éxito de la entrevista está en función del conocimiento que tenga el terapeuta de la forma de pensar de los niños, de la conexión que haya conseguido con el paciente y de que cuente con la flexibilidad y sensibilidad para seguir al niño y guiarle en la conversación (Zwiers y

Morrisette, 1999; McClaughy, 2005).

Características del niño

En el ámbito clínico infantil el tipo de entrevista semiestructurada es la más utilizada y, si es productiva, proporciona una información valiosa del mundo personal y particular del niño. Se ha cuestionado la validez de la información de los niños cuando se les pregunta. Sin embargo, si el entrevistador está entrenado y dedica el tiempo necesario, se pueden obtener datos que no aportan los padres ni los maestros (Reynolds, 1993). Los estudios indican que es posible obtener información útil y fiable de los preescolares (de sus concepciones y experiencias) (Zwiers y Morrisette, 1999). Éstos están abiertos a expresar sus sentimientos y preocupaciones y tienden a mostrar flexibilidad para modificar su manera de comportarse que les ayude a reducir el estrés, aunque dependen del adulto para cambiar sus circunstancias (Delfos, 2009).

Hay que recordar que los niños no suelen ser conscientes de sus problemas y hay que ponerles en antecedentes del porqué de la entrevista y de forma adecuada a su capacidad de comprensión. Asimismo, sus habilidades cognitivas y lingüísticas no siempre les permiten transmitir de un modo efectivo sentimientos y emociones por falta del vocabulario preciso para describirlos. Igualmente pueden confundir las respuestas si no entienden las preguntas o el sentido que llevan.

Todos estos factores implican que el entrevistador dispondrá de habilidades específicas para atender al niño a su nivel, desarrollar una relación adecuada con él, gestionar sus problemas y establecer una entrevista individualizada con estructura y contenido (González, 1997; Zwiers y Morrisette, 1999; McConaughy, 2005; Reeves y Gross, 2005; Delfos, 2009 Young et al., 2010).

Considerar el desarrollo

De la misma forma que en otros momentos del trabajo, en la entrevista también hay que conocer el desarrollo del niño para entender la naturaleza de su habilidad cognitiva, comprensión, lenguaje y conocimiento de las normas sociales. Hay que tener igualmente en cuenta que tienen una capacidad limitada para describir percepciones físicas relacionadas con la ansiedad o describir somatizaciones en relación con el aumento de la tensión nerviosa. Poner vocabulario a los sentimientos requiere tener la capacidad para reflexionar sobre sus propias emociones o pensamientos (de metaconocimiento), la cual se adquiere a partir de los años escolares.

Además, no suelen ser los propios niños los que detectan sus problemas, y tampoco es habitual que sean conscientes de lo que les sucede hasta una edad avanzada, aunque antes de la adolescencia. Por otro lado, además de la edad hay que atender a qué tipo de experiencias han vivido y observar su capacidad de atención, concentración o dificultades físicas que dificulten

la relación (véase en este mismo capítulo, más adelante: observación directa). A lo largo de la entrevista el psicólogo estará atento a estas características del niño ya que pueden ser claves en cualquier momento de la conversación (McConaughy, 2005; Holmbeck y col., 2010; Young y col., 2010).

Desarrollo cognitivo

Para un niño, la situación de entrevista no es habitual; el niño no está acostumbrado a que un adulto se quede con él un buen rato, le atienda a él solo y le pregunte por cómo se siente, qué es lo que piensa o cuáles son sus dificultades. Además, tampoco está habituado a mantenerse sentado en un despacho, a quedarse quieto durante un tiempo prolongado, a que le pregunten cosas y le manden hacer tareas.

Respuestas de un niño de 7 años.

T: ¿A qué has venido?

N: «No sé, no me han dicho nada».

T: ¿Por qué te han traído aquí?

N: «Para que me pregunten cosas».

Madre: ¿Qué has hecho?

N: «He jugado con una profesora, me ha preguntado cosas, he pintando y hemos hablado del colegio».

En la vida adulta, situaciones de este tipo son frecuentes y el esquema de entrevista el adulto lo interpreta rápidamente y se sitúa con facilidad en el contexto. Sin embargo, para la experiencia de un niño este tipo de relación no es habitual y puede asimilarla a la actitud de un profesor en el aula o a tener que explicar algo en el despacho del director. En el caso de un profesor, cuando hace preguntas, el niño tiene claro que el adulto las sabe y, dentro de ese esquema, cuando el niño responde el profesor suele limitarse a contestar con un «*bien*», y la conversación no continúa después y el profesor pasa a otro tema. Así el niño puede confundir el objetivo de la entrevista y responder con temor, esperar que le contesten con un «*está mal*» o decir algo inadecuado que le traiga consecuencias negativas (Zwiers y Morrisette, 1999, 2005; Reeves y Gross, 2005; Delfos, 2009; Young y col., 2010).

Desarrollo social y emocional

Para comprender las condiciones de una entrevista el menor requiere haber desarrollado su competencia social. Los niños hasta aproximadamente los 8 años no conocen claramente los códigos sociales que implican la conversación. Entre los 10 y 12 años avanzan significativamente en la comprensión social, incluyendo el conocimiento sobre la autoridad, justicia positiva, concepto de amistad y regulación social. El adulto ante estos indicios puede sentir la tentación de tratarlos como si tuvieran su misma experiencia y perspectiva (Zwiers y Morrisette, 1999; McConaughy, 2005; Delfos, 2009). Es importante que el terapeuta no haga interpretaciones adultas de la conducta del niño. Las razones de uno y otro en sus respuestas

no coinciden. Es imprescindible empatizar con el niño o el adolescente para ver el mundo a través de sus ojos. A partir de los 8 años los niños adquieren el sentimiento de competencia de sus padres y de otras personas significativas y pueden responder para ser aceptados socialmente.

También se han encontrado diferencias en la expresión de sentimientos entre niños y niñas. Es frecuente involucrar más a las niñas en la expresión de sentimientos y a los niños puede serles más difícil comunicar su estado de ánimo. Sin embargo, no se puede generalizar porque también depende de las experiencias familiares y culturales (Delfos, 2009).

En las diferentes culturas existen normas para la expresión de los sentimientos. Los niños aprenden en el contexto familiar a expresarlos u ocultarlos. En la cultura asiática es habitual no expresar lo que se siente, mientras que en la latina es adecuado mostrarlos. El profesional tiene que tener en cuenta estos aspectos para no interpretar la conducta del niño de forma prejuiciosa y comprender el significado que encierra (véase en capítulo 2, cuadro 2.1) (González, 1997; McConaughy, 2005; Reeves y Delfos, 2009; Holmbeck y col., 2010; Young y col., 2010).

3.5.1. Recursos para comunicarse con niños y adolescentes

En general, en la conversación con niños se debe mantener la actitud receptiva, positiva y amable, favorecedora de la comunicación, demostrar respeto y no dirigir sus actividades (véase cuadro 3.3.) Lo prioritario es la actitud de escucha activa, atender a lo que el paciente está diciendo y conseguir su interés, dando respuestas, haciendo comentarios o preguntas que indiquen que se comparte la actividad con atención. Cuando sea apropiado se añade información nueva o se puede ampliar el tema para seguir el ritmo del chico y no interrumpirle con otras actividades.

Para reforzar la comunicación se recogen los comentarios del niño, se le valora, no necesariamente de forma expresa, sólo repitiendo sus emisiones, así como con el gesto y con el lenguaje no verbal, y, evidentemente, con sugerencias coherentes y adecuadas al tema que el niño inicia.

Explicar el objetivo y normas de la entrevista

Para evitar malentendidos el psicólogo debe introducir las razones de la entrevista, y aclarar el objetivo de la conversación (en función de la situación, edad y problema).

El entrevistador debe explicar al niño las reglas de funcionamiento y la necesidad de tener respuesta (*feedback*) y que se le pregunta porque el adulto desconoce la respuesta y espera que él la conteste para saber su forma de pensar. Igualmente en algún momento conviene advertir que puede no contestar, si no quiere, no sabe o le resulta difícil (Delfos, 2009).

Cada situación es diferente y no hay una entrevista igual a otra. Cuando se conversa no sólo se atiende al contenido, sino a quien se dirige y al modo de decirlo.

En resumen, Delfos (2009) plantea que en una conversación se pueden destacar diferentes elementos básicos para que marche bien: *a)* aclarar las razones de la entrevista; *b)* cómo se llevará a cabo el diálogo; *c)* atender al aspecto verbal y a la comunicación no verbal; *d)* a la forma de preguntar, y *e)* a buscar la forma de motivar al niño para que participe.

(Consultar cuadros evolutivos de la progresión del niño en el lenguaje, atendiendo al vocabulario, organización sintáctica, narración y aspectos sociales de la comunicación; véase capítulo 1, cuadros 1.3 y 1.4.)

Actitud del terapeuta

Es difícil prever la manera en que va a suceder la conversación; en ocasiones se enlaza con facilidad y surge una vinculación, mientras que en otras resulta difícil trabar conexión. Como ya se ha dicho, gran parte del éxito de la entrevista está en función del conocimiento que el terapeuta tenga del mundo infantil y de sus intereses, así como de su sensibilidad para que desde el niño fluya la comunicación (Zwiers y Morrisette, 1999; Kazdin y Whitley, 2006).

CUADRO 3.3
Desarrollo de la conversación en niños y adolescentes (elaborado a partir de McConaughy, 2005; Delfos, 2006)

PERÍODO	PAUTAS DE CONVERSACIÓN POR EDADES
3-5 años, niños pequeños	De 3 a 4 años: ⇒ La conversación tiene que ser guiada por el adulto. ⇒ Para conversar es necesario el uso de juguetes, objetos o cuentos que se comparten. ⇒ Hablar mejor en presente de «aquí y ahora». ⇒ La conversación tiene que ser intercalada con períodos de juego. ⇒ Use el juego simbólico para representar situaciones.
	De 4 a 5 años: ⇒ Hay que introducir el objetivo de la conversación. ⇒ Aclarar que se le pregunta porque uno no conoce las respuestas y se espera que cuente «<i>las cosas que tú sabes y yo no</i>». ⇒ Es capaz de distanciarse del «aquí y ahora» y hablar sobre lo que se comparte. ⇒ Se debe reforzar de manera regular las iniciativas del niño, para que se sienta apoyado. ⇒ Se usan como apoyo objetos, juguetes o cuentos, para representar actividades de la vida cotidiana.
6-11 años niños medianos	De 6 a 8 años: ⇒ Explicar al inicio el motivo de la conversación. Todavía no conocen las normas sociales de la conversación. ⇒ Puede hablar de un pasado y un futuro cercanos; de la casa, del colegio, de los amigos. ⇒ Reforzar las iniciativas en la conversación. ⇒ Usar lenguaje sencillo y concreto. Ayudar al niño a expresarse sugiriendo términos. ⇒ Se pueden introducir temas de aprendizaje escolar y actividades de ocio. Deporte. ⇒ Preguntar sobre hechos en sentido espacial en vez de temporal (¿qué?, ¿dónde?).

⇒ Evitar entonación excesiva que parezca demasiado infantil. Usar comunicación gestual.

6-11 años

De 8 a 10 años:

- ⇒ Introducir de forma breve y general el sentido de la conversación.
- ⇒ Sigue siendo necesario alternar juego o actividades que requieren movimiento.
- ⇒ Usar un lenguaje más complejo y con expresividad corporal.
- ⇒ Tiende a ajustarse a las normas sociales, hay que cuidar que no responda por complacer al entrevistador.
- ⇒ Se puede ayudar al niño si no encuentra las palabras para explicar emociones o pensamientos.
- ⇒ Reforzar la participación y colaboración.
- ⇒ Cuidar que no responda por complacer al entrevistador.
- ⇒ Mostrar interés en sus opiniones.

De 10 a 12 años:

- ⇒ Explicar el objetivo de la conversación de forma breve.
- ⇒ Mostrar respeto e interés por su participación y contribución.
- ⇒ Se suele sentir comprometido con la conversación al ser más autónomo.
- ⇒ Cuidar su participación en función de la deseabilidad del adulto.
- ⇒ Se puede sintetizar lo hablado para asegurarse una buena comprensión.
- ⇒ El tiempo de conversación puede prolongarse si la relación y los temas le motivan.

12-18 años (adolesc.)

- ⇒ Comprenden el sentido de la entrevista y saben ponerse en el lugar de la otra persona.
- ⇒ Se pueden abordar diferentes temas, debido al aumento en su capacidad de comunicación.
- ⇒ Tienen razonamiento abstracto e hipotético.
- ⇒ Valoran las cosas moralmente basándose en sus principios individuales.
- ⇒ Conciencia social y de sí mismo.
- ⇒ Evitar usar términos o vocabulario psicológico.

El estilo conversacional del terapeuta deberá ser receptivo, pausado y debe atender al significado de lo que el niño dice. Éste no suele dar la información de forma abierta y directa, especialmente si está emocionalmente afectado, y el terapeuta tiene que saber comprender el mensaje que transmite su conducta. Las respuestas no verbales del niño permiten al psicólogo tener claves para interpretar lo que le ocurre; si éste guarda silencio, evita la mirada, habla rápido, tiene inquietud motora, habla bajo o con vacilaciones, o con interrupciones del lenguaje, etc., son signos de respuestas emocionales que el niño puede presentar ante determinados temas o recuerdos (Zwiers y Morrisette, 1999; McConaughy, 2005).

El entrevistador debe ser consciente de que cualquier tema que emprenda puede generar tensión o ansiedad en el niño. El adulto no conoce todas las circunstancias que ha vivido el niño ni cuáles le han influido emocionalmente y no puede prever las reacciones que pueda tener ante una pregunta, en principio inocua para el adulto. Sin embargo, el menor puede recordar o asociar la pregunta con situaciones, juegos o expresiones relacionadas con una experiencia vivida, y surgir reacciones negativas de forma imprevista.

Jugando con un niño de 5 años en la sesión con unos muñecos, al encontrar un osito de peluche en la caja el niño no quiso seguir jugando con ellos. Después la madre informó que la hermana, que había fallecido, tenía un peluche igual que el de la caja.

En la evaluación de una niña de 8 años, de padres divorciados, la conversación sobre las actividades que realizaba en la casa de la madre y la abuela fluía sin dificultad, mientras que al introducir el tema del padre en el diálogo y preguntar por las cosas que hacía con él, la niña no respondía, se levantaba de la silla y buscaba un juego, cambiando de tema y mostrando un aumento significativo de su inquietud motora.

Un adolescente de 13 años que acude por problemas de relación social, hablando del colegio, al referirse a los compañeros, el chico se calla, se le humedecen los ojos y dice no querer hablar del colegio. Y más adelante refiere que no tiene amigos y que se meten con él por suspender.

El entrevistador tendrá en cuenta otras circunstancias que pueden influir en la capacidad del niño para expresarse o comunicarse, especialmente si se siente presionado (por temor, prisa, etc.), presenta problemas físicos (enfermedades, fiebre) o por su estado psicológico (ansiedad, estrés, o problemas mentales, o por patología específica, espectro autista, discapacidad mental). Asimismo, el psicólogo cuidará su apariencia personal para que la imagen que transmite al chico no influya negativamente en la relación (véase capítulo 1).

Temas a tratar

Para conseguir un buen clima el terapeuta tiene que saber esperar o provocar el momento de introducir un tema con naturalidad y sin tensión, y ser hábil en reorientar los temas y sus actitudes. En general, el psicólogo debe abordar temas básicos para el niño y obtener información referida a su problema y las circunstancias que lo rodean. Se exponen a continuación las áreas y temas habitualmente más importantes en la entrevista con el niño o el adolescente.

Contenido de la entrevista con el niño

- ⇒ Problema que presenta, síntomas, cómo, cuándo, dónde, etc.
- ⇒ Situación actual. Tipo de dificultades.
- ⇒ Intereses. Actividades. Tiempo libre. Hobbies. Deporte.
- ⇒ Colegio. Rendimiento. Preferencias. Tareas escolares. Problemas escolares.
- ⇒ Relaciones familiares con padres y hermanos. Comunicación. Normas y castigos.
- ⇒ Aspectos emocionales y de conducta. Temores. Pensamientos. Deseos de cambio.
- ⇒ Interacción y relaciones sociales. Número de amigos y actividades con ellos.
- ⇒ Adolescentes. Alcohol y drogas. Relaciones afectivas. Objetivos de futuro.

3.5.2. Estrategias para obtener información y preguntar

Como ya se ha contemplado, para conectar con un niño no es adecuado afrontar directamente el tema haciendo preguntas directas. Por ello se exponen un conjunto de estrategias para obtener información y la forma más adecuada de hacer preguntas.

Hacer buenas preguntas

La pregunta es el recurso que se utiliza habitualmente para hablar con los niños. Pero para la buena marcha de la conversación hay que cuidar el tipo de preguntas y pararse a reflexionar qué y cómo hacerlas. Para obtener la información relevante la competencia del entrevistador es fundamental, la cual debe ir perfeccionando con entrenamiento y práctica. De esta forma aprenderá a afrontar los múltiples imprevistos que pueden surgir (de evitación, rechazo y confrontación) en una entrevista con un niño o un adolescente para no frustrar la comunicación (Kaslow et al., 2007).

Hace unos años se pensaba que para conocer lo que el niño piensa había que preguntarle directamente y que él respondería porque debe obedecer al adulto. De hecho, todavía la conversación con los niños se establece por preguntas directas reiteradas. Sin embargo, el psicólogo debe saber qué temas abordar, ya que las cuestiones que plantea reflejan las concepciones previas que el adulto tiene sobre el problema del niño. Con recursos adecuados se puede favorecer que el chico exteriorice temas de interés o, por el contrario, suponer un obstáculo para su comunicación (Zwiers y col., 1999).

En principio el entrevistador debe adaptar su lenguaje al del niño, utilizar términos y estructuras lingüísticas comprensibles para él. Hay que resaltar que no todos los niños comprenden las preguntas que se les hacen. La comprensión no sólo depende de la formulación de la pregunta, sino también de la secuencia. El niño puede interpretarla erróneamente al relacionarla con la cuestión anterior o también por conectarla con su experiencia inmediata. Igualmente, los aspectos no verbales, la entonación o el gesto de una misma pregunta pueden ser totalmente diferentes y cambiar su significado para el niño. El psicólogo debe estar atento a la comprensión y, si percibe dificultades, debe simplificar la pregunta con ejemplos concretos o formularla de otra manera para asegurarse que el menor lo ha entendido (Bierman y Schwartz, L. 1986; Sattler, 2003). Conviene verificar que la conversación está yendo bien y que el adulto está interpretando bien lo que el niño dice. Para tener una orientación sobre el nivel de la conversación será de utilidad consultar el cuadro evolutivo sobre pautas para la conversación (cuadro 3.4.).

Un niño de 7 años había regañado con su hermano mayor antes de ir a la consulta y, cuando se le pregunta qué es lo que más le gustaría que hiciera papá, responde que quiere que su padre castigue a su hermano por portarse mal con él...

Cada niño es diferente a la hora de dar información. Hay niños que relatan sus experiencias con facilidad, comentan sus temores, mientras que otros más inhibidos tienen dificultad para expresarse. Dependiendo del tipo de trastorno hay que considerar que algunas circunstancias pueden provocar ansiedad, sentir temor a ser juzgado o no coincidir con lo que el terapeuta desea. También puede tener miedo a consecuencias negativas, a no ser aceptado, a que lo que diga influya en sus padres (en divorcios, o maltrato, etc.) o a que sepan algo negativo de él. En niños adoptados pueden querer congraciarse por temor a volver a la institución.

Asimismo, el silencio del niño puede tener significados diferentes; a veces se puede negar

a hablar por temor o por un tema en concreto que le resulta difícil, pero también por no saber la respuesta o por querer permanecer en silencio; y en ocasiones por intentar manipular al entrevistador o por falta de atención si está jugando con algo (Sattler, 2003; Young y col., 2010). Ante información emocionalmente significativa para el niño (del profesor, acoso de compañeros, incumplimiento de las normas), el adulto asegurará al niño que no lo comentará fuera de la sesión (véase capítulo 5).

Una niña de 10 años se queja de que cuando tiene que exponer un trabajo en clase su profesora le dice delante de los compañeros que no se ponga nerviosa y no se atasque, como le suele ocurrir. Después los niños se ríen de ella. Ante la posibilidad de que el terapeuta se lo comente a la profesora la niña se niega porque cree que tomará represalias con ella. El terapeuta la tranquiliza diciéndole que no lo hará.

Tipos de preguntas

En general conviene alternar preguntas abiertas con cerradas para averiguar los detalles. Las abiertas ayudan a explorar opiniones y sentimientos. Al inicio es preferible hacer preguntas relacionadas con las experiencias del niño, atendiendo a sus gustos y vida cotidiana, intercalando comentarios generales y amplios (temas del colegio, deporte, la casa o sus aficiones). A través de lo que el niño va narrando, su expresión, verbal y no verbal, indica la relación o problemas con compañeros, profesores, rendimiento, etc. Con los adolescentes, además de preguntar por los amigos, visión de sus padres, autonomía, etc., se incluyen aspectos más abstractos, en relación con sus pensamientos, emociones, etcétera (Young et al., 2005; Logan, 2005; Monaco et al., 1997; McConaughy, 2000). Se dan diferentes opciones, al comienzo o después, cuando ya ha avanzado la entrevista, para cambiar de tema:

Escolar:

De inicio: T: «¿Qué deporte te gusta?».

N: «El fútbol».

T: «¡Ah!, a mí también. ¿Y de qué equipo eres?»

N: «Del Atleti».

T: «¡Andá!, ése es un equipo estupendo. Está jugando fenomenal esta temporada, ¿no?...».

Después: «¿Qué haces al acabar los deberes?».

Cuando hay más confianza: «¿De qué hablas con tus amigos cuando estáis juntos?».

¿Qué te gusta del colegio?».

Adolescente:

De inicio: T: «¿Ves la tele? ¿Qué serie de televisión ves?... ¿Qué actor te gusta?»...

Después: «¿Qué te gustaría estudiar/o ser de mayor? ¿Igual te gustaría ser actor?».

Cuando hay más confianza: «¿Sales con los amigos? ¿De qué habláis?».

A los niños pequeños se les debe preguntar por aspectos concretos que sirvan para comprobar si sus respuestas son fruto de su fantasía o de su experiencia. Con los mayores es frecuente que busquen dar respuestas socialmente deseables y se les puede preguntar

directamente si la respuesta se refiere a lo que les gustaría más que a lo que les ocurre.

El terapeuta cuidará el no hacer preguntas directas sobre síntomas ya que los escolares no suelen ser capaces de reconocerlos en la forma como lo describe el adulto (por ejemplo, si se pregunta si tiene miedo a los exámenes es probable que lo niegue, mientras que sí reconocerá ponerse nervioso en esa situación) (Zwiers y Morrisette, 1999; McClaughy, 2005; Young et al., 2010). Para tener una orientación del tipo de preguntas y recursos que pueden favorecer la conversación, el psicólogo debe examinar el resumen de los tipos de preguntas que se describen a continuación (cuadro 3.4).

CUADRO 3.4
Tipos de preguntas (adaptado de Zweirs y Morrisette, 1999; Sattler, 2003 y McConaughy, 2005)

TIPO DE PREGUNTA	DESCRIPCIÓN
Preguntas abiertas	Son de carácter general, exigen poca concreción sobre la información solicitada y son útiles en la entrevista. Facilitan la participación activa del niño. Las abiertas son útiles para conocer opiniones y sentimientos. Las preguntas directas se usan para cambiar de tema o actividad. «Cuéntame...» y «¿Dime qué...?/ ¿Y qué más...?».
Preguntas cerradas	Se obtiene información específica y precisa de un evento o situación. Son menos adecuadas para obtener información sobre pensamientos o emociones. ¿Cuántas veces haces...? Esto que me dices, ¿te sucede por la mañana?
Preguntas de Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Cómo y Por qué	Buscan obtener detalles específicos sobre las personas, el hecho que ocurrió, en qué momento, el lugar o situación. <i>Cómo y por qué</i> buscan saber las emociones o sentimientos o las razones de una conducta o actitud.
Preguntas neutrales	Permiten al que responde elegir sus respuestas sin ser influenciado por el clínico. ¿Cómo te sientes con...? o Cuéntame...
Preguntas dirigidas, capciosas o inducidas	Son poco honestas, porque se espera que el niño responda como el adulto quiere que lo haga. ¿Quieres más a papá que a mamá?

Asimismo, a lo largo de la entrevista se pueden introducir diferentes recursos comunicativos para iniciar, continuar o cerrar el diálogo. Se describen algunos de ellos y diversos recursos comunicativos para la entrevista en el siguiente cuadro (cuadro 3.5).

CUADRO 3.5
Recursos comunicativos para la entrevista (adaptado de Zweirs y Morrisette, 1999; Sattler, 2003; McConaughy, 2005; Fernández-Zúñiga, 2008)

HABILIDAD	OBJETIVO	EJEMPLO
Valorar. Animar, reconocer en positivo el esfuerzo del niño.	Animar a seguir participando.	«Esto es una gran ayuda para mí, muchas gracias». «Me gusta cómo me estás

		ayudando». «Estás haciendo un buen trabajo». «Estás trabajando bien». «¿Ves?, tú puedes hacerlo».
Clarificar.	Aclarar el mensaje cuando no se ha oído o entendido bien.	«¿Quieres decir que...?». «¿Estás diciendo que...?». «¿Cómo?... ¿Puedes repetírmelo?».
Enfatizar.	Comunicar y reconocer sentimientos o emociones (y animar a compartir sentimientos).	«Veo que estás muy contento». «Parece que te sientes...». «Eso te molestó».
Indagar.	Sugerir más información o detalles.	«Cuéntame más sobre esto». «Explícame qué quieres decir». «Ponme un ejemplo». «¿Qué paso después?». «Me preocupa.../ me interesa saber...».
Realizar descripciones de observaciones de su conducta o de sus afirmaciones.	Hacer que el niño reflexione sobre el significado de su comportamiento o declaraciones.	«Te ríes cuando hablas de tu hermano». «Miras hacia otro lado cada vez que mencionas...». «Dices que estás contento cuando... pero frunces el ceño cuando dices...».
Hacer suposiciones, inferir lo que está diciendo o pensando.	Obtener una declaración verbal (confirmación o refutación) sobre algo que el profesional ha observado.	«Parecía que estabas contento cuando contabas...». «Pareces un poco nervioso...». «Parece que.....».
Conectar pensamientos que ha expresado durante la sesión.	Ayudar al niño a reflexionar sobre algunas cosas que el niño haya dicho.	«Antes dijiste que te gustaban las matemáticas y ahora dices que te gusta la plástica».
Contrastar expresiones del niño.	Ayudar a definir y delimitar las limitaciones en los conceptos o constructos del niño, para ayudar a garantizar que el profesional entiende al niño.	«Explícame el opuesto de...». «Es diferente de...». «Dices que sientes... ¿Cuál sería el sentimiento contrario?». «Dices que Susana está amable contigo. ¿Qué es lo

contrario a eso?

Autorrevelaciones sobre experiencias personales.	Comunicar comprensión acerca de alguna experiencia personal; ayudar a que el niño se sienta más cómodo con el profesional; proporcionar un ejemplo relacionado con lo que el profesional está buscando.	«He hablado con muchos niños sobre...». «Yo también me pongo nervioso cuando conozco a alguien nuevo». «Hay cosas, por ejemplo, que no me gusta hacer».
Preguntas hipotéticas.	Permiten al niño distanciarse emocionalmente al plantearlo como juego.	«Supongamos que fueras un...», «imagina que...».
Hacer comentarios descriptivos.	Se trata de atender a su conducta y animarle a continuar con lo que estaba haciendo y preguntar.	«Ya veo qué bien se ha dormido tu muñeca» «¡huy, qué contenta estás!».

3.5.3. Estrategias para la entrevista: los juegos, la lectura y otras herramientas

Las estrategias a seguir son fundamentalmente la utilización de juegos para diferentes edades, que son útiles para transmitir confianza al niño y que no se sienta presionado. De este modo el psicólogo puede ir haciendo preguntas de forma tranquila a medida que comparten las actividades. Se proponen algunos juegos de imaginación, con el dibujo, o de representación que ayudan a exteriorizar emociones y a establecer una relación estrecha. En ocasiones puede ser suficiente con una actividad o necesitar cambiar, más con pequeños o niños con dificultades atencionales o de capacidad cognitiva.

3.5.3.1. Los juegos

El juego es el estado natural del niño. Desde muy pequeños es el instrumento principal que el psicólogo puede usar en multitud de situaciones ya que cualquier actividad transformada en juego sirve de motivación para el niño (Delfos, 2009).

Con chicos mayores y adolescentes también puede ser una ayuda. Tener algo con lo que jugar durante la sesión puede facilitarles expresar sentimientos. El juego facilita percibir la entrevista de manera más informal y ayuda a disipar la tensión. Se pueden utilizar juegos de cartas, las damas (por ejemplo: poniendo emociones en cada casilla), y mientras participa en el juego se le puede animar a abrirse. La experiencia indica que los adolescentes tienden a resistirse a exteriorizar y es preferible inducir una conversación informal que usar el tipo de juegos específicos que invitan a hablar al chico de sí mismo, de sentimientos o emociones íntimas. Además, con los mayores hay que ser cuidadoso en plantear juegos que les parezcan infantiles o que se sientan forzados a hablar (Vernon, 2002).

Usar la imaginación (de 3 a 10)

La facilidad para imaginar es un buen recurso cuando el niño es menor de 6 años, aunque a los escolares también les motiva y participan en temas fantásticos, les centra la atención, y expresan con mayor facilidad sentimientos subjetivos. Se pueden utilizar distintos materiales como plastilina, pinturas de cera o juguetes para simular situaciones (Sattler, 2003; McConaughy, 2005).

Etiquetar emociones (de 6 a 10)

Este juego pretende que los niños aprendan vocabulario sobre emociones en general o identificar las que pueda percibir. También facilita hablar de ellas en el tratamiento. Se utiliza un conjunto de tarjetas, cartas de animales o palabras de emociones como: *contento, feliz, asustado, rabioso, triste o preocupado*. Se colocan como juego de cartas y según se van cogiendo se nombran por turnos. El terapeuta da el modelo de cómo hablar sobre emociones concretas y luego le sigue el niño. Se pueden utilizar diferentes versiones según la edad; en lugar de cartas se puede sustituir por un *juego de pesca de peces*, donde cada pez lleva el nombre de la emoción y a medida que se van pescando se denominan (Vernon, 2002).

¿Quién eres tú?

Para escolares (de 6 a 10) este juego es un intercambio de definiciones sobre uno mismo y se practica respondiendo por turnos a la pregunta de «¿Quién eres tú?». Se trata de que cada jugador cuente de sí mismo lo que quiera, para que el otro lo conozca. De este modo el chico no se siente obligado a decir aquello que sea más difícil para él y ayuda al terapeuta a conocerle mejor. El niño comienza preguntando para que el psicólogo le dé modelo de cómo responder (Vernon, 2002).

N: «¿Quién eres tú?».
T: «Yo soy aficionado a los pájaros, tengo dos pajaritos».
T: «¿Quién eres tú?».
N: «Yo soy jugador de tenis».
N: «¿Quién eres tú?».
T: «Soy un buen amigo de Juan».
T: «¿Quién eres tú?».
N: «Yo soy bueno montando en monopatín, etc.».

Es una actividad simple de corta duración y se pueden introducir apartados o categorías (deportes, hobbies, en el colegio, en casa, con los amigos) que impliquen ampliar la información que proporciona el niño.

Los tres deseos

Es un recurso muy conocido para cualquier edad en diferentes campos terapéuticos. Se

prepara al niño contándole la aparición de un genio (relacionándolo con el cuento o la película de *Aladino o una Lámpara maravillosa*).

T: «Ahora viene el genio/mago y te puede cumplir tres deseos: Piensa... ¿qué deseos pedirías?».

Se pueden sugerir sentimientos o deseos acerca de sus padres, hermanos, amigos, colegio y también sobre sus problemas, etc. Asimismo, se puede ampliar o cambiar a «¿*Qué deseas modificar o mejorar?*». Con estas preguntas a veces algunos niños pequeños pueden responder con deseos materiales, como una bicicleta, un juguete, o en mayores con peticiones generales de «*que no haya hambre en el mundo*», etc. En estos casos se le orienta hacia algo como «*qué te gustaría que te pasara*», relacionado con él mismo, en la casa, el colegio, etc. (Sattler, 2003; Friedberg y col., 2009).

La isla desierta

Se pide al niño que imagine que está solo en una isla desierta, pero que tiene comida y agua; que imagine que puede llevarse a la isla una sola persona: «¿*A quién traerías?* (o personas)», «¿*A quién luego...?*». «¿*Qué cosas te llevarías?*». Se puede complicar con más preguntas (Sattler, 2003; Zwiers y Morrisette, 1999).

Decir algo que no se pueda saber sólo con mirarme (de 12 años en adelante)

Con esta estrategia se puede obtener información sobre las suposiciones que se hacen sobre los demás, teniendo en cuenta que muchas de las cosas no se pueden saber con sólo mirar a la persona. Se dan dos ejemplos y luego se continúa haciendo valoraciones del compañero. «*Sólo mirándome, no sabes que me gusta nadar*» o «*Sólo mirándome, no sabes que no me gusta el cine*». Se establecen turnos con el paciente, y con los detalles que cada uno da de sí mismo se facilita comentar los mensajes durante la sesión.

Jugar a responder a una situación hipotética

Esta técnica se plantea con el objetivo de que el niño se distancie de la situación o de la emoción que le pueden provocar las preguntas directas sobre algún tema. Además, la técnica exige menos capacidades conceptuales y verbales del niño (Bierman y Schwartz, 1986).

«¿Qué harías si estuvieras en casa y...?»; «¿Qué le dirías a tu madre si...?»; «¿Que le dirías a esa chica que se mete con tu amiga?».

3.5.3.2. Otras estrategias comunicativas. Dibujos, cuentos, escribir y las nuevas tecnologías de comunicación

Utilización del dibujo y las imágenes

Ya se ha visto el valor del dibujo para múltiples ocasiones y diferentes edades. Con imágenes se pueden introducir temas sobre los que conversar, relacionados con las dificultades del niño o presentando situaciones problemáticas de la vida cotidiana que deba resolver. Se pueden mostrar dibujos y pedir al niño que cuente una historia sobre cada imagen. El apoyo visual de las imágenes es una forma de obtener información concreta acerca de los sentimientos de los niños. Se pueden seleccionar imágenes relacionadas con temas específicos de la vida del niño (Vernon, 2002). El apoyo visual facilita el lenguaje y se puede orientar al niño hacia identificación de emociones, buscar relaciones en los personajes y ponerles diálogos (Sattler, 2003; Bierman, 1990).

Adicionalmente la narración de secuencias o historias es una forma efectiva de observar el nivel lingüístico del niño, la organización y la capacidad de hacer partícipe al interlocutor del relato (Miller, 1991). Por otro lado, la facilidad que pueda tener el terapeuta para dibujar puede serle muy útil para las diferentes fases de la evaluación y la terapia (McConaughy, 2005).

Uso de libros que informan o resuelven problemas

Por medio de cuentos que narran situaciones problemáticas concretas (ansiedad, temores, manías, reacciones de ira, etc.), se pueden usar historias con las que se introduce al niño a través de un personaje (generalmente otro niño) y se le pregunta qué salida le daría a esa circunstancia. En la respuesta el niño deja en evidencia los recursos o conflictos que pueda suscitar la historia. En la intervención también se puede utilizar, ya que en el relato se muestra al protagonista ofreciendo soluciones o señalando alternativas para afrontar aquellos problemas que están relacionados con los del niño. Existen diversas publicaciones infantiles y juveniles que relatan en primera persona la historia de chicos que presentan alguna dificultad y que son útiles para que el menor conozca las características del problema y también para trabajar la forma de superarlos en la terapia (Huebner y Matthews, 2008-2009; Méndez, 1998).

Etiquetar emociones

Se pueden mostrar dibujos sencillos que representen rostros con expresión de emociones básicas o complejas (según edad) y el niño debe identificarlas en cada rostro, en un primer nivel (sólo respuesta no verbal). De manera más compleja se puede pedir contar algo sobre cada semblante o recordar a alguien que crea que se siente del mismo modo y explicar las razones de tal emoción (Bierman, 1990). Asimismo, se puede facilitar la distinción y expresión de sentimientos en ejemplos de circunstancias concretas: *«Señala el dibujo de cómo se siente (emociones) este niño a quien le están regañando por pegar a su hermano.*

Utilización de gestos o señales no verbales

Se utilizan gestos y expresiones para apoyar las producciones lingüísticas en el contexto comunicativo, especialmente con niños pequeños en los que la comunicación no verbal es más importante en su actuación que el lenguaje verbal. Deben usarse gestos para señalar una acción u objeto y otros para enfatizar una palabra, indicar una instrucción, responder a expresiones del niño, etc. Hacer mimo, o «el payaso», imitar personajes o animales usando gestos o sonidos exagerados, actuando con humor, es un recurso fundamental para los preescolares y los escolares menores.

Escribir en vez de hablar

Para algunas personas es más fácil y menos comprometido escribir lo que piensan que decirlo de palabra. Muchos niños espontáneamente ponen notas a sus padres o amigos cuando quieren expresar una emoción intensa, o están enfadados, o quieren pedir perdón o un deseo; notas como: «estoy enfadado contigo», «¿me perdonas?, no quería hacerlo», «Mamá, te quiero mucho, no te enfades». También es frecuente en los adolescentes escribir diarios o relatos de sentimientos y emociones. Con las nuevas tecnologías de comunicación los mensajes *sms*, *twitter* o *whatsapp* son un medio para pedir que los chicos relaten lo que les sucede en el momento y es un medio fácil de expresión.

Para escolares y adolescentes la escritura puede ser un recurso útil cuando se sienten poco dispuestos a hablar sobre sus sentimientos o las dificultades que les afectan. Se les puede decir que escriban brevemente una lista de cosas que les molestan, una carta o un mensaje a aquella persona, amigo/a, que es la causa de su rabia o problema. Igualmente, pueden hacer una narración de cómo se han sucedido las cosas en una situación determinada (Vernon, 2002). Otra variación más compleja es hacer un esquema o cuadro de las cosas que les preocupan y cómo las ven relacionadas.

Frases inacabadas

Se pueden dar instrucciones al niño (escolares y adolescentes) para que termine él las frases inacabadas que se le van a leer. Se trata de que diga cualquier cosa que piense y se escribirá a continuación lo que dice (señalar la lista de frases).

«Es sólo para hacer un juego de cómo acabas tú la frase con lo que piensas o sientes (leer la frase). Me ayudará a conocerte y saber cómo piensas y sientes sobre las cosas. (Apuntar al espacio vacío de la frase.) No hay respuestas correctas o incorrectas (buenas o malas), es sólo para conocerte y saber cómo piensas. Empiezo con la primera» (Bierman y Schwartz, 1986; McConaughy, 2005).

CUADRO 3.6

Frases incompletas: «Lo que pienso y siento» (tomado de Sattler, 2003; Friedberg y McClure, 2005; McConaughy, 2005)

«LO QUE PIENSO Y SIENTO». ACABALA FRASE CON LO QUE PIENSES O SIENTAS

Lo que más me gusta es...	/Lo que menos me gusta es...
La gente mayor es...	/Los mayores piensan que...
Mi madre piensa que soy...	/Mi padre piensa que soy...
Mis compañeros en clase piensan que soy...	/Mis amigos piensan que soy...
Mi madre me hace sentir...	/Mi padre me hace sentir...
Yo soy...	/Cuando no hay nadie que pueda ayudarme, yo...
Cuando mi profesor me corrige, yo...	/Cuando tengo deberes, yo...

Mis cosas favoritas

Con lápiz y papel el terapeuta y el paciente establecen turnos para escribir cosas, como aficiones, actividades y hobbies favoritos. Se pueden utilizar tarjetas donde se escribe y se describe lo que a uno le gusta (se puede ampliar a responder el porqué). Otra versión es seleccionar cartas que se van destapando y cada participante va explicando su cosa favorita de la tarjeta.

Sopa de letras

Para niños que ya saben leer (*de 6 a 10*) se utilizan el tipo de letras con imán o en bloques para meterlas en una caja o bolsa e ir sacando aleatoriamente una cada vez. Con esa letra el niño y el terapeuta alternativamente dicen algo que les gusta que empiece por esa consonante. Si saca la letra B, puede decir que le gusta jugar con el *balón*.

Dentro y fuera de mí (de 10 en adelante)

Esta actividad es útil para favorecer la participación en la conversación y ampliar el conocimiento que tiene el terapeuta sobre el niño al jugar a describirse a sí mismo. Se usa un sobre y tiras de papel para anotar. Se explica la diferencia entre quiénes somos «*por fuera*» y cómo nos ven los demás y palabras o frases de cómo te ves o te describes tú «*por dentro*». El chico escribe fuera del sobre palabras o frases de cómo le describirían otros «*por fuera*» y después mete dentro del sobre tiras de papel con palabras o frases que el chico cree que le describen a él mismo, según es por dentro, aunque no lo comparta con otras personas. Las descripciones pueden referirse a aquellas cosas o áreas que el adolescente quiera compartir con el terapeuta. Según se van sacando del sobre se pueden ver posibles discrepancias entre las dos descripciones y da pie al adulto a conversar sobre tales concepciones (Vernon, 2002).

Juegos electrónicos y nuevas tecnologías (especialmente escolares y adolescentes)

Para establecer una relación de confianza se puede pedir a los chicos que traigan sus juegos favoritos (tecnológicos, juegos o aplicaciones de móviles), fotos, escritos o dibujos para mostrar y compartir sus aficiones y habilidades. El terapeuta debe demandar al paciente esta actividad si está realmente interesado en lo que el chico le vaya a mostrar o si lo va a compartir realmente con él. Puede aprovechar cuando el adolescente llegue a la consulta con música u otro dispositivo para que el terapeuta se interese o pida que le explique su funcionamiento. Esta actitud puede ayudar a conectar con el muchacho y empezar a conocer su mundo e intereses.

Para aproximarse al mundo de relaciones sociales en ese segmento de edad es imprescindible el conocimiento y usos de las herramientas de comunicación con las que la mayoría de los chicos se están intercomunicando y que constituye un alto porcentaje de sus formas de conexión, de enlace y de relación social.

Por ello, el terapeuta debe familiarizarse con las aplicaciones más utilizadas de estas herramientas comunicativas (*whatsapp, twitter, youtube, facebook, skype* o *spotify*, etc.), ya que su conocimiento normalizado permite una mejor interrelación o punto de contacto que no resulte ajeno al menor. Actitudes «adultas» como *«de eso no sé nada o me llega tarde»* o críticas a la forma a comunicarse como *«estáis todo el día con el móvil... es que no sabéis hablar de otra forma»*, etc., pueden constituir una barrera para el terapeuta que debe superar actualizando sus conocimientos en esa materia si no los posee.

3.5.3.3. Representar situaciones

Aunque ya se ha comentado como recurso lúdico general durante todo el proceso de evaluación y de intervención, también es útil representar situaciones con los pequeños y adolescentes de situaciones vividas, ya que facilita que comprendan mejor sus emociones cuando las experimentan (Vernon, 2002; Sattler, 2003; McConaugh, 2005).

Ofrecer testimonios de otros chicos

A los niños mayores les gusta verse reflejados en sus iguales. Y con este recurso se puede facilitar que, comentando lo que les ocurre a otros menores en situaciones parecidas a la del paciente, pueda ayudarle a comprobar que no es tan raro y que no está solo. Se pueden leer o relatar experiencias que hayan dejado reflejadas otros pacientes sobre sus problemas (cómo se sentían y qué pensaban).

Sentido del humor

La capacidad de los adolescentes de utilizar el pensamiento abstracto, metáforas y dobles sentidos y entender intenciones facilita emplear el sentido del humor durante el diálogo.

Exagerar situaciones, decir malentendidos intencionados, puede ayudar a cambiar su punto de vista o a disminuir la importancia de un tema (Sattler, 2003; McConaughy, 2005).

3.5.3.4. Dar información

Los escolares y adolescentes tienen con frecuencia deseos de saber qué les pasa y el psicólogo puede darles datos sobre el desarrollo normal para su edad, de modo que el chico pueda identificarse con sus iguales dada la normalidad de sus condiciones. Muchos adolescentes no entienden por qué se sienten de esa manera (agobiados, confusos o de mal humor en ocasiones) y sabiendo que son emociones que también presentan otros chicos como ellos les aporta seguridad y les ayuda a hablar de sus sentimientos.

Por ello es bueno comentarle, por ejemplo, sobre sus cambios hormonales que al fluctuar le hacen sentir cambios en su estado de ánimo; comprendiendo de esta forma que son sensaciones pasajeras. Por otro lado, es positivo insistir en el cambio que se está produciendo en su capacidad mental, la cual le facilita pensar en diferentes alternativas ante un problema y que, debido a su nueva habilidad, puede malinterpretar situaciones y que poco a poco irá aprendiendo a saber valorarlas (Vernon, 2002).

3.5.4. Terminar la entrevista

Conviene acabar la entrevista agradeciendo al niño su participación y que haya compartido con el terapeuta sus opiniones y sentimientos íntimos. Comentar que la conversación ha sido una situación agradable y que ha sido de gran ayuda para uno. Se le informa de cómo continuará la evaluación y cuándo se le devolverán los resultados.

A los chicos mayores conviene asegurarles la confidencialidad de nuevo, y, si es necesario, repasar con el adolescente lo que desea mantener en reserva o no le importa comentar con sus padres, profesores o compañeros. Se puede resaltar qué se puede comentar con otras personas que le aprecian para que le sirvan de ayuda para solucionar sus problemas. También puede ser procedente resumir con el chico los puntos clave de lo hablado (Young y col., 2010; McConaughy, 2005).

3.6. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA

Las técnicas de evaluación de la conducta son básicas para el clínico infantil y juvenil. Se pueden utilizar diferentes instrumentos, además de la observación directa del niño y contar con la colaboración de los padres.

3.6.1. Escalas y cuestionarios. Autoevaluación

Los cuestionarios forman parte de la evaluación general (entrevista, observación, test, etc.).

Se utilizan junto a otras técnicas e instrumentos de evaluación y cuando se detecta en la entrevista alguna conducta del niño que se desea precisar. Son medidas de tipo objetivo que proporcionan información del niño, de los padres o los maestros con relación a aspectos conductuales, sociales y emocionales, así como del ambiente en el que se desenvuelve. Además, el niño puede aportar sus experiencias subjetivas e internas, por medio de autoinformes, lo cual es difícil de evaluar de otra forma por el psicólogo. Para los niños con un desarrollo cognitivo menor lo pueden cumplimentar con ayuda del terapeuta. Igualmente, los cuestionarios son útiles para comparar la información del niño con la de otros informantes, padres y profesores.

Un niño de 10 años con problemas escolares refiere en la entrevista ponerse muy nervioso en los exámenes, pero también cuando juega al fútbol, y además dice que con frecuencia no puede conciliar el sueño. En este caso convendría que el terapeuta utilizara un cuestionario de ansiedad para cuantificar el problema, valorando el nivel de ansiedad y delimitando en qué situaciones ocurre. Paralelamente los padres podrían cumplimentar un cuestionario para contrastar la información del niño.

Asimismo, permiten al terapeuta comparar la evolución del niño y servir de control en la intervención. Se citan algunos cuestionarios de evaluación de la conducta de uso más frecuente y publicados en nuestro país (cuadro 3.7).

CUADRO 3.7
Cuestionarios y escalas para la evaluación de la conducta infantil y adolescente

ESCALA/CUESTIONARIO	EDAD APLICACIÓN	DESCRIPCIÓN
TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (2009). Autor: P. Hernández-Guarín.	A partir de 8 años.	⇒ Aplicación individual y colectiva. ⇒ Tiempo de aplicación: variable, entre 30 y 40 minutos. ⇒ Evalúa la adaptación personal, social, escolar y familiar y de las actitudes educadoras de los padres.
SENA. Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes. Autor: TEA Ediciones (próxima publicación en 2014).	De 2 a 18 años.	⇒ Aplicación individual y colectiva. ⇒ Evaluación multidimensional del comportamiento y autopercepción en niños y adolescentes. ⇒ Evaluación multifuente (padres, profesores y autoinforme). ⇒ Incluye las siguientes escalas: problemas, recursos psicológicos, vulnerabilidades y escalas de validez.

Cuestionarios y escalas para la evaluación de la ansiedad, estrés y depresión

ESCALA/CUESTIONARIO	EDAD APLICACIÓN	DESCRIPCIÓN
IDER. Inventario de Depresión Estado-Rasgo.	Adolescentes, jóvenes y	⇒ Aplicación individual y colectiva. ⇒ Tiempo de aplicación: entre 7 y 10 minutos.

Autor: C. D. Spielberger. (1996). Adaptación: G. Buela-Casal y D. Agudelo.	adultos.	⇒ Evalúa el componente afectivo de la depresión. ⇒ Valora de manera diferenciada grado de afectación (estado) y frecuencia de ocurrencia (rasgo). ⇒ Aprecia tanto la presencia de depresión (distimia) como la ausencia de ésta (eutimia).
STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene (1970). Adaptadores: G. Buela-Casal, A. Guillén-Riquelme y N. Seisdedos Cubero.	Adolescentes y adultos a partir de 11 años.	⇒ Aplicación individual y colectiva en forma de autoinforme. ⇒ Tiempo de aplicación: 20 minutos aproximadamente. ⇒ Evalúa dos conceptos independientes de ansiedad: <i>estado</i> valora un estado emocional transitorio y <i>rasgo</i> señala una propensión ansiosa, relativamente estable.
STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños. Autor: C. D. Spielberger (1973-1982). Adaptadores: TEA Ediciones	De 9 a 11 años.	⇒ Aplicación individual y colectiva en forma de autoinforme. ⇒ Tiempo de aplicación: entre 15 y 20 minutos. ⇒ Evalúa dos conceptos independientes de ansiedad (estado y rasgo), cada uno de ellos con 20 cuestiones.
STAXI-2. Inventario de Expresión Ira Estado-Rasgo Autor: C. D. Spielberger (1990). Adaptadores: J. J. M. Tobal, M. I. Casado, A. Cano y C. D. Spielberger.	Desde los 16 años.	⇒ Aplicación individual y colectiva en forma de autoinforme. ⇒ Tiempo de aplicación: entre 10 y 15 minutos. ⇒ Evalúa la experiencia, la expresión y el control de la ira. ⇒ Distingue los diferentes componentes de la ira: experiencia, expresión y control, así como de sus facetas como estado y como rasgo.
STAXI-NA. Inventario de Ira Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes. Autor: C. D. Spielberger (1973). Adaptadores: V. del Barrio y A. Aluja (2005).	De 8 a 17 años.	⇒ Aplicación individual y colectiva en forma de autoinforme. ⇒ Tiempo de aplicación: entre 15 y 30 minutos. ⇒ Evalúa la experiencia, la expresión y el control de la ira. ⇒ Ofrece una evaluación que distingue los diferentes componentes de la ira: experiencia, expresión y control, así como de sus facetas como estado y como rasgo.
CDI. Cuestionario de Depresión Infantil. Autor: M. Kovacs (1992). Adaptadores: V. del Barrio y M. A. Carrasco (2002).	De 7 a 15 años.	⇒ Aplicación individual en niños pequeños y población clínica y colectiva en población no clínica para investigación. ⇒ Tiempo de aplicación: entre 10 y 25 minutos. ⇒ Evalúa la sintomatología depresiva en niños. ⇒ Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o el adolescente. ⇒ El CDI evalúa dos escalas: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.). Proporciona una puntuación total de depresión.

Además de los cuestionarios, el clínico puede obtener información subjetiva del niño por medio de autoinformes, a través de la observación de sus propias conductas, emociones o

pensamientos. Con el esquema conductual (antecedente-conducta-consecuente) el niño puede registrar qué situación generó aquel pensamiento o emoción y qué conducta le siguió (véanse modelos de registro más adelante). Estos datos aportan al clínico información valiosa de lo que le ocurre fuera de la sesión y paralelamente permite al niño tomar conciencia de aspectos conductuales que no había percibido y establecer relaciones entre síntomas (Kratochwill y col., 1999; Humphreys y col., 2010).

3.6.2. Observación directa

La observación en un instrumento clínico básico para el psicólogo en la evaluación y un instrumento fiable cuando se utiliza con una metodología rigurosa. Por medio de la observación el terapeuta obtiene datos adicionales que ayudan a plantear aspectos específicos de la evaluación; es fundamental para describir la conducta del niño, de los padres o de la interacción entre ellos.

La observación directa es de tipo informal y para esta labor el observador debe conocer específicamente la conducta a observar y tener una estructura para describirla que le proporcione una guía mental o una organización de lo observado. Así, tiene que operativizar la conducta, cuándo se inicia, anotar la frecuencia, duración e intensidad y cuándo atender al momento en que se producen cambios en estos parámetros. También puede observar las consecuencias positivas o negativas y reforzadoras. Asimismo, muchas pruebas conductuales estandarizadas incluyen guías de observación para el terapeuta, los padres y el profesor. Es especialmente útil en los niños pequeños, para los cuales no siempre existen pruebas adecuadas. A lo largo de la evaluación, la observación de la conducta del niño es un dato fundamental (McConaughy, 2000; Sattler, 2003; McConaughy y Achenbach, 2009).

Si se desea valorar la capacidad de atención de un niño de 4 años hay que conocer en detalle qué es esperable en la atención de los niños de esta edad; los tiempos; si necesita o no control externo; si tiene la capacidad de controlarla por sí mismo; si no se distrae con otros estímulos no relevantes; si se abstrae, etc.

Para anotar estos datos se deben usar registros, cuadros o esquemas, grabaciones que se cumplimenten por diferentes observadores y en distintos contextos, de modo que aumente la fiabilidad de la conducta registrada. Además, con un sistema de anotación sencillo se puede entrenar a niños, padres, profesores, etc., para recoger información de otros o de su propia conducta (autoinformes).

Hay que tener en cuenta que tanto el contexto como la estructuración de la situación afectan al tipo de conducta observada. En un contexto natural la estructuración es mínima, como una situación de juego libre en la casa o en la sesión o en el recreo en el colegio con los compañeros. Por otro lado, en aquellas situaciones de estructuración media o muy estructuradas, como las que se utilizan en pruebas no estandarizadas, en la aplicación de tests, o en situación experimental, suelen aparecer conductas menos representativas de la forma de

conducirse el niño en su ambiente natural.

Es habitual que un niño no muestre la misma conducta, ni la misma expresión, si está resolviendo una prueba de un test que en una tarea de juego durante la evaluación.

3.6.3. Registros conductuales. Sistemas de registro

Autoobservación

Otra forma adicional para que el niño aporte datos son los *registros de autoobservación*, en los cuales el niño anota lo que hace o siente en una situación determinada. Tienen el valor de reflejar las observaciones sobre sí mismo y sus reacciones, la percepción de sus actitudes y los sentimientos en relación con el problema. Por esa razón es mejor utilizarlos a partir de los 8 años cuando el desarrollo cognitivo permite autorreflexión. Asimismo, para el clínico, es un modo de confirmar las hipótesis que ha hecho sobre el problema y validar la información verbal del niño; además, ayudan al terapeuta a explicarle cómo funciona su problema y a saber qué comportamientos o emociones es necesario modificar (Fernández-Zúñiga y Caja, 2008).

Los registros de autoobservación también ayudan a delimitar el momento, la frecuencia, la intensidad y la gravedad del problema, lo cual facilita que el niño, al atender y registrar estos detalles, tome conciencia de sus dificultades. El terapeuta se ocupará de explicar al niño el porqué de esta técnica (antes de hacer una petición de registro), mediante instrucciones precisas, de qué registrar, cuándo, dónde, etc., y a continuación se debe poner un ejemplo que el niño haya referido para ver cómo se anota en el registro. Hay que procurar que la tabla de anotaciones sea sencilla y clara de manejar para el niño (Cromier y Cromier, 2000; Sattler, 2003) (en los cuadros 3.8 y 3.9 se ofrecen dos ejemplos de registros, *a* y *b*).

Nuevas tecnologías

Ya se introdujo anteriormente la importancia actual para los jóvenes de las nuevas tecnologías con las que está apareciendo otra posibilidad para las terapias. Últimamente ha surgido una aplicación novedosa para móvil en nuestro país que permite reflejar las circunstancias de la conducta observada (inicio, frecuencia, duración, etc.). SmartEMA es una herramienta que, además de utilizarla como método de autorregistro, también posibilita al psicólogo la incorporación de las anotaciones del menor (o de los padres) en un medio telemático. Es una herramienta de fácil uso para que los chicos y jóvenes (o los padres) sin lápiz ni papel puedan realizar el registro y enviarlo con facilidad al terapeuta para su valoración y archivo (Shiffman, 2009; Vivas Fernández, 2013).

CUADRO 3.8
Modelo 1 de registro de conducta

DÍA/HORA	SITUACIÓN	GRADO DE TEMOR DE 0 A 5	QUÉ SIENTES (R. FÍSICAS)	QUÉ PIENSAS (COGNITIVO)
----------	-----------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------

CUADRO 3.9
Modelo 2 de registro de conducta

DÍA/ HORA	QUÉ ME PASADÓNDE, CUÁNDO, ETC. (CONDUCTA)	CUÁNTO DE 0-5	QUÉ PIENSO (PENSAMIENTO)	QUÉ PASADESPUÉS (CONSECUENCIAS)
Día 5 a las 9 noche	<i>Estoy nervioso en la cama el día antes del examen</i>	5	<i>Me van a suspender</i>	<i>No me puedo dormir</i>

Asimismo, los registros audiovisuales por medio de móvil o vídeo facilitan la observación directa de reacciones a situaciones o problemas concretos del niño en el escenario natural donde se están produciendo. Con el registro directo queda patente la conducta del niño, pudiendo distinguir sus reacciones, inicio, tiempos, intensidad, etc.; establecer relaciones, y a su vez quedar archivadas para poderlas revisar todas las veces que se necesite.

En sesión se pide al niño realizar una tarea escolar con su madre a solas. Por medio de la grabación se puede observar cómo la resuelven, sus reacciones y cuál es la interacción que se establece entre ellos. Igualmente se puede observar de forma inmediata su actitud espontánea cuando pierde en un juego, ver la capacidad de demora de la respuesta ante un reforzador, etc.

Los niños se inhiben en ocasiones al ser observados y los más mayores se pueden inquietar por quién verá la grabación. Hay que informar del objetivo y ventajas para él y el tratamiento (tener registrado el inicio, los avances, etc.) y de que sólo lo verán y usarán su terapeuta y sus padres. Las reservas y la inhibición del niño pueden alterar la espontaneidad de su conducta en los primeros momentos, y más en los niños de edad escolar.

Registrar por espejo unidireccional

Realizar anotaciones por medio de un espejo unidireccional evita la reactividad del paciente ante la observación directa. Asimismo, permite que el terapeuta pueda observar a los padres en la interacción con el niño. Igualmente es posible que los padres u otro terapeuta observen la sesión. En el caso de los padres pueden observar la interacción con el terapeuta y contrastar lo que ocurre en la casa (Eygberg y col., 1994; Humphreys y col., 2010).

3.6.4. Observar habilidades motoras, sensoriomotoras, de lenguaje y cognitivas

Observación

Desde el comienzo y a lo largo de la evaluación el psicólogo debe observar al niño en las diferentes áreas del desarrollo (motora, cognitiva, perceptual, del lenguaje, etc.). La atención a estas habilidades le va orientando sobre la necesidad de realizar determinadas evaluaciones sistemáticas, en el caso de detectar dificultades. Esta valoración informal no sustituye la medición específica de estas áreas con escalas de desarrollo (véase cuadro 3.11, escalas de desarrollo).

CUADRO 3.11
Escalas de desarrollo ([Descargar](#) o [imprimir](#))

ESCALA	EDAD APLICACIÓN	DESCRIPCIÓN
BATELLE. Inventario de Desarrollo. J. Newborg et al.	De 0 a 95 meses.	⇒ Adaptado a población española (TEA, 1998). Aplicación individual. ⇒ Evalúa las habilidades personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva y diagnóstico de las posibles deficiencias o retrasos.
CURRÍCULO CAROLINA. L. Brown, R. J. Sherbenou y S. K. Johnsen.	De 0 a 24 meses.	⇒ Adaptado a población española (TEA). Adaptación: TEA Ediciones. Aplicación individual. Evalúa: cognición, comunicación, adaptación social, motricidad fina y motricidad gruesa.
MSCA. Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad. D. McCarthy (1972).	De 2,6 años a 8,6 años.	⇒ Adaptado a población española (TEA). Aplicación individual. ⇒ Evalúa: verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, general cognitiva y memoria.
MPR. Escala de Desarrollo de Merrill Palmer revisada. G. H. Roid y J. L. Sampers (2004).	De 1 mes a 78 meses.	⇒ Adaptado a población española (TEA). Aplicación individual. ⇒ Evalúa: desarrollo cognitivo, lenguaje y comunicación, desarrollo motor, desarrollo socioemocional y conducta adaptativa.
BAYLEY III. Escala de desarrollo Bayley III. N. Bayley (reciente publicación).	De 0 a 42 meses	⇒ Adaptado a población española. Aplicación individual. ⇒ Evalúa: desarrollo cognitivo, lenguaje, motricidad, desarrollo socioemocional y conducta adaptativa. Ed. Pearson.
LEITER-R. Escala Manipulativa internacional. Dr. Gale Roid y Dr. Lucy Miller.	2 años a 20 años y 11 meses.	⇒ Revisada y ampliada (1996). Aplicación individual. Medición en las áreas de visualización, razonamiento, atención y memoria, sin componentes culturales. Ed. Psymtec.
MABC-2. Batería de Evaluación del Movimiento para Niños - 2. Sheila E. Henderson, D. A. Sudgen y A. L. Barnett.	De 4 a 16 años.	⇒ Test para detectar los trastornos del desarrollo de la coordinación en los niños y sus dificultades motoras (4-16 años), y planificar un programa de intervención en consecuencia. Ed. Pearson.

En la observación el evaluador debe tener una guía evolutiva o esquema de las conductas que desea registrar. La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP, 1997, con la colaboración de varios especialistas) propone unas pautas para valorar el estado mental de los niños y adolescentes por medio del examen de diferentes áreas del desarrollo.

Por otro lado, otro grupo de autores añade un patrón de observación para los niños pequeños, atendiendo a diferentes áreas y funciones. Con base en estas propuestas se propone una guía para valorar de manera informal los siguientes aspectos del niño o del adolescente (Humphreys et al., 2010).

Apariencia física

- ⇒ Observar las características de talla y peso con relación a la edad, los rasgos físicos. Una talla o un peso por exceso o defecto pueden ser significativos para determinadas patologías.
- ⇒ En los adolescentes, ver el nivel de maduración puberal y crecimiento físico. Características del sexo y la raza.
- ⇒ Atender a las características físicas de la familia porque puede estar relacionado con factores genéticos, o con hábitos alimenticios, sedentarismo, etc.
- ⇒ El aseo es indicativo de los cuidados o atenciones que le proporcionan los padres o cuidadores (Simon y col., 2000) o en algunos casos puede indicar dificultad del propio niño para mantener el equilibrio y la coordinación, vestido y aseo de su propio cuerpo.
- ⇒ La estructura o conformación física de rasgos dismórficos, poco habituales, pueden llamar la atención sobre determinadas alteraciones del desarrollo, síndromes o trastornos neurológicos, que puedan ser un punto de partida para que un experto los identifique.
- ⇒ Un grupo diferenciado de síntomas pueden tener una causa común y conformar un síndrome. La presencia de este tipo de alteración puede variar ampliamente en la afectación en el niño y puede ir asociada a diferentes grados de alteraciones cognitivas, lingüísticas, perceptivas, motoras, emocionales o sociales.

El síndrome de alcoholismo fetal (SAF) se caracteriza por anomalías en rasgos faciales (asociados a retrasos del desarrollo, del lenguaje, de la coordinación motora, etc.) y problemas del sistema nervioso central que pueden generar problemas de aprendizaje, conducta, memoria, atención, comunicación, visión y audición.

Reacción a la sesión de evaluación

Deben observarse las reacciones del niño al llegar a la evaluación (llora, ansioso, tímido, inquieto, etc.) y la forma en que se adapta a la situación, cómo se relaciona, cómo reacciona a lo desconocido, cómo juega y cómo se pasa de una situación no estructurada a otra estructurada.

Desarrollo general

El retraso en algún hito del desarrollo de manera significativa puede ser señal de alarma de la aparición de un trastorno, por tanto, el clínico tiene que saber derivar al especialista

adecuado (médico, pediatra, neurólogo) para exploración médica. Si el niño se encuentra bajo condiciones estimulatorias negativas o de estrés, puede ser igualmente un signo de alerta (Simón y col., 2000).

Los niños institucionalizados en orfanatos muestran un retraso en el crecimiento, talla, peso y en el desarrollo motor, en relación con diferentes causas, como problemas de alimentación, estimulación, falta de atención o maltrato.

Motricidad gruesa

Se debe observar en el niño: el control del movimiento, la coordinación, cómo camina, modo de sentarse, tono o fuerza muscular, etc., lo cual aporta información sobre la habilidad del niño con relación a la edad y la estimulación recibida. La adquisición de la habilidad se produce de forma gradual y una evolución lenta o estancamiento se pueden compensar con la edad. Un retraso o dificultad marcada pueden ser síntoma de posible alteración neurológica en relación con la maduración o disfunción cerebral. La presencia de movimientos descontrolados o estereotipados puede ser un síntoma significativo. Es necesario tener en cuenta la influencia de factores genéticos, patrones culturales en la crianza y estimulación (hábitos alimenticios, sedentarismo, etc.).

Motricidad fina

Se debe observar la fuerza muscular, el tono o la precisión en tareas como la manipulación o prensión de los objetos, escritura, dibujos, etc. El clínico puede observar la destreza del niño, la incoordinación o temblores, así como si estas alteraciones son sólo de motricidad fina (alteraciones parciales) o de motricidad gruesa (movimientos generales).

Al igual que en la motricidad gruesa, es necesario tener en cuenta la influencia de factores genéticos, patrones culturales en la crianza y estimulación. En las habilidades motoras es muy importante la práctica, debido a que es un sistema complejo y dinámico (Thelen y Corbetta, 2002). La estimulación de estas experiencias en casa o en juegos de coordinación manual puede ayudar a reducir dificultades.

El síndrome de Asperger es un trastorno que se presenta con dificultades en la interacción social y en la comunicación, así como actividades e intereses que suelen ser muy restringidos. Frecuentemente se asocia con una torpeza marcada o de coordinación (en ocasiones manual).

Aspectos sensoriales

Dentro de esta área se deben observar la audición y la visión. A lo largo de la evaluación pueden aparecer dificultades en determinadas tareas que hagan referencia a limitaciones en estas áreas, que puedan ocasionar problemas de conducta o de rendimiento. Se debe observar

la respuesta auditiva, la sensibilidad, el interés que muestra por el sonido ambiental, de los objetos, al habla, si responde a su nombre e instrucciones, etc. Asimismo, alteraciones o restricciones de la capacidad visual pueden influir en reducir la comprensión de determinados estímulos en las pruebas o en la conducta del niño.

Comunicación y lenguaje

Se debe valorar el uso y grado de complejidad del lenguaje (comprensivo, expresivo y habla) en el vocabulario, oraciones, términos semánticos y en la inteligibilidad del discurso. También hay que prestar atención a la organización de la narración y las habilidades conversacionales, las cuales son aspectos básicos para determinar en la exploración general la capacidad cognitiva y social. Asimismo, la expresividad en los gestos y la expresión facial que acompaña al lenguaje oral informan de la sociabilidad y de la capacidad comunicativa del niño o el adolescente.

Capacidad expresiva

Dentro de esta categoría se incluye la comunicación, el interés en comunicarse y los recursos que el niño posee. El uso que el niño haga del lenguaje no verbal para comunicarse (mirada, movimientos, gestos) hace referencia al desarrollo socioemocional. La capacidad de comprensión del lenguaje no verbal del interlocutor o ajuste al mismo en la conversación son aspectos de la habilidad del niño en el área de interacción social.

Cuando un niño utiliza reacciones emocionales, como protestas, llanto, provocaciones, etc., para llamar la atención del adulto o para hacer peticiones, puede que su capacidad comunicativa esté comprometida o también que esté relacionada con problemas de interacción familiar. La capacidad que muestra el niño de imitación gestual y verbal, así como la prosodia ajustada o no al contenido del mensaje (alteración en el tono o entonación), pueden proporcionar datos sobre determinadas patologías (espectro autista, Asperger) (Frith, 1999).

Funcionamiento cognitivo

El terapeuta debe observar diferentes aspectos de la actuación del niño relacionados con la manifestación de su nivel cognitivo. Se debe atender a la capacidad del niño de comprensión de la situación en el nivel de juego, en la selección de actividades, en los temas por los que se interesa, en el tipo de preguntas que hace, en la forma de reaccionar, de asumir responsabilidad y autonomía que muestra y en cómo resuelve problemas en la situación de evaluación (Delfos, 2009).

Juego

Observar el juego: ya se ha visto la relación con el área cognitiva y conceptual.

Es especialmente importante la selección de juegos en el nivel del juego simbólico, en la habilidad social, si comparte o se aísla; si hay una acción estereotipada o amplitud de intereses y el tiempo que lo mantiene, así como en el desarrollo del juego cooperativo y comprensión de reglas (Garaigordobil, 2003).

Atención

Es importante tener en cuenta que el nivel atención evoluciona con la edad. Hay que observar tanto la atención sostenida como el grado de dispersión. La observación se tiene que llevar a cabo ante diferentes situaciones o tareas, ya que también depende de la motivación, habilidad y confianza del niño en la realización de las actividades (puede no atender a la lectura, pero sí a una construcción compleja), o de la situación (estando solo, con el adulto). En los pequeños la atención también está influida por el estado del niño (cansancio, sueño, hambre) y por la capacidad de seguimiento y retención de las instrucciones.

Autocontrol

Es necesario controlar su capacidad para adaptarse a las situaciones y los cambios, el seguimiento de reglas. Observar su control emocional, la tolerancia a la frustración, persistencia en la conducta y la impulsividad. Igualmente hay que observar la capacidad de autocontrol o la flexibilidad y adaptación a los cambios que el niño muestre en diferentes circunstancias.

CUADRO 3.10 **Señales de alarma en el juego (Sheridan, 1977; Frith, 1991)**

- ⇒ El juego puede mostrar patrones atípicos por problemas cognitivos, emocionales, sociales, perceptivos o motores.
- ⇒ Ausencia de juego de ficción o simbólico espontáneo.
- ⇒ El juego del niño son actividades repetitivas o estereotipadas (alinear objetos o dar vueltas a los objetos).
- ⇒ Un problema de percepción visual o auditiva puede afectar a la capacidad de juego y al tipo de juegos utilizables para el niño.
- ⇒ Una minusvalía física puede impedir al niño explorar su entorno.

3.6.5. Interacción padres-hijo

La interacción del niño con la madre o el padre es una observación necesaria para objetivar la relación que tienen los padres con su hijo (la forma de registrarla se puede ver en el capítulo 4).

3.7. COMPETENCIA PARA LA EVALUACIÓN COGNITIVA. TESTs

3.7.1. Pruebas estandarizadas. Tests

La evaluación cognitiva es imprescindible en la mayoría de los problemas cognitivos, emocionales y de conducta. Se utilizan tests y pruebas para valorar el funcionamiento intelectual, capacidades y rendimiento. Conocer el funcionamiento cognitivo del niño permite valorar sus aptitudes fuertes y débiles para el aprendizaje general (lenguaje, memoria, percepción, etc.), y para estimar los avances en el tratamiento. Además, se solicita, con frecuencia, para tomar decisiones de escolarización e intervenciones concretas (Sattler, 2003; Bailey y Gross, 2010).

Antes de iniciar la administración del test es necesario establecer una relación cordial y una buena comunicación con el niño. Con frecuencia los niños generan tensión ante pruebas estructuradas porque perciben la distancia y rigidez que exige la situación. No es raro que un niño, cuando el terapeuta le muestra una imagen del test con un tono especial «de prueba», se retraiga o se niegue a responder. Los escolares tienden a hacerse una idea equivocada al asociar la prueba con su experiencia en exámenes o controles escolares, por lo que es conveniente informar al paciente de por qué se evalúa, aclarar sus ideas y anticipar los pasos que se van a dar, a fin de disminuir la tensión (Sattler, 2008). La actitud del terapeuta en la aplicación debe ser efectiva, sin apresuramientos, dejando al niño distracciones temporales y usando reforzadores ocasionales para asegurarse la participación continuada.

En resumen, en la administración de tests hay que considerar:

- ⇒ Establecer buena interacción previa.
- ⇒ Características del examinador.
- ⇒ Observar al niño a lo largo del examen.
- ⇒ Tener en cuenta las especificaciones del test.
- ⇒ Saber cómo administrar tests a niños con dificultades.
- ⇒ Reflexión sobre los resultados.
- ⇒ Resumen de los datos.

Para el uso de pruebas el clínico requiere contar con competencias específicas, así como estar familiarizado con una serie de requisitos cuando están estandarizados: *a)* tener un conocimiento teórico de los instrumentos; *b)* conocer las variables que puedan influir en los resultados por factores culturales, étnicos, de edad, sexo, o de lenguaje; *c)* saber la forma de utilizar los tests con niños con dificultades, y *d)* adquirir habilidades y experiencia en su uso, teniendo supervisión durante el proceso de aprendizaje (COP, 2000; APA, 2002).

Conocer los instrumentos

La habilidad del terapeuta en el uso de los tests requiere conocimientos específicos sobre teoría estadística psicométrica, validez, fiabilidad del test, administración e interpretación de las puntuaciones del mismo. Igualmente debe conocer la base teórica sobre la que se asienta la

construcción del test y realizar una selección apropiada de la batería de pruebas específicas para cada caso. El terapeuta seguirá las indicaciones que figuran en todos los tests sobre las normas de aplicación y se informará sobre sus características, validez y fiabilidad. No obstante, a lo largo de la prueba debe atender y anotar el comportamiento del niño: su actitud ante el test, su motivación, sus respuestas emocionales (verbal y no verbal), la atención mantenida, las posibles diferencias en la atención, su inquietud motora, su lenguaje, etc., los cuales pueden ser significativos para entender e interpretar los resultados y para valorar la fiabilidad de la prueba (Kaufman y Reynolds, 1984).

Interpretación de los resultados

Aunque todos los tests incluyen pautas para su interpretación, un terapeuta competente debe incorporar al análisis todos los datos que conoce del niño en la evaluación. Tendrá en cuenta los factores que hayan podido influir en la evaluación; los cambios ambientales (situaciones de estrés, divorcio de los padres, etc.), cognitivos o emocionales que hayan podido afectar a su rendimiento en la prueba. Del mismo modo se atenderá al estado del niño el día de su realización (si se encuentra mal, disperso, cansado o dormido) y las condiciones de la sala, o también del propio terapeuta. En ciertos casos donde se dé alguna de esas circunstancias es mejor suspender ese día la evaluación para no invalidar el test o que resulte poco fiable (Bailey y Gross, 2010).

En una situación de evaluación utilizando un test estandarizado, el clínico debe mantener una actitud y contar con recursos y conocimientos diferentes a los que necesita cuando está interviniendo en sesión explicándole a una niña de 10 años cómo hacer un registro de su conducta.

Existen directrices internacionales y del Colegio Oficial de Psicólogos que regulan el uso e interpretación de los tests (ITC y COP, 2000). Asimismo, las normas éticas enfatizan el compromiso de comunicar los resultados verbal y escrito a los interesados (Sattler, 2008) (para ampliar este tema consultar capítulo 5). La práctica de estas competencias se debe adquirir por entrenamiento, con diversos instrumentos de medida, con distintos tipos de niños, con dificultades de desarrollo, específicas (atencionales, aprendizaje, etc.), así como otras características culturales, con los que se adquiera experiencia y habilidad en administración, interpretación y valoración en cada caso (Humphreys y col., 2010).

Variables a considerar

El terapeuta debe saber el tipo de adaptación que tiene el test para que sea usado con rigor. No se pueden utilizar con fiabilidad las pruebas con una mera traducción y equiparar el rendimiento del niño al de los de otra población de la que no forma parte.

Sin embargo, lamentablemente no siempre se tiene disponibilidad de instrumentos

adaptados en el mercado o de tests actualizados (teniendo versiones anteriores), para evaluar las capacidades cognitivas de niños. No obstante, el clínico será consciente de la influencia de variables específicas, culturales, lingüísticas y evolutivas que pueden penalizar el desempeño del niño al no contemplar el test sus características específicas. La interpretación del terapeuta debe contemplar estos factores:

Desarrollo

Dado que los tests estandarizados están ajustados a la norma, la competencia del clínico en el conocimiento del desarrollo normativo puede reconocer las desviaciones típicas entre el curso normal del desarrollo del niño y establecer relación con las dificultades que muestra en la prueba.

Culturales

La mayoría de los instrumentos de evaluación estandarizados están adaptados mayoritariamente con muestras de raza caucásica y existen escasas pruebas para otras poblaciones. (En este mismo capítulo se refieren aspectos culturales a tener en cuenta en la evaluación.)

Lenguaje

El dominio de la lengua del test es imprescindible para que los resultados reflejen las capacidades del niño. El lenguaje incide en la comprensión de las instrucciones y en las puntuaciones que contiene la construcción de los tests. Gran parte de los tests cognitivos incluyen el área verbal como parte de la valoración y puede influir en una conclusión errónea. Últimamente, dada la amplia población latina, en Estados Unidos, hay numerosas pruebas que incluyen traducciones de estos instrumentos al castellano (no siempre adaptaciones), pero no hay que olvidar que no se corresponden exactamente con las características culturales de la población infantil de nuestro país. Por tanto, las características de la prueba influyen en el tipo de estímulos visuales, lingüísticos y materiales y estos aspectos pueden condicionar los resultados. Por otra parte, conocer las raíces culturales del niño y la familia mejora la calidad de la evaluación que se realiza (Sattler, 2008).

Condiciones de estimulación

Cuando el niño se encuentra en situación de estimulación favorecida o desfavorecida, frecuentemente las puntuaciones de los tests también inciden en el rendimiento de los niños. Los niños que han padecido carencias de estimulación y de materiales suelen reflejar, en general, puntuaciones más bajas que aquellos que no han vivido estas circunstancias.

Medicación

Un aspecto especial a valorar en el rendimiento de los tests es el caso de niños con tratamiento farmacológico. El terapeuta preguntará a la familia si está en tratamiento médico, para estimar posibles efectos del fármaco en la conducta del niño. En el caso de los niños con déficit de atención o hiperactividad (TDAH) realizar la prueba bajo los efectos de la medicación o no puede variar determinadas puntuaciones y puede ser útil observar las diferencias.

Hay que partir de la base de que, para evaluar las habilidades cognitivas, no se cuenta solamente con las puntuaciones de una sola prueba. El terapeuta debe ser competente para integrar los datos obtenidos en el test con el resto de la información recogida en la evaluación (del niño, historia y ámbito familiar) y con los datos teóricos sobre la psicopatología infantil para concluir con un diagnóstico (Kaufman y Reynolds, 1984; APA, 2000; Sattler, 2008; Thomas y Hersen, 2010).

Habilidades avanzadas en la evaluación de niños con dificultades cognitivas

El terapeuta necesita ampliar las habilidades y experiencia adicional para administrar tests especializados a niños con dificultades específicas, como problemas de aprendizaje, atencionales, dificultades de lenguaje, de lectura y escritura, altas capacidades, motoras, etc. La detección de estos problemas exige al psicólogo el conocimiento concreto y características de la psicopatología, para poder evaluarlas e integrar los aspectos concretos en la evaluación general y para poder establecer diagnóstico diferencial, determinando el tipo de tratamiento y en su caso escolarización que el niño requiere (véase cuadro 3.7 de cuestionarios de conducta).

3.7.2. Evaluación de las variables cognitivas

La evaluación de los aspectos cognitivos, pensamientos y emociones es otra de las competencias del clínico dentro de la evaluación general. Los aspectos cognitivos complementan la valoración de la conducta, para ampliar la evaluación del niño y ajustar el diagnóstico y la intervención.

Se ha planteado que los problemas emocionales y conductuales están relacionados con las cogniciones de los niños y adolescentes y con cómo procesan la información. El procesamiento cognitivo de las patologías internalizantes o externalizantes se diferencia en la forma de procesar, lo cual tiene implicaciones importantes en la terapia.

Los trastornos internalizantes se caracterizan por tener un pensamiento disfuncional, y los externalizantes, por procesar de forma deficiente (Achenbach, 1985; Kendall, 2006).

Los niños ansiosos o deprimidos hacen interpretaciones disfuncionales (irracionales, errores de atribución) y perciben el ambiente distorsionado, de manera desadaptada; mientras

que los niños impulsivos o agresivos actúan sin pensar y funcionan de forma inadecuada por falta de planificación (falta de autocontrol). Asimismo, las diferencias entre las distorsiones y deficiencia cognitiva tienen relación con el grado de control, siendo excesivo o de falta de control respectivamente (Kendall, 2006; Ellis y Grieger 2008; Seligman, 2002, 2011). Estas cogniciones pueden funcionar como antecedentes y consecuentes del problema que muestra el niño. Conociendo las características del pensamiento en el niño se pueden producir cambios en él y consiguientemente en la emoción y en la conducta del niño (Kendall y Hollon, 1979; Humphreys y col., 2010) (véase capítulo 1, cuadro 1.2).

Reconocer los pensamientos de los niños no es tarea fácil. Sin embargo, es básico reconocerlos y evaluarlos. Ya se comentó que en el desarrollo el niño tarda en adquirir la capacidad de identificar y expresar sus emociones y pensamientos. No todos los niños son capaces de responder a preguntas como:

T: «¿Qué estás pensando?»... o «¿Qué has pensado antes de ir al colegio?».
N: «No pienso nada» o «No lo sé».

Además, en la comunicación familiar o con adultos, es poco habitual hablar sobre sentimientos con los niños (McConaughy, 2005, Friedberg y McClure, 2005; Bunge y col., 2010; Gomar y col., 2010). No todos los niños tienen la misma forma de comunicar sus pensamientos y sentimientos y la habilidad del terapeuta está en investigar cómo lo manifiesta cada uno. El adulto tiene que ayudarle a distinguirlos para saber en qué medida son desagradables y cómo le pueden ocasionar consecuencias e implicaciones.

En los casos en que procesan la información de modo visual pueden apoyarse en imágenes para expresarlo; y los niños con un componente verbal, auditivo, se pueden referir a «lo que me digo a mí mismo», «cómo me lo cuento» o «diálogo interno» sobre la situación o la persona. En el caso de los adolescentes, la denominación de «ideas irracionales» (Ellis y Grieger, 2008) tienden a rechazarla. En general, ya se ha visto cómo el recuerdo, la imaginación o el juego suelen ser caminos efectivos para la expresión y también lo son para los aspectos cognitivos (Cormier y Cormier, 2000; Friedberg y McClure, 2005).

En la evaluación se pueden utilizar diferentes recursos y técnicas para obtener información de las cogniciones de los niños, pero siempre ajustadas al nivel de desarrollo del niño y después de tener información previa por otros métodos (entrevista). Se pueden utilizar diferentes métodos de evaluación: de *identificación*, de *recuerdo* y *expresivo* (Linscott, DiGuiseppe, 1998).

Para identificar qué tipo de pensamientos están implicados en el desarrollo o mantenimiento del problema emocional o de conducta del caso, se utilizan habitualmente cuestionarios de autoinforme, en los que el niño responde si cree que tiene o no percibe determinados pensamientos y con qué frecuencia. La información que el evaluador ya posea de la entrevista con los padres y del niño le orientará en la investigación (Kendall y Hollon,

1979; Humphreys y col., 2010).

Estos registros son instrumentos fáciles de administrar y de valorar, aunque hay que asegurarse de que el tipo de preguntas de la prueba contenga los pensamientos que están relacionados con el trastorno del niño.

Pregunta de un cuestionario de ansiedad infantil (CDI).
«Tengo ganas de llorar todos los días»; «Nada me divierte».
(Children's Depression Inventory, Kovacs y Beck, 1977; Ezpeleta y col., 1988).

Otra técnica es recordar lo que pensaba antes, durante y después de una situación dada. Para aquellos niños que no son expresivos o a los que les cuesta identificar lo que piensan se describe un hecho o circunstancia concreta que hayan vivido o un supuesto de forma imaginada. El revivir la situación les puede animar a recordar lo que pensaron antes, durante y cuando terminó todo el suceso y en esos momentos tratar de recordar que se dijo algo a sí mismo.

¿Recuerdas la fiesta de cumpleaños del domingo? Me has contado que no querías ir. Pues vamos hacer un juego de imaginación: imagínate que ahora estás en casa, justo antes de ir: piensa qué es lo que estás pensando... Ahora piensa en qué pensabas cuando estabas allí... Y qué te dijiste a ti mismo al acabar la fiesta.

En ocasiones, cuando el niño es pequeño o reticente, es mejor usar un *método indirecto* y abordar el tema con un dibujo o representación del colegio o de la familia, donde haya surgido el problema. Igualmente puede resultar más atractivo utilizar fotos, secuencias o viñetas en las que se puedan recrear situaciones.

Con un recurso similar se puede improvisar un relato o escenario donde otro niño tiene un conflicto, y el evaluado asigna los pensamientos y sentimientos que tendría ese niño en ese acontecimiento. Esta opción es más fácil, ya que siempre resulta menos comprometido hablar de los sentimientos o pensamientos que otra persona experimenta en lugar de los de uno mismo (Humphreys y col., 2010).

Mira este dibujo de esta niña. Está sola y hay un grupo de compañeras que la están mirando en el patio.
¿Qué crees que está pensando esa niña?
Y en esta otra escena las niñas están jugando y riendo. ¿Qué crees tú qué pensará la niña?

Del mismo modo, con niños pequeños y escolares se pueden recrear situaciones o historias con personajes, con muñecos o marionetas, que reproduzcan circunstancias vividas por el niño. En este caso se pregunta por lo que cree que están pensando las figuras o se ofrecen opciones de diferentes pensamientos, para que el niño escoja.

Otra alternativa al método es asignar a los personajes «bocadillos» (figura 3.1) que simulen los pensamientos de la imagen y que el niño los rellene con lo que él cree que están

pensando, teniendo en cuenta lo que está pasando en la imagen.

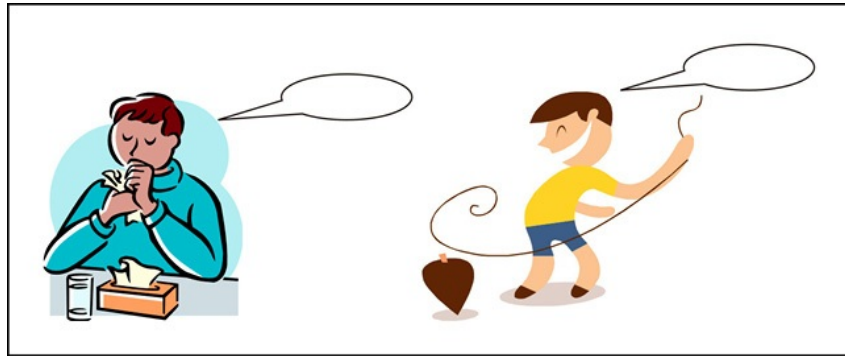


Figura 3.1. «Bocadillos».

Con el mismo planteamiento indirecto, se pide al niño que dibuje lo que le ocurrió en alguna situación reciente en la que haya podido tener dificultades. Al ir explicando lo que dibuja, le resultará más fácil suscitar el pensamiento que tuvo y las interpretaciones que le surgieron entonces. El terapeuta a su vez puede estimular al niño preguntando por claves y detalles de ese momento. Esta alternativa de detectar pensamientos relatándolos mientras se realiza una tarea y se conversa, algunos autores consideran que puede distorsionar el contenido del pensamiento al ir describiéndolo paralelamente en voz alta (Kendall y Hollon, 1979).

El terapeuta tiene que tener en cuenta que con cualquier técnica que se utilice el niño puede cambiar sus respuestas, y lo que dice no reflejar siempre lo que pensaría en tales circunstancias. También hay que recordar que puede decir aquello que cree que el adulto valorará, para intentar dar una imagen socialmente aceptable.

Asimismo, la actitud del clínico ante la expresión de los pensamientos del niño debe ser aceptar sus interpretaciones negativas. Suele ser habitual, con intención de animarle y de que modifique el sentimiento inadecuado, decir al niño frases como «no te lo tomes así», o «no digas eso», a fin de que el niño busque una idea menos irracional o la cambie por otra más adecuada que no le haga sentirse mal. La actitud del adulto, involuntariamente, transmite al niño la negación de ese pensamiento o emoción, al valorarla como «inadecuada» o «excesiva» para el hecho. El niño entenderá que no le está permitiendo expresar sus ideas, que parecen inadecuadas. Así, ante la falta de aceptación, la actitud del niño será inhibirse u ocultar lo que siente al adulto. También puede sentirse culpable por pensar o sentir algo «malo» y, en consecuencia, sentirá desconfianza y falta de comprensión del terapeuta (Faber y Mazlish, 2002).

Las respuestas emocionales que el niño suele expresar son rechazadas por los padres y con frecuencia por los terapeutas, sobre todo por el deseo del adulto de ayudar al niño en sus interpretaciones distorsionadas o negativas. Pueden intentar rechazar tales sentimientos.

3.7.3. Variables fisiológicas

Las reacciones somáticas o fisiológicas están relacionadas con pensamientos negativos y aparecen en la mayoría de los trastornos y con frecuencia en los de ansiedad. Son sensaciones internas que los niños manifiestan habitualmente con quejas de dolor de estómago («dolor de tripa») y dolor de cabeza. También algunos niños o adolescentes pueden percibir sudoración de manos (respuesta dermogalvánica), tensión muscular, pulsaciones perceptibles (tasa cardíaca) o alteración de la respiración (tasa respiratoria) y con relación a estas percepciones comentar que se sienten nerviosos (Fernández-Zúñiga y col., 1988; Méndez y col., 2001; Kendall, 2006).

Detectar señales de tensión

Para detectar estas alteraciones físicas desagradables el terapeuta tiene que saber *que ponerse nervioso* no es lo mismo para todos los niños ni perciben la misma sensación. Hay niños sensibles que describen bien sus sensaciones corporales mientras otros no son capaces de distinguir niveles altos de alteración física. Por tanto, el clínico debe ayudar a objetivar lo que significa para cada niño.

Una vez que el niño identifica la señal somática que le avisa de *estar nervioso* (aumento de la ansiedad), se le pide que valore su intensidad. La escala de valoración que se utilice dependerá de la edad y características del niño. Así, con niños más pequeños, de nuevo se usa la imaginación, con un *termómetro* imaginario que valora desde «*nada*» a «*muchísima*» tensión, con lo que el niño puede tasar la intensidad de la manifestación. Con los niños mayores y los adolescentes se pueden aplicar escalas cuantitativas (como de 0 a 5) y que el chico lo valore con puntuación. Una vez establecido el sistema y que es capaz de estimar la intensidad de sus sensaciones de *nerviosismo*, se puede iniciar la intervención proporcionando recursos al niño para el control de la ansiedad (Méndez y col., 2008, 2010; Fernández-Zúñiga y Caja, 2005).

3.8. EVALUACIÓN ESCOLAR

La evaluación escolar forma parte de la evaluación general y especialmente a partir del inicio de la escuela primaria, donde transcurre gran parte de la vida del niño. En el colegio tiene muchos de sus afectos e intereses y a medida que avanza el desarrollo la relación con los compañeros y los logros escolares van adquiriendo más importancia, pudiendo ser con frecuencia fuente de problemas para el niño. Además, como ya se ha visto, la conducta del niño varía ampliamente en diferentes contextos, también puede ocurrir dentro y fuera del colegio y es fundamental comprobar esta posibilidad. Contar con esta información es esencial y se suele obtener con ayuda del profesor, por medio de cuestionarios, registros o entrevistas.

Toma de contacto

Al comenzar la evaluación conviene enviar al colegio un cuestionario general, sobre las características del niño, su conducta, rendimiento, relaciones con otros niños y profesores, así como posibles dificultades del niño en el aula o en el centro. Junto al cuestionario interesa enviar una carta introductoria, agradeciendo la colaboración del profesor por cumplimentar el cuestionario, el cual será de gran ayuda para completar los datos del niño en la evaluación clínica que se está realizando. Se pide a los padres que lo entreguen al tutor del niño o, en su caso, al profesor que más relación tenga con él, y debe asegurarse de que es una de las personas que conoce bien al niño. Los padres deben dar el consentimiento previo, y haberlo comunicado al profesor, como parte de la evaluación psicológica que se vaya a realizar (véase consentimiento informado en el capítulo 5). En el caso de que sea el psicólogo orientador del centro escolar o de los servicios de la comunidad, deben informar a los padres y recibir su consentimiento para una evaluación formal.

Para guardar la confidencialidad del profesor que informó en el cuestionario no debe constar su nombre en los datos que figuren en el informe que se elabore al final de la evaluación del niño (Monaco et al., 1997; Young y col., 2010). En el cuestionario del profesor se pregunta por áreas generales y por los temas siguientes (Sattler, 2003 y McConaughy, 2005):

- ⇒ Saber si el profesor ha detectado un problema.
- ⇒ Especificar o describir la conducta o el problema del niño en el colegio.
- ⇒ Comportamiento en el aula, recreo.
- ⇒ Participación, colaboración en clase, etc.
- ⇒ Información de su rendimiento académico, áreas en las que destaca y en las que muestra dificultad; si cumple los objetivos del curso.
- ⇒ Nivel de atención. Seguimiento y terminación de los trabajos.
- ⇒ Relación social con compañeros y profesores.
- ⇒ Estado de ánimo del niño.
- ⇒ Perspectiva y apoyo de la familia.
- ⇒ Acciones y actitudes que se han llevado a cabo para abordar el problema en el colegio.

Dado el escaso tiempo que tienen los profesores, el cuestionario ofrecerá seleccionar respuestas alternativas para economizar tiempo y esfuerzo. También se invita a anotar sus observaciones de forma más amplia, si el profesor lo ve oportuno. Una vez obtenida esta información, el terapeuta la contrasta con la proporcionada por los padres y la observada en las sesiones de evaluación. Con estos datos se puede plantear una entrevista posteriormente de forma más ajustada a los temas que se consideren de mayor relevancia. Para cualquier contacto con otros profesionales del colegio será necesario pedir el consentimiento a los padres. En algunos centros la entrevista se concierta en grupo, con todas o algunas de las

personas implicadas en el tratamiento del niño: el terapeuta, los padres y el orientador del centro, el tutor, el profesor de apoyo (P.T.) y el especialista en lenguaje (A.L).

La entrevista con los profesores es una forma directa de obtener información sobre el niño dentro del colegio. En ella se recaba información relevante para añadir a la evaluación y planificar el tratamiento del niño. La información de los profesores suele ser precisa por la posibilidad de observar al niño en el aula, en su rendimiento académico, sus relaciones sociales y también al contar con la referencia del grupo de compañeros a modo de pauta normativa. El adulto, al distribuir generalmente el control y la atención al grupo de niños y no tanto de forma individual, tiene una visión diferente a la que pueda tener el psicólogo que le evalúa o trata.

Los profesores, en algunos casos, se pueden sentir preocupados por tener que proporcionar opiniones sobre el niño a otro profesional, y con frecuencia se lamentan de no recibir información de la evaluación o tratamiento que lleva el niño fuera del colegio. Si se establece una relación más estrecha entre terapeuta y profesor, se facilita llegar a acuerdos sobre objetivos que se puedan abordar dentro del colegio y en la intervención, lo cual redundará siempre en beneficio del niño.

3.8.1. Habilidades del terapeuta con el profesorado

Para la buena marcha de la interacción con el profesor el terapeuta debe mantener habilidades de comunicación similares a las que se mencionaron en la entrevista con los padres y en las generales de la evaluación. Asimismo, es necesario tener presentes las características del contexto donde se desenvuelve el otro profesional, y las condiciones y objetivos en los que se desarrolla el contacto. La relación que se establezca entre ambos profesionales determinará la posibilidad de cooperar. El clínico debe cuidar aquellos aspectos que se consideran básicos para una relación de colaboración: una buena comunicación, demostrar competencia, habilidades profesionales y respeto por los niños y las familias (Pozo, 2013) (véase, en capítulo 5, relaciones de colaboración).

Aclarar el objetivo de la entrevista

Generalmente es conveniente deshacer prejuicios que puedan existir entre los entrevistados, explicitando la necesidad de coordinarse en cuanto a que el contexto en el que se conoce al niño es diferente y es necesario contrastar la información que cada una de las partes tiene de él. Insistir en la diferente relación que ambos mantienen con el alumno, y en las diferentes circunstancias que influyen al niño según donde se desenvuelve. Los profesionales serán conscientes de que las dos visiones son complementarias y aportan conocimiento sobre la forma de ser del niño y mejoran la perspectiva de ambas partes.

El clínico debe reiterar la valiosa información que el profesor tiene del niño, por el tiempo que pasa con él durante el día y a lo largo de todo un curso y en ocasiones permanece durante

dos o tres años. La cotidianeidad de la relación facilita la observación y medición de conductas y puede hacer comparaciones del nivel de desarrollo con el resto de los compañeros (Reeves y Gross, 2005).

Por otra parte, la actitud del terapeuta debe ser de colaboración y comenzar aportando los resultados de la evaluación clínica y plantear la posibilidad de conversar sobre los resultados y el tratamiento. No hay que olvidar que el profesor es un gran aliado de la terapia, ya que puede proporcionar mucho apoyo al niño en su medio natural, en combinación con el terapeuta, y ser una base importante para su recuperación. Los datos de la evaluación sobre las características del niño y sus dificultades pueden complementar la información que tiene el profesor sobre su problema, sus capacidades, conducta, conducta social, etc.

Objetivos de la entrevista

Las entrevistas con los profesores son útiles especialmente cuando se desea entrar en un intercambio de pareceres, donde el profesor proponga sugerencias para ayudar al niño y el clínico aporte también las suyas. La perspectiva del profesor sobre la situación del niño será:

- ⇒ Especificar la descripción de situaciones u observaciones de conductas en realidades concretas dentro del aula.
- ⇒ Conocer las intervenciones o estrategias que se están utilizando en el colegio sobre las dificultades del niño y cuál ha sido el resultado.
- ⇒ Acordar las actuaciones que se van a llevar a cabo en la escuela y coordinarlas con la terapia.
- ⇒ Informar al profesor sobre los resultados de la evaluación clínica, capacidades, puntos fuertes y débiles.
- ⇒ Intercambiar criterios sobre los diferentes puntos de vista del problema del niño.
- ⇒ Conocer el comportamiento del niño dentro de la escuela en diferentes momentos.
- ⇒ Coordinación entre ambos profesionales sobre los aspectos a evaluar en el aula.

Tipos de entrevista

Se han elaborado diferentes tipos de entrevistas para los profesores, con el objeto de delimitar de forma precisa los problemas del niño en el colegio. Algunos modelos de entrevista determinan problemas académicos (Shapiro, 2004) (véase en McConaughy, 2005) o identifican problemas de conducta específicos en la escuela (Kratochwill y Shapiro, 2000), y también se pueden utilizar modelos de entrevista semiestructurada para profesores (McConaughy, 2004b).

Estrategias de la entrevista

En aquellos lugares donde el terapeuta trabaja en zonas cercanas a la escuela del niño, es

preferible conversar, en persona, con el profesor tutor y valorar, asimismo, las circunstancias en las que se desenvuelve el niño. En algunos trastornos la observación del niño en el entorno escolar y especialmente en el recreo es básica, ya que es donde se evidencia la capacidad de relación social del niño, sus recursos y su integración en el colegio. En aquellos trastornos relacionados con limitaciones sociales es un dato que aporta información relevante para el diagnóstico (Asperger).

En preescolares es habitualmente el tutor el que comparte todo el tiempo escolar con el niño en el aula. En primaria y secundaria, también está la figura del profesor tutor, que suele tener un nivel de información mayor y conoce más al niño, ya que el resto de los profesores tienden a transmitir y comentar con él las incidencias o temas relevantes del alumno. Sin embargo, en ocasiones también puede ser conveniente tener una entrevista con otro profesor que imparte una asignatura determinada, por su perspectiva concreta o por el tipo de dificultad que muestra el niño en su clase.

3.9. RESUMEN DE LOS DATOS Y VALORACIÓN

Al finalizar la recogida de datos el terapeuta precisa realizar una valoración de los resultados obtenidos en la evaluación para elaborar el programa de tratamiento y seleccionar estrategias. Para ello el terapeuta analiza e integra los datos concretos, el contexto social, familiar, valora los antecedentes y consecuencias del problema, así como los componentes del mismo, emocionales, conductuales, cognitivos, sociales y del contexto. Con la *conceptualización* del caso el clínico formula el plan de actuación individualizado para el caso. Con los datos en la mano el clínico está obligado a informar al niño de forma veraz para que comprenda el problema (Kaufman y Reynolds, 1984; Cormier y Cormier, 2000; Friedberg y McClure, 2005).

3.10. DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez terminada la evaluación, se informa de los resultados a los padres, al niño o al adolescente. Estas reuniones, se considera importante hacerlas por separado, ya que el tipo de explicación que requieren los padres es distinta que el nivel de descripción que se debe dar al niño o al adolescente. En la devolución de la información la familia no sólo quiere saber el diagnóstico, sino conocer el alcance del trastorno, qué pueden esperar y lo que deben hacer para ayudar al niño. El clínico debe proporcionar esta información de manera clara ya que es un derecho que el paciente tiene (Bailey y Gross, 2010; COP, 2000).

3.10.1. Devolución a los padres

Una vez terminada la evaluación, se informa a los padres. En el capítulo 4 (habilidades con padres) se describe ampliamente la forma de explicar los datos de la evaluación y las

habilidades que se requieren en este tipo de entrevista.

3.10.2. Devolución al niño

Debe explicársele al paciente los resultados de la evaluación con ejemplos que hagan referencia a su vida diaria y con un lenguaje adecuado a su edad. La información debe ser veraz y clara para el menor. Las preguntas habituales en los niños son las relacionadas con la mejora de su dificultad, si podrá realizar las actividades que ahora no puede hacer; cuántas veces debe acudir a la terapia, etc. Es importante para que esté interesado en venir que las actividades extraescolares o de ocio que le gustan especialmente no interfieran con la terapia.

No es necesario hablar del tipo de pruebas utilizadas, excepto cuando se quiere incidir en algún aspecto positivo que mejore la valoración que el niño tiene de sí mismo, como en pruebas de inteligencia, habilidades sociales, motoras, etc. En esos casos se pueden proporcionar puntuaciones globales y su interpretación y se pueden intercalar con otros aspectos que se pueden mejorar. Poner ejemplos atendiendo a la experiencia o conocimientos del niño para su mejor comprensión.

Para un niño de 8 años:

T: «¿Te acuerdas de aquellas tareas que hiciste que eran saber qué significaba una palabra y hacer un rompecabezas? Pues esos ejercicios eran parte de un test de inteligencia y en esa prueba se ha visto que eres un chico listo e inteligente».

N: «¿De verdad?, pues yo no lo sabía, nunca me lo han dicho».

Aproximarse a la perspectiva del niño

Al describir las pruebas o los resultados se le ponen ejemplos relacionados con las explicaciones que proporcionó anteriormente. Con los datos se le pregunta si está de acuerdo con lo explicado y si él tiene la misma idea. Preguntar con frecuencia si va entendiendo lo que se le expone y se le aclara si tiene dudas.

Poner el problema fuera del niño

Para algunos niños puede favorecer una observación distanciada del problema y una participación activa del niño situando la dificultad fuera de él, es decir, definiendo el problema como un enemigo al que hay que enfrentarse o contra el que hay que luchar (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

Repetir la información relevante

Para que el niño entienda la información hay que repetirla de diferentes formas, centrándose en los puntos relevantes para él. En resumen plantear la devolución siguiendo los puntos siguientes:

- ⇒ Objetivos y tipo de tratamiento.
- ⇒ Colaboración de los padres y el colegio.
- ⇒ Resultados del tratamiento y duración aproximada.
- ⇒ Factores importantes que aminoran o mantienen la conducta.
- ⇒ Generalización de los aprendizajes.
- ⇒ Finalización de la terapia.

Motivar hacia el tratamiento

Con frecuencia los resultados que se dan a los padres comprenden la necesidad de la intervención, pero la motivación hacia el tratamiento no siempre es tan clara para el niño. Es necesario plantear al chico las ventajas de iniciar la terapia. Para ello, se expone el plan de tratamiento y cómo se llevará a cabo, explicando algunas técnicas y en qué medida puede mejorar en aspectos concretos. Se le explicará, con un lenguaje sencillo, concreto y con ejemplos, intentándole motivar al cambio, e insistiendo en las posibilidades que tiene de conseguir aplicar estas modificaciones en su vida diaria.

Cómo se consigue, cuándo y dónde

Como es probable que los menores no comprendan bien lo que significan los tiempos, se les explica que se hará un plan de trabajo y que los resultados no se consiguen todos de una vez. Se les comenta cómo se aprende primero lo fácil y luego lo difícil. De esta forma, también se le explica que ensayar en la sesión o en casa lo que a uno le cuesta es más sencillo que fuera, con los amigos.

«Por eso, lo que te propongo es que, cuando aprendas algo aquí (en sesión), busquemos la forma de llevarlo luego fuera, con amigos o en el colegio, donde es más complicado. Es como subir una escalera, se empieza por el primer peldaño y poco a poco se llega hasta arriba».

Con los adolescentes se pueden explicar los objetivos de tratamiento diferenciando los alcanzables a corto y a largo plazo. Asimismo, se informa al chico de los resultados posibles si él está interesado y realiza los ejercicios prácticos para aprender otras conductas. También la posibilidad de que sus padres o familiares colaboren haciendo otras cosas puede ayudarle a favorecer el aprendizaje de recursos, de «trucos» útiles.

Resultados del tratamiento

Se le debe explicar cómo puede mejorar con la ayuda del terapeuta en el tratamiento. Pero también debe saber que depende de su motivación y su colaboración y, lógicamente, de la práctica que él realice fuera de las sesiones.

«Tú me dijiste que tienes ganas de aprender a ponerte menos nervioso cuando te preguntan, ¿verdad? Pues yo te puedo enseñar trucos para ello. ¿Qué te parece? Con esos trucos aprenderás a estar más tranquilo en la clase. Pero, ¿te acuerdas de que me contaste que te pones fatal cuando hablas delante de toda la clase y que cuando hablas con el profesor te pones menos nervioso? Pues los trucos se aprenden primero con las cosas más fáciles (por ejemplo, con el profesor) y las que te cuestan más se aprenden después cuando ya sabes las fáciles.

Colaboración con padres y profesores

Con respecto al colegio y los profesores también se le explica la posible colaboración de ellos en la terapia. Siguiendo el derecho a la confidencialidad es preciso preguntar por el acuerdo y aceptación de esta participación, ya que muchos chicos, especialmente por encima de los 8 años, son reacios a que el profesorado o el resto de los compañeros tengan información de sus dificultades. Con frecuencia se niegan a que sus compañeros participen.

Respuestas emocionales

En la entrevista de devolución al niño pueden aparecer también respuestas emocionales cuando uno se refiere a sus dificultades. En estos momentos el entrevistador debe saber articular con empatía la información positiva, apoyándose en sus capacidades, para generar en el niño expectativas de solución y posibilidades de control de sus problemas con sensibilidad.

3.11. REEVALUACIÓN DE LOS CASOS

En determinados trastornos que persisten a lo largo de la infancia es frecuente que surjan circunstancias que puedan incidir en una recaída o dificultades nuevas, en las que los padres o el propio chico deseen volver a consultar. En estos casos es necesario generalmente volver a evaluar, si ha transcurrido más de un año y el problema se ha vuelto a presentar en circunstancias diferentes.

En esta consulta se revisan los avances que ha habido desde la finalización del tratamiento (con el niño o el adolescente, o con los padres), se vuelve a fijar claramente el motivo de la nueva consulta y se delimitan las circunstancias que han ocasionado la vuelta al centro. Es importante revisar el progreso de la terapia, para aclarar en qué medida es una nueva situación. Si el caso está en seguimiento, dependerá de la valoración de la situación aparecida.

Habitualmente al acabar el tratamiento se ha debido advertir a los padres y al chico que se pueden producir recaídas, si es esperable por las características del caso. El terapeuta advertirá de los factores que puedan influir en el desarrollo posterior del niño. Las circunstancias del niño varían a medida que crece; por su mismo desarrollo, por el nivel de exigencia del medio, por sus padres, por el rendimiento escolar del colegio o el instituto o por los nuevos retos sociales a los que se debe enfrentar a la llegada de la adolescencia.

PARTE II: INTERVENCIÓN

3.12. HABILIDADES ESPECÍFICAS EN LA INTERVENCIÓN

La planificación del tratamiento viene marcada por la evaluación y la conceptualización del caso, con lo que el terapeuta decide un programa individualizado y selecciona el tipo de técnicas más idóneas para ese niño (Friedberg y McClure, 2005. Ver comienzo de este capítulo). Como ya hemos desarrollado anteriormente el planteamiento debe considerar los diferentes contextos del niño, la familia, el mundo social y el colegio donde el niño se desenvuelve, especialmente con los mayores y adolescentes. El psicólogo toma la decisión de implicar a los padres o a otros miembros significativos del niño y a qué nivel de participación (entrenamiento de padres) y por medio de qué métodos: orientaciones por escrito, trabajo conjunto con el terapeuta en sesión o con espejo unidireccional, etc.

Como la intervención cognitivo-conductual incide en modificar las emociones, los pensamientos y la conducta en el ambiente natural del niño, requiere que el terapeuta le facilite generalizar lo aprendido en aquellos contextos donde muestra las dificultades. Asimismo, seleccionará los programas de tratamiento con apoyo empírico que se ajusten al desarrollo de cada niño (programas, actividades y estrategias, etc.), ya que no todas las intervenciones son igual de efectivas en todas las edades (Friedberg y McClure, 2005; Kendall, 2006; Barrett, 2008a, 2008b; Kendall y Kosovsky, 2010a y 2010b).

El programa Pensar en voz alta, para mejorar el autocontrol de los niños hiperactivos, es más probable que tenga éxito a los 8 años que para los niños de 5.

3.12.1. Actitud del terapeuta en la intervención

En la evaluación ya se vieron los diferentes papeles que el terapeuta llevará a cabo a lo largo del proceso de intervención. Además de cumplir las funciones de evaluar y diagnosticar, en la terapia deberá asumir una actitud de colaboración con el chico, teniendo en cuenta sus opiniones y tomando en conjunto las decisiones para seleccionar las conductas a modificar. El clínico desempeñará también un papel educativo mostrándole recursos y técnicas para que comprenda sus dificultades y pueda actuar de otra forma más adaptativa. Se resumen las competencias del terapeuta para la intervención (Holmbeck y col., 2010):

- ⇒ Ser un apoyo para el paciente y los padres. Buscar la colaboración activa.
- ⇒ Proporcionar cambios en el pensamiento y en la conducta del chico.
- ⇒ Ayudar a desarrollar habilidades y recursos que le permitan encontrar soluciones.
- ⇒ Enseñar cómo controlar su conducta y sus emociones.
- ⇒ Proponer actividades para ensayar conductas en la sesión terapéutica y fuera.

3.12.2. Establecer una buena relación

Al inicio del tratamiento el niño puede estar ansioso, poco motivado o aburrido ante la situación. Su actitud suele ser pasiva y dejar que sea el adulto el que tome la iniciativa, en espera de que otros solucionen sus problemas. Modificar estas actitudes y conectar con el niño puede ser complicado para el terapeuta y sobre todo tener paciencia ya que a veces lleva tiempo hasta que el niño asume una actitud más participativa (Friedberg y McClure, 2005; Stallard, 2007).

Con frecuencia los psicólogos poco expertos están más preocupados por utilizar las técnicas aprendidas que por otros aspectos de la intervención. El foco de atención se centra en el programa, minuciosamente preparado con antelación, y en esperar acabar la sesión con éxito después de haber aplicado el plan de trabajo. Con esta perspectiva se puede olvidar la parte más importante, que es generar una relación de colaboración, satisfactoria y discriminativa con el niño, la cual se ha demostrado como un factor básico para el éxito en la terapia (Cormier y Cormier, 2000; Friedberg y McClure, 2005; Patterson y col., 2009).

Aunque el clínico tiene que conectar con el niño, motivarle y conseguir una buena relación terapéutica, tampoco se trata de que se sitúe como si fuera un amigo. Debe mostrar competencia profesional, credibilidad y respeto, de modo que el niño perciba en el adulto compromiso en ayudarlo.

3.12.3. Fases de la terapia

Explicar el tratamiento

Al inicio del tratamiento es necesario explicar al niño y a todas las personas que intervengan en la terapia (padres y profesor) el tipo de intervención y las técnicas que se van a utilizar. Debe recordarse cómo en el apartado de devolución se explicaron al niño y a los padres las dificultades observadas y qué aspectos era necesario modificar, así como los recursos que iban a aprender para mejorar su problema. Además, es conveniente entrar en contacto con el profesor para coordinar objetivos de la intervención y mostrar una actitud colaboradora (Beck, 1976; Beck, 2000; Beck, 2011; Friedberg y McClure, 2005).

Ajustar expectativas

De la misma forma el psicólogo debe delimitar al niño qué se puede esperar del tratamiento y cuál es la mejor actitud suya para conseguirlo. Ajustar las expectativas del paciente y del psicólogo ayuda a motivar al niño y a la familia (Vernon, 2005). El terapeuta en su explicación se adaptará a las características del niño, con una actitud cercana y de cooperación. Especialmente con adolescentes, hay que procurar no tomar una postura de padre o profesor que le alecciona, sino animarle a colaborar en la búsqueda de fórmulas o recursos («trucos») que disminuyan sus problemas y que pueda utilizar en situaciones problemáticas

(Kendall, 2006).

Crear condiciones para intervenir

Antes de iniciar las sesiones es necesario que el terapeuta elimine aquellos problemas que dificultan la buena marcha de la terapia y controle la conducta del niño en la sesión. Para ello tiene que estar familiarizado con las técnicas conductuales, que le servirán para conseguir que el niño colabore, se centre y participe activamente en la sesión. El clínico, entre otras, manejará técnicas de:

- ⇒ Control de la atención, control de estímulos, control de movimientos.
- ⇒ Manejo de contingencias (estímulos antecedentes-consecuentes de la conducta).
- ⇒ Extinguir conductas.
- ⇒ Tipo de refuerzos. Actividades y juegos motivantes.
- ⇒ Acabar la tarea con éxito.
- ⇒ Graduar la dificultad de las tareas, partiendo de la línea base, etc.

Enseñar a identificar el problema

Al comienzo de la terapia se deben recordar los objetivos a tratar ya comentados al niño, para que se interese y se oriente en lo que se va a hacer; se acuerdan con él aquellas dificultades que se van a abordar. El clínico será sistemático y explicará el problema de forma sencilla y clara. En ocasiones el niño puede negar tener un problema, ante lo cual el clínico, en vez de insistir en su posición, debe poner al niño ante una situación concreta donde pueda reconocer dificultades específicas que sí desea cambiar. Los términos que se utilizan con los niños tienen significados concretos a los que hay que ajustarse para poder llegar a un acuerdo en qué y cómo se va a intentar el cambio.

«¿Qué te parece si nos planteamos conseguir hacer los deberes del colegio y que mamá no se enfade contigo? Podemos buscar juntos formas de hacer las cosas para que resulte más fácil y no te resulten aburridos. Mira, podemos ponernos de acuerdo en lo que hace falta y con tu colaboración podemos conseguirlo».

Objetivos a corto y a largo plazo

El clínico puede partir de la explicación ya dada en la devolución y no olvidar que los niños no tienen la medida del tiempo de un adulto. Se recuerda al niño la *idea de una escalera* y de cómo para conseguir llegar arriba (una meta) hay que pasar por los peldaños primeros y a pequeños pasos. Para que tengan la idea de que no supone conseguirlo de inmediato es necesario empezar con uno de los objetivos sencillos y explicar al niño con ejemplos cómo se puede conseguir.

Los adolescentes pueden tener más facilidad para entender los «*objetivos*», pero siempre poniendo ejemplos referidos a su experiencia (conseguir una nota final con las obtenidas durante el curso; la imagen de un campeonato que requiere puntuarse, etc.). La explicación se hará haciendo alusión a sus propias conductas o emociones, que él conoce bien porque las percibe y las vive; y, finalmente, deben detallarse las que le gustaría conseguir cambiar o mejorar.

En este punto es importante concretar y seleccionar un objetivo sencillo y fácil de modificar que motive al niño y que le haga ver la posibilidad del cambio de otros objetivos siguientes. Se trata de buscar colaboración y una actitud activa del niño en la terapia explorando conjuntamente posibles soluciones para que se motive y se involucre en el trabajo que se va a realizar. Se propone alguna técnica que pueda usar en ese caso concreto (técnicas ya desarrolladas en la evaluación y la entrevista: metáforas, analogías, «bocadillos», cuentos, dibujos, historietas, etc.) (Friedberg y McClure, 2005; Kendall, 2006).

Explicar el «círculo mágico»

Explicar la relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta requiere de nuevo ajuste del terapeuta al niño que tiene delante. Con niños mayores o adolescentes la forma de exponerlo se aproxima a la usada con adultos, y con los escolares o pequeños para hablar de pensamientos o emociones se usan estrategias adaptadas a su capacidad cognitiva, como dibujos, ejemplos, etc. (véase evaluación cognitiva, en este mismo capítulo) (Kendall, 2006; Friedberg y McClure, 2005; Vernon, 2002).

Un niño lleva al colegio su peonza para jugar en el recreo. Cuando sale al patio piensa que otro niño se la puede quitar (pensamiento), se pone nervioso (emoción), se guarda la peonza y se va a un rincón por no poder jugar (conducta).

Se ponen ejemplos de cómo los pensamientos negativos en una situación (autocrítica, valoración negativa) provocan sentimientos negativos (ansiedad, rabia, preocupación), que afectan a lo que el niño hace después (callarse, pegar, etc.). Por el contrario, si el niño tiene pensamientos positivos sobre su propia actuación, confiando en sus recursos, se generan reacciones emocionales de confianza, que le permiten llevar a cabo lo que se ha propuesto con una conducta adecuada (figura 3.2).

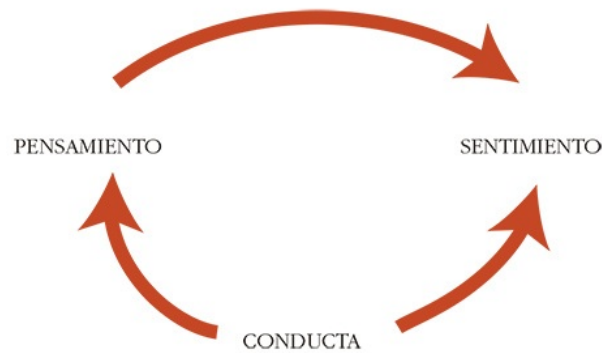


Figura 3.2. *El círculo mágico.*

Al terminar la sesión, es importante que el terapeuta proponga al niño observar esta secuencia para que compruebe en la práctica cómo se suceden las fases.

Procedimiento de la sesión

Para llevar a cabo la sesión el terapeuta seleccionará pocos objetivos para avanzar progresivamente, sin prisa, con pequeños pasos. Establecer un programa de refuerzos de la conducta objetivo y el éxito en la tarea. El terapeuta es un refuerzo potente al compartir el éxito de forma expresa al manifestar su satisfacción por los avances, favoreciendo la participación y motivación del niño en la sesión.

Cuando un niño se aburre o no toma parte activa, el clínico debe reflexionar sobre su actitud, revisar los objetivos o la secuencia de los mismos, el material o también examinar la actitud de los padres. La motivación del niño es una de las responsabilidades del terapeuta, y es su función buscar cómo implicarle. Friedberg y McClure (2005) plantean seguir la sesión terapéutica con un procedimiento ordenado, para que el niño sepa cómo se van a suceder las cosas y pueda anticiparlas.

Estado emocional

El terapeuta comienza preguntando por su estado emocional, con el objetivo de que el niño vaya aprendiendo a delimitar y expresar sus emociones y sentimientos o por medio de un registro o de escala de intensidad o frecuencia. El terapeuta debe centrarse en que el niño sea capaz de diferenciar distintos estados emocionales y que aprenda a valorar su intensidad (véase evaluación cognitiva y fisiológica, en este mismo capítulo). De esta forma podrá identificar sensaciones y desarrollar un vocabulario con el que sepa expresarlas. Paralelamente, de forma paulatina, va adquiriendo una percepción más definida de cómo cambian sus emociones y cómo aumentan o disminuyen. Se trata de que adquiera la capacidad de identificar y diferenciar estas emociones y asociarlas a los *síntomas fisiológicos* («dolor

de tripa», sudoración de manos, etc.) para mejorar su *educación emocional* (Stallard, 2005).

Tareas para casa

Asimismo, el terapeuta, al inicio de la sesión, repasa con el niño las tareas encomendadas para realizar fuera de la sesión. A continuación se establece un «*orden del día*» con los temas a tratar en la sesión, acordando ambos, adulto y niño, los aspectos que se van a incluir valorando aquellos que se consideren importantes (Friedberg y McClure, 1995). Al acabar la sesión, se pide al niño que proporcione *feedback* al terapeuta y que le comente qué cosas le han servido, si ha observado ideas o pensamientos nuevos y el clínico le debe invitar a proponer los otros contenidos que le gustaría abordar la siguiente semana (Beck, 1995). Para mejorar la comprensión de las emociones y pensamientos se pueden programar actividades agradables que los favorezcan y limitar a lo largo del día aquellas que están asociadas a emociones desagradables.

Identificar pensamientos y registrarlos

Además de las emociones, el niño tiene que identificar los pensamientos que percibe habitualmente y cuáles generan un cambio emocional. Se pueden registrar por medio de *diarios de pensamiento, registros* o de dibujos, así como con temas imaginativos (en este mismo capítulo, véase estrategias cognitivas). El terapeuta puede favorecer verbalizaciones por medio de preguntas y proponiendo situaciones concretas que el niño ha vivido, recordarlas y anotar lo que pensó. Con el registro el terapeuta puede valorar el tipo de pensamientos y analizar las distorsiones o déficits cognitivos.

Aprendizaje de habilidades cognitivas

Un objetivo fundamental del terapeuta debe ser la promoción (a través de la detección y el conocimiento de los pensamientos) del aprendizaje de habilidades y técnicas para contrarrestar los pensamientos distorsionados, tales como *entrenamiento en autoinstrucciones, solución de problemas, atribuciones alternativas, parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, autodiálogo, distracción, imágenes emotivas*, etc. (Friedberg y McClure 1995; Fernández-Zúñiga y Caja, 2005; Kendall, 2006; Stallard, 2007; Friedberg y col., 2009; Beck, 2011).

Conocimiento de técnicas

Es competencia del clínico consultar y ampliar las técnicas cognitivas y conductuales que son útiles para el trabajo terapéutico. Diferentes autores exponen técnicas adaptadas para trabajar con niños (Stallard, 2007 y Kendall, 2006; Gavino, 1999, 2006; Friedberg y col., 2009; Méndez y col., 2010; Gomar y col., 2010).

Utilización de refuerzos

El terapeuta, a lo largo de las sesiones de terapia, debe saber reforzar al niño en su esfuerzo y logros. Al comienzo con un sistema de valoración continua (refuerzo continuo). Es decir, se reconoce como positivo todas las emisiones o conductas que se haya favorecido en el niño; y a medida que avanza la sesión y el niño va afianzando sus progresos, el terapeuta reduce la frecuencia y pasa a una pauta de valoración intermitente para que el niño no devalúe su estímulo.

El terapeuta conocerá desde el inicio de la intervención cuáles son los refuerzos útiles para el niño con los que trabajar y los tendrá presentes para las diferentes fases de la terapia. Además de estos refuerzos específicos, el clínico no puede olvidar que su atención también es un refuerzo potente que puede administrar; cuando atiende a su comunicación; si comparte el juego o participa con él en actividades; así como cuando recoge sus iniciativas o muestra satisfacción con la interacción. El refuerzo del terapeuta debe ser sincero y espontáneo ya que es imprescindible para transmitir apoyo y seguridad al niño, además de ser un factor poderoso del proceso de aprendizaje, que tiene un papel básico como elemento de motivación y de ajuste emocional del niño.

Trabajo multiprofesional

Cuando el niño presenta más de un trastorno comórbido, es necesario abordar los objetivos y síntomas diferenciados y en ocasiones implica tratamientos adicionales o combinados, que no siempre lleva a cabo el psicólogo encargado del caso. Esta circunstancia exige al terapeuta colaborar con profesionales especializados en otros campos. Así, puede compartir la intervención con pedagogo, psicopedagogo, logopeda, etc. En estos casos se requiere una colaboración estrecha en la que se establezcan de manera clara los objetivos a tratar por cada uno de ellos y la coordinación periódica para contrastar puntos de vista, factores de mejora, estrategias efectivas, etc.

Un caso especial lo forman los niños que están bajo tratamiento médico o farmacológico (en niños con crisis epilépticas, TDAH, etc.). En estos casos el terapeuta será consciente de las características y síntomas del trastorno, para tenerlos en cuenta a lo largo de la intervención. Además, deberá observar y describir los síntomas en diferentes fases de la terapia y en la evolución.

Asimismo, es un compromiso del terapeuta conocer el ámbito de acción de los fármacos, efectos secundarios y saber observar y describir los síntomas y posibles consecuencias de la medicación en el niño, en comparación con la ausencia o aumento del fármaco. El psicólogo sabrá trasladar esta información al médico correspondiente para su valoración. Igualmente debe derivar el paciente a otro profesional en el caso de detectar signos de organicidad o problemas que el terapeuta no pueda abordar desde la terapia, así como cuando observe la conveniencia de un tratamiento farmacológico.

Terapia en contextos distintos

Asimismo, se ha documentado la importancia de abordar el problema del niño en diferentes contextos y en especial con los adolescentes, donde se desarrollan sus relaciones sociales. Igualmente supone una estrategia efectiva incorporar a la terapia a los padres, compañeros o profesores (Henggeler et al., 1998).

Enseñar a valorar avances

A lo largo de la terapia es primordial enseñar al niño a valorar los progresos, de forma regular, partiendo de las valoraciones del niño y de los avances que consiga en el tratamiento. De la misma forma el terapeuta también evalúa los avances, partiendo de la línea base y por medio de diferentes métodos como *registros de conducta*, retest de los *cuestionarios* cumplimentados por el niño, los padres o el profesor, etc. Evaluar los progresos a lo largo de la terapia es un requisito básico para que el niño sea consciente de sus éxitos y que los atribuya a la utilización de las técnicas aprendidas. A su vez, para el terapeuta es básico poder establecer la relación del avance con las estrategias empleadas y programar objetivos más avanzados. Igualmente, supone un estímulo para el niño y los padres, y primordial para el terapeuta (Fernández-Zúñiga y Caja, 2008).

Temporización

Kazdin (1997) plantea realizar diferentes tipos de tratamiento en función de cada patología, ya que el mismo esquema no siempre está indicado para todos los casos. Propone diferentes modelos con períodos de tiempo distintos de dedicación al niño y con una atención continuada o intermitente. Algunas psicopatologías se tratan mejor con controles en momentos determinados, especialmente en circunstancias en que es probable un cambio en el desarrollo (por ejemplo, al inicio de la escolaridad, aumento del nivel de exigencia, situaciones de estrés para el niño, etc.). Otras patologías exigen atención continuada (trastornos médicos). Algunos niños no se benefician de tratamientos tradicionales limitados en el tiempo y hay que considerar otro tipo de procedimientos.

Por tanto, el número de veces que acude el paciente a sesión depende del trastorno que presente. En general, al comienzo los tratamientos requieren ser más intensivos, reduciéndose la frecuencia una vez avanzada la terapia. En los casos graves puede ser beneficioso más de dos días a la semana y si el niño es pequeño, mientras que con los mayores y adolescentes la periodicidad puede ser menor, una hora semanal. En cualquiera de los supuestos la regularidad es importante para el éxito de la terapia (Kazdin, 1997).

Por otra parte, la colaboración de los padres y el entrenamiento en pautas concretas para la casa suele reducir el número de sesiones individuales que se necesitan con el niño, con algunos trastornos como en los problemas de conducta o con preescolares. La duración de la actividad también debe ajustarse a la capacidad atencional y cognitiva del niño. Desde la edad

escolar el niño ya es capaz de mantenerse atento durante una sesión de una hora o más, siempre que se establezcan cambios de actividad (y que el niño no presente dificultades atencionales).

Horarios

Las citas con el niño deben respetar, en principio, el horario escolar y, por lo general, no es conveniente que deje de asistir al colegio de forma continuada. La evaluación, sin embargo, al ser días concretos, se puede organizar de modo que pueda faltar al colegio. En ocasiones también es esencial prestar atención a las clases extraescolares, especialmente si son importantes o un refuerzo para el niño por la relación que establece con otros niños o por ser un ámbito donde obtiene éxitos, y evitar que tener que acudir a la terapia suponga un impedimento para llevar a cabo estas actividades.

Tratamiento individual o grupal

En la terapia el terapeuta especificará la necesidad de que el tratamiento sea grupal o individual. Generalmente la intervención individual es la más habitual, puesto que permite trabajar en las dificultades específicas del niño. Sin embargo, las sesiones individuales se pueden complementar con sesiones de terapia en grupo (especialmente para mejora de habilidades sociales). Para las grupales se tenderá a que el grupo sea homogéneo, que los integrantes estén trabajando en los mismos objetivos y también es recomendable que se agrupen en función del trastorno, síntomas y edad de desarrollo análogo con niveles de comprensión similar. Sin embargo, no siempre se busca que los miembros del grupo compartan todas las habilidades o características, ya que los puntos fuertes de cada uno pueden servir de modelo al resto de los compañeros (Kazdin, 1997).

3.12.4. Generalización y seguimiento

La terapia está orientada a cumplir objetivos y exige que los recursos aprendidos por el niño los traslade y practique fuera en su vida diaria (generalización). El papel del terapeuta es motivar al niño para practicar lo aprendido en diferentes contextos, después de haberlo visto y ensayado en sesión y acordar con el terapeuta en qué contexto practicar y en función del grado de dificultad. En este punto el terapeuta buscará la colaboración con los padres, profesores o con compañeros que puedan ayudar al chico a afrontar las situaciones seleccionadas. (Knell, 1993). Evaluar las tareas y obtener *feedback* es también imprescindible para el terapeuta y una forma de controlar el avance y el logro de las metas propuestas (Friedberg y McClure, 1995).

Cuando se considera que el niño ha alcanzado los objetivos propuestos, los ha incorporado a diferentes contextos y ha aprendido a utilizar los recursos y técnicas, se plantea pasar la terapia a la fase de *seguimiento*. En esta etapa, se espacian las sesiones de forma gradual, hasta llegar al alta definitiva, y en ellas se observa la evolución del chico sin el control tan

cercano del terapeuta.

3.12.5. Prevenir recaídas

El psicólogo en este proceso tiene que informar al niño sobre la posible evolución del problema, incluyendo tanto los aspectos que inciden en el mantenimiento de los avances como la posibilidad de un aumento de los síntomas en momentos determinados. Como ya se ha expuesto anteriormente, las recaídas pueden aparecer en cualquier momento de la terapia con la aparición de conductas o síntomas ya trabajados y superados. Las causas de estos retrocesos pueden relacionarse con diferentes factores que hayan podido afectar al problema del niño. Aspectos como cambio en el ambiente, o aumento del estrés en la vida del niño (cambios de colegio, nacimiento de un hermano, divorcio, conflictos con compañeros, etc.). Igualmente puede relacionarse con una disminución de la persistencia en la práctica de los recursos aprendidos. Asimismo, el niño también puede recaer por una inadecuada secuenciación de los objetivos, o por avanzar muy rápidamente en la jerarquía de objetivos sin afianzar las nuevas habilidades adquiridas.

Para prevenir estas circunstancias se llevan a cabo tareas que anticipen la aparición de nuevos síntomas y se orienta al niño sobre qué hacer para mantener los progresos de la terapia. Es labor del terapeuta anticipar estas posibles recaídas con actividades y pautas para contrarrestarlas.

En el caso de una recaída, hay que tranquilizar al niño, informarle de la importancia de los aprendizajes realizados anteriormente y la capacidad demostrada en otras muchas situaciones, y volver a insistir en la práctica de los recursos. Se debe enfocar como un «tropiezo» en la evolución, que es subsanable; ya lo consiguió controlar anteriormente y podrá volver a hacerlo (Friedberg y McClure, 1995; Kendall, 2006; Stallard, 2007; Fernández-Zúñiga y Caja, 2008; Friedberg y col., 2009).

3.13. HABILIDADES AVANZADAS EN CASOS DIFÍCILES

Las habilidades del terapeuta tienen un largo recorrido y a las competencias básicas, que se vieron, hay que añadir habilidades más avanzadas para tratar con niños o adolescentes en situaciones difíciles de forma efectiva. En la interacción paciente-psicólogo suelen aparecer conductas características de la forma de relacionarse el niño y de afrontar situaciones nuevas. En las primeras sesiones es relativamente frecuente que surjan este tipo de manifestaciones, aunque también pueden presentarse a lo largo de la evaluación o de la intervención. El niño reacciona emocionalmente con conductas disruptivas, oponiéndose, evitando comunicarse o relacionarse con el terapeuta o mostrando frustración al realizar tareas y juegos. Asimismo, puede rechazar la evaluación por estar en desacuerdo con los padres o porque no acepta tener una dificultad (Villa y Reitman, 2007). En definitiva, estas reacciones dejan en evidencia sus dificultades emocionales, sociales o comunicativas.

Un Chico de 13 años en la primera consulta.

N: «No quiero estar aquí. No pienso hablar de nada contigo».

T: «Ya veo que estás enfadado. No estás de acuerdo con que tus padres te hayan traído, ¿no? Comprendo que te enfades. Pero ellos me han contado que están preocupados y quieren ayudarte. Sé que tú ves las cosas de otra manera y me gustaría hablar contigo, saber tu opinión y lo que tú piensas.

Sé que te resulta difícil hablar, a mí también me pasa cuando no conozco a las personas».

Conductas de este tipo dificultan una interacción positiva y entorpecen la obtención de datos en la evaluación y cuando se dan durante el tratamiento suponen un freno para el avance de la terapia y del aprendizaje. Aunque no siempre son previsibles, es conveniente conocer las conductas más habituales para ayudar al terapeuta a preverlas, contar con estrategias y saber de antemano cómo manejarlas. A medida que el psicólogo las resuelva en la práctica, irá haciéndose gradualmente más hábil en su manejo.

Para el psicólogo la forma de solventar estas situaciones dependerá de la edad y la capacidad cognitiva del menor, ya que condicionará el tipo de conducta que muestre (inhibición, agresividad, etc.). Asimismo, tendrá en cuenta el motivo de consulta y quién derivó el caso (Villa y Reitman, 2007).

A continuación, se describen algunas de estas conductas frecuentes en las sesiones de evaluación y de intervención y se ofrecen algunas estrategias para gestionarlas (Beck, 1976, 2000; Gavino, 1997, 2005; Cormier y Cormier, 2000; Ruiz y Villalobos, 1994; Beck, 2011).

3.13.1. Situaciones difíciles frecuentes y estrategias a seguir

Conductas comunicativas

El niño emite conductas como gesticular, imitar la pregunta o comentario del terapeuta, hacer burla al adulto o no responder.

Inhibición: esconderse detrás de la madre cuando el adulto se dirige a él; evitar el contacto visual; hablar con pocas palabras y mostrarse huido.

Preguntar reiteradamente: ¿Acabamos ya? o ¿Esto para qué es?, Esto no me gusta. Quejarse o intentar distraer al terapeuta o no colaborar.

Estrategias

- ⇒ Para manejar la inhibición es mejor extinguirla y favorecer conductas alternativas de interacción o de participación mínima por medio de conducta no verbal, como mirar, sonreír, compartir un juego, etc., y reforzarlas a continuación.
- ⇒ El silencio es una conducta que el adulto interpreta con frecuencia como desafío y genera habitualmente intentos de conseguir que el niño hable. Algunas veces con actitudes solícitas y otras de presión, las cuales involuntariamente generan el refuerzo del silencio. Es decir, en estos casos el niño puede recibir más atención por no

responder que por comunicarse o hablar. Por tanto, es importante atender a las conductas de colaboración sencillas (gestual, vocalizaciones reducidas) e ir favoreciendo la comunicación en un ambiente sin presión.

- ⇒ Otra conducta comunicativa puede ser que el niño hable mucho, de modo poco coherente, enlazando una idea tras otra, lo cual puede tener la intención de posponer o no iniciar una tarea o desviar la atención del evaluador. Estas conductas suelen estar relacionadas con actitudes que al niño le hayan resultado en su medio natural, con la familia o en el colegio.

Por tanto, el terapeuta será cuidadoso en no reforzar estas actitudes involuntariamente y utilizar la extinción (no prestando atención con el gesto o verbalmente) mostrando una actitud relajada y dirigiendo la atención hacia los juegos (con los más pequeños) o hacia temas de su interés (en escolares), al tiempo que no se comenta su falta de comunicación. Con los adolescentes se puede afrontar directamente su rechazo y negociar con ellos cómo abordar la situación (como se ha visto antes).

Ante los silencios el psicólogo puede indicar a los niños que si quieren pueden jugar con los juguetes y materiales de juego. Si el silencio continúa, el terapeuta puede empezar a jugar él mismo, a solas con los juguetes (o pintar o leer) dando tiempo a que el niño tome la iniciativa. Estas actividades pueden servir para dar tiempo al niño a que se habitúe y cambie su actitud. En ningún caso, si el niño está tenso y no responde verbalmente o no inicia la comunicación, no se le debe forzar directamente a que hable, ya que es contraproducente y favorece que se mantenga en el silencio (como sucede en el trastorno de mutismo selectivo). En los chicos mayores pueden negarse a hablar para mostrar rechazo o estar relacionado con la vergüenza a hablar sobre un tema.

Berrinches. Llanto

Es muy frecuente en niños preescolares que lloren al separarse de la madre; igualmente, cuando están cansados o la tarea es difícil, suelen llorar. También se dan otras conductas emocionales como forma de demandar algo al adulto o frustración. Sin embargo, en los mayores o adolescentes el llanto suele indicar la pena o tristeza que les supone relatar los problemas que les afectan o la dificultad para solucionarlos.

Estrategias

- ⇒ Las *rabieta*s es sabido que son una forma inadecuada de manifestar el niño sus deseos o insatisfacción y que puede tener efecto cuando el adulto las refuerza inadvertidamente, al intentar calmarle, razonar o convencerle. Contrariamente, es más útil no prestar atención a la rabieta (*extinguir* la conducta, es decir, *no-hacer-nada*) y esperar a que disminuya y desaparezca para reforzar el comportamiento positivo de no llorar. Se puede advertir al niño que cuando deje el llanto seguirán jugando. También es posible

utilizar *tiempo fuera*; si es necesario se elimina el refuerzo en el ambiente (cesar la actividad después de una conducta indeseada).

- ⇒ Regañar o decir que está mal lo que hace no suele ser efectivo para eliminar una conducta indeseada, especialmente si son conductas disruptivas. Es necesario combinar la retirada de atención con un refuerzo deseado por el niño.
- ⇒ Asimismo, hay que diferenciar cuando el llanto pueda ser para el niño o adolescente un recurso habitual ante la frustración o una fórmula para evitar otras circunstancias.
- ⇒ En el caso de llanto con tristeza de chicos mayores es importante que el psicólogo sea sensible y cambie a otro tema que sea menos tenso o emocional para el paciente y cuando esté en otras condiciones volver a plantearlo. La empatía del terapeuta comprendiendo su situación y centrar la atención del niño en otra cosa le ayudará a serenarse.

Señales de cansancio, falta de atención

Cuando el niño deja de colaborar, atender o muestra inquietud motora puede ser por diferentes razones. Los preescolares suelen manifestar estas conductas especialmente si están cansados, reclaman la presencia de la madre o rechazan la tarea. En respuesta puede empezar a tirar los juguetes con los que estaba jugando antes. Algunas manifestaciones en los menores son:

Motoras: levantarse, moverse continuamente en la silla, coger cosas, volverse hacia otro lado, dar la espalda. Los niños que se mueven constantemente, o se suben para alcanzar un objeto, necesitan acortar los tiempos de interacción e intercalar actividades motoras, para volver a las tareas.

Falta de atención: inatención o dispersión hacia las indicaciones, preguntas, actividades, etc. Comentarios verbales de distracción no relacionados con la actividad, como: «*Yo tengo muchos juguetes*». «*Mi hermano me deja sus coches*», no mirar al evaluador o mirarle de soslayo, atendiendo a otras cosas de la sala.

Preguntas frecuentes: fuera del tema o actividad de ese momento, interrumpiendo el juego o la conversación con comentarios o preguntas como: «*Sabes qué?...*»; «*¿Y ese juguete de quién es?*»; «*Quiero que me des ese barco*».

«Quiero que venga mi mamá». «¿Cuándo me vienen a recoger?». «¿Hemos terminado ya? Ya no quiero más». «Me quiero ir».

Estrategias

En estos casos es necesario que el terapeuta esté atento para detectar las primeras señales de *cansancio* o aburrimiento del niño para cambiar de actividad o preparar el final de la

sesión de modo que no llegue al punto en que el niño rechace la situación. En el momento en que lo detecte debe proponer una tarea sencilla y después de realizarla acabar la sesión, o cambiar de actividad si se percibe que el niño se motiva y continúa con otra cosa. Estas señales también pueden advertir de niños con dificultades atencionales o falta de control.

Cuando aparece *inquietud motora* es importante prever la dificultad del niño para mantenerse quieto mucho tiempo. De nuevo el psicólogo debe anticiparse a permitir que el niño se mueva, proponiendo alguna actividad que incluya movimiento. Pero no se debe permitir el escape, saliendo de la sesión, ya que puede suponer un refuerzo negativo para el niño (dejar la sesión de evaluación).

Igualmente estas conductas se presentan a veces con un tipo de actividad que el niño esté realizando ante la que tenga la intención de distraer al terapeuta o evitarla por ser difícil. Por ejemplo, un niño con dificultades lingüísticas mostrará conductas de distracción o evitación ante tareas que impliquen estas habilidades.

Provocaciones, retar

Hay casos de conductas inadecuadas del niño que tienen intención de llamar la atención, mostrar frustración o conseguir algo del terapeuta, como, por ejemplo, usar palabras groseras, palabrotas, insultos, o uso inapropiado del lenguaje en situaciones sociales con adultos («*Eres una tonta*»). En niños mayores pueden mirar fijamente al terapeuta sin responder o hacer comentarios contrarios u opiniones provocadoras para el terapeuta o sobre las normas de sus padres. En ocasiones, los adolescentes muestran estas conductas desafiantes cuando son persistentes, evitan cambiar su actitud, manifiestan rechazo a acudir a la consulta, etc.

Estrategias

- ⇒ Ante las provocaciones el psicólogo no debe entrar en el desafío y tratar de comentarlo con el chico aceptando su forma de ver las cosas y no entrar en luchas de poder o en sermonearle. Es importante mantener la calma y buscar la forma de comprender su situación y transmitirle apoyo con comentarios que se lo muestren: «*Me parece que no quieres estar aquí,...*» «*Quizá te pueda ayudar a saber cómo decir (o hacer)*». Asegurarle que se le quiere ayudar a solucionar su situación o dificultad.
- ⇒ Con niños menores conviene también desviar la atención hacia otros temas o juegos de su interés y darles tiempo para modificar su actitud.

Conductas no cooperativas o negativistas

Cuando el niño presenta actitudes de no cooperación (como responder erróneamente a las preguntas, negarse a hacer tareas y resistirse a peticiones como «*vamos a pintar*», «*siéntate*» o «*escribe tu nombre*»), estas actitudes suelen corresponder con rechazo de la tarea, de la situación o la búsqueda de enfrentamiento y también dificultad para expresarlo verbalmente.

Igualmente, una baja tolerancia a la frustración o impulsividad puede llevar al niño a estas reacciones.

Con frecuencia, las consecuencias que proporcionan los padres a la conducta negativa de sus hijos pueden dar la clave del problema.

Estrategias

- ⇒ Ante las conductas de *no cooperación* se deberá utilizar generalmente la extinción, proponiendo juegos alternativos y negociando otras actividades. También es conveniente esperar a plantear de nuevo las tareas más adelante, cuando la relación con el terapeuta esté más afianzada. En el segundo intento conviene disminuir la complejidad de la tarea y facilitar éxito en la misma. Con los adolescentes el terapeuta debe anticiparse a estas situaciones y preguntar cuál es su actitud y las dificultades que presenta. Asimismo, debe observar si le cuesta relacionarse con adultos desconocidos; saber si está de acuerdo en que se evalúen o se intervenga sobre sus dificultades, etc.
- ⇒ Cuando el adolescente no esté de acuerdo con la perspectiva de los padres, el terapeuta buscará establecer con él una relación de confianza y mostrará interés en cuál es su forma de ver el tema, de modo que el chico perciba el apoyo hacia él. En el caso de mostrar una resistencia clara a seguir con la entrevista o la evaluación, es posible plantear una negociación con él para realizar una primera sesión y una segunda y después decidir si continúa o lo deja. El terapeuta en esa sesión tiene que buscar la forma de plantear algunos aspectos puntuales prioritarios que motiven al chico y acordar trabajar en ellos. En este supuesto siempre se puede dejar abierta la posibilidad de volver más adelante (Handwerk, 2007).

Agresiones verbales o físicas

Se pueden manifestar tirando objetos al terapeuta o dando patadas. Estas reacciones pueden presentarse de forma ocasional, ante frustraciones concretas, aunque en otros casos persistentes son el motivo de consulta.

Estrategias

Cuando se sabe de este riesgo, se debe preparar el despacho y antes de recibir al niño retirar de su alcance aquello que le pueda dañar o con lo que pueda agredir. El terapeuta estará también atento a los movimientos del niño para prevenir reacciones impulsivas de agresión. También se puede pedir la colaboración de un compañero que ayude en la sesión. Asimismo, el terapeuta tiene que estar atento al aumento de la respuesta emocional y buscar una conducta alternativa, expresando verbalmente su ira o disminuyendo el origen de la frustración. La información de los padres es necesaria para anticipar estas reacciones (Ruiz y Villalobos, 1994).

Inventar intencionadamente cosas falsas

Hay ocasiones en que los comentarios son invenciones claramente falsas, como decir que tiene tres hermanos y se sabe que son dos. La intención con que el niño lo dice dependerá de la edad; en el caso de un niño pequeño puede confundir el deseo con la realidad, pero en escolares puede tener la finalidad de confundir al terapeuta, manipular, no colaborar o no continuar con un tema. En los niños mayores suele ser una conducta retadora para medir la resistencia del terapeuta.

Estrategias

Ante los comentarios y respuestas falsas ya se vio (en este mismo capítulo, en la entrevista) que no es conveniente enfrentarse con el niño; negar lo que él dice es a veces un estímulo para que siga con la invención. Es preferible ser paciente y no atender (extinguir) a su conducta, reorientando la conversación hacia otros temas. Con los mayores se debe preguntar si lo que cuentan es más el deseo de que ocurra que una realidad.

3.13.2. Pautas para el control de conductas inadecuadas

Para la mayoría de las conductas y emociones citadas que pueden dificultar o alterar la valoración o la terapia es necesario que el terapeuta tenga en cuenta algunos recursos, para controlarlas, que se exponen a continuación (Gavino, 1999, 2006):

- ⇒ Manejar las conductas disruptivas desde el momento en que surgen. Algunos comportamientos necesitan ser eliminados para poder realizar o continuar la intervención con el niño.
- ⇒ Sentar las bases desde el comienzo de la forma en que se va a trabajar con el chico en la evaluación/terapia. Estas normas no necesitan ser explícitas. La actuación del terapeuta y el uso de técnicas orientan al niño en cómo proceder en la situación.
- ⇒ No siempre las respuestas emocionales, el llanto o la conducta negativa tienen el mismo sentido de malestar emocional en el niño. Es importante observarlas previamente antes de actuar apresuradamente y examinar para valorarlas en cada caso.
- ⇒ La observación y el análisis de estas manifestaciones forman parte de la evaluación emocional misma del niño, de su forma de interactuar, de afrontar situaciones conflictivas y de resolución de problemas.
- ⇒ La puesta en práctica de estrategias para manejar estas dificultades y el resultado de las mismas aportan datos valiosos de la capacidad que desarrolla el niño para superarlas. Igualmente, indican cuáles son las técnicas que le funcionan al psicólogo en ese caso en concreto. Además, supone información fundamental para el inicio del tratamiento y de su efectividad a largo plazo. Asimismo, es una experiencia valiosa para orientar a los padres en el control de estos problemas en la casa o en el colegio.

- ⇒ Para controlar la conducta del niño de forma terapéutica es necesario observar y analizar el origen de la misma, ya que puede deberse a diferentes causas. No siempre es posible encontrar las causas que mantienen un comportamiento y es preciso hacer un análisis funcional de su origen.
- ⇒ En algunos casos complicados, en los cuales el terapeuta no tenga claro cómo está funcionando la conducta del niño, es conveniente realizar un análisis más pormenorizado de las respuestas del mismo y de las del propio terapeuta. Así podrá realizar un registro atendiendo a los antecedentes y consecuentes que están manteniendo la conducta.
- ⇒ Asimismo, hay que tener presente que una sola manifestación de la conducta no suele ser significativa si no se repite en las mismas u otras circunstancias.
- ⇒ Observar si existe relación de la conducta disruptiva con déficits que el niño pueda presentar en determinadas habilidades.

Cuando una tarea de lápiz y papel se ha relacionado con la respuesta de no colaboración en dos ocasiones, se debe plantear otra actividad con un nivel de dificultad bajo (perceptivo-motor) y se observa la reacción del niño. También es conveniente proponer una actividad del mismo tipo, pero en la que no se use lápiz y papel para desligar la intervención del aspecto perceptivo de la actividad motora.

- ⇒ Igualmente, la capacidad que muestra el niño para no persistir en la conducta alterada y ceder hacia otra actitud estará indicando la flexibilidad que posea para adaptarse a una nueva situación y también su capacidad de aprendizaje.
- ⇒ En otros casos el problema puede estar en relación con el cansancio, con habilidades limitadas, con dificultades de atención, verbales, etc. También puede relacionarse con problemas emocionales, con el material utilizado o con temas que sean significativos o aversivos para él. De la misma forma, la manera en que se organiza la sesión y el grado de estructuración alta o baja pueden influir decisivamente en la buena marcha de ésta.
- ⇒ Para reducir las posibilidades de que el niño evite una tarea es preferible simplificar la actividad en pasos para ajustar el nivel de exigencia a la capacidad del niño.
- ⇒ La mejor manera de reducir la mayoría de estas conductas indeseables es favoreciendo el aumento de las deseables y utilizando la extinción, siempre que sea posible.

Para reducir quejas o rechazo a determinadas tareas o las pruebas, lo mejor es proponer actividades con las cuales se sabe que el niño conseguirá éxito.

- ⇒ El terapeuta deberá conocer y utilizar las técnicas conductuales para aplicarlas según el caso. Además, para controlar la conducta del niño planteará un programa de refuerzos para reducir o aumentar conductas en vez de utilizar las técnicas de forma aislada, combinando diferentes técnicas (refuerzo, extinción, presentar el modelo de la conducta positiva, etc.).

- ⇒ Las técnicas se deben aplicar de forma continuada a lo largo del proceso terapéutico y de forma cercana a la aparición de la conducta problema, para que sea efectiva la consecuencia.
- ⇒ El terapeuta debe mantener una actitud clara para el niño, de modo que desde el comienzo de la interacción establezca las normas claras y límites entre los comportamientos que acepta o no, para que el niño los conozca. El niño variará su actitud en función de cómo se establezcan las normas de la relación.
- ⇒ Aunque el terapeuta pueda entender sus dificultades y sentir empatía con el chico, no aplicará el refuerzo a conductas que son perjudiciales y que no le proporcionan recursos para enfrentarse a su problema.
- ⇒ Para desarrollar esta relación terapéutica es necesario estar atento a las respuestas del paciente, comprender sus intereses y emociones, darle un margen y esperar.
- ⇒ Reforzar de forma contingente con la conducta adecuada, usando tipos de refuerzo diferentes. Es conveniente utilizar varios refuerzos tanto para reducir una conducta negativa como para aumentar una positiva y conductas incompatibles con la que es inadecuada.

Un niño inquieto de 7 años mientras están realizando las tareas en la clase se levanta con frecuencia para sacar punta al lápiz o dar algo a un compañero. El terapeuta, en vez de utilizar métodos coercitivos o regañarle para suprimir esa conducta, le permite levantarse de la silla cuando acaba una parte de la tarea.

- ⇒ Para la mayoría de los niños la atención de un adulto significativo supone para él una fuente potente de refuerzo. Por tanto, el terapeuta será consciente de que puede mantener involuntariamente conductas inadecuadas durante la sesión.
- ⇒ La *extinción* es una técnica muy útil para reducir conductas que no son perjudiciales para el niño o para otros. Por ejemplo, *no hacer nada* (extinción) no es la técnica adecuada cuando el niño está pegando a otro.
- ⇒ El terapeuta debe evitar acabar una actividad después de que el niño haga algo inadecuado. Cuando un niño no quiere hacer la tarea, puede presentar en sesión una conducta disruptiva (por ejemplo: tirar el cuaderno al suelo), si con ella consigue eliminar un hecho que no desea (una tarea difícil). En ese caso la actitud del niño de no hacer la actividad se mantiene por *refuerzo negativo*. Y es probable que cuando se le presente otra tarea difícil vuelva a aparecer la conducta de tirar cosas, porque así evita tener que hacerla. Es decir, tirando cosas el niño consigue eliminar un hecho desagradable para él (hacer tareas difíciles).

En el caso de un niño que no sepa resolver una tarea y empiece a tirar las cosas de la mesa, si el adulto retira la actividad y acaba la sesión, el niño aprende que cuando quiera evitar la actividad, otros días, tirando el material lo conseguirá.

- ⇒ Es importante que el adulto no intente corregir las conductas negativas de forma inmediata y reiterada, ya que, por el contrario, se reforzarán y el niño continuará haciéndolas porque reclaman más atención que otros comportamientos positivos.
- ⇒ El terapeuta debe centrarse en los aspectos positivos y evitar sermonear o criticar su actitud, ya que favorecerá la aparición de otros comportamientos negativos (Sattler, 2003).

Un niño de 6 años que dice «tacos» y no realiza la prueba que se le presenta; el psicólogo puede obviar (extinguir la conducta) los «tacos» —sin regañarle por decir palabrotas— y seguir presentando la actividad atendiendo a otras conductas positivas que el niño emita.

Ello obliga al adulto a estar muy atento a la aparición de cualquier conducta positiva para reforzarla.

Un niño puede estar colaborando sin problemas y al presentar una tarea que le requiere esfuerzo cognitivo y atención, empezar a mostrar reticencia y conductas disruptivas para no realizarla.

3.13.3. Otras situaciones difíciles

Otras situaciones que pueden plantearse a lo largo del proceso terapéutico son aquellas en las que surgen temas que no han sido transmitidos o detectados con anterioridad por los padres o el niño, y en los que es necesario detenerse y ampliar la investigación, debido a su importancia. Son circunstancias en las que el niño se encuentra en una situación delicada, conflictiva o de riesgo (maltrato, abuso físico o sexual, depresión, tendencias suicidas, oposición, rechazo de la situación, etc.). Este tipo de acontecimientos son difíciles de gestionar y exigen al terapeuta criterios y recursos para obtener información del niño o del adolescente para comprobar hipótesis y saber actuar en consecuencia o derivar (Young y col., 2010).

Maltrato y abuso

Cuando se sospeche de maltrato o abuso físico o sexual o de negligencia, el terapeuta debe ser consciente de que estos casos requieren especialización, entrenamiento y experiencia del evaluador para llevar a cabo la entrevista o la evaluación. Esta capacitación habitualmente la tienen más los psicólogos forenses o de servicios sociales que los psicólogos de salud mental. Asimismo, generalmente requieren un procedimiento legal y un enfoque forense; de la misma manera la estructura de la entrevista y el modo de realizar las preguntas tiene un formato técnicamente específico (McConaughy, 2005; Young et al., 2010).

Ante un supuesto de estas características el psicólogo debe derivar el caso a un profesional especializado. Asimismo, cuando hay confirmación de alguna de estas circunstancias, el terapeuta debe documentar de forma precisa la denuncia del abuso y tiene obligación legal de informar, según exige el código ético del psicólogo (COPC, 1999; APA; Palmer et al., 2007).

En caso de detectar situaciones de este tipo el terapeuta debe mantener la calma, tener

confianza y tratar de conservar la relación terapéutica con el menor, usando una comunicación abierta y directa para seguir apoyándole (Young y col., 2010).

En cada comunidad existen organismos de asistencia para los menores que se deben consultar para tener un protocolo de actuación. El psicólogo debe asegurarse desde el comienzo de la evaluación de que los padres y los chicos estén informados de los límites de confidencialidad para que el profesional se refiera a cómo fue aceptada (Wise et al., 2007). Asimismo, el terapeuta informará al niño, al adolescente y a los padres de la necesidad de realizar la denuncia.

Riesgo de suicidio

Otro caso de situación terapéutica compleja es valorar a niños o adolescentes con *amenazas o riesgo de suicidio*. Cuando existen datos para sospechar que el chico o adolescente supone un peligro para sí mismo o hay pensamientos de suicidio, el terapeuta debe identificar la severidad de la amenaza y derivar el caso al profesional competente. Los psicólogos deben contar con recursos para afrontar posibles casos de niños en crisis con depresión y conocer las señales de peligro o riesgo potenciales. Por tanto, el terapeuta debe identificar cuál es el tipo de ideación del chico acerca de la muerte y si tiene algún plan que parezca realista (Young y col., 2010).

Para valorar esta posibilidad hay que tener en cuenta las características del joven y sus antecedentes, siendo más vulnerable si tiene factores de riesgo adicionales; entre otros, depresión, problemas de conducta externalizante, abuso de sustancias, una historia familiar de depresión o trastorno del estado de ánimo (Méndez 1998, 2001; Del Barrio, 1997; Dervic, Brent y Oquendo, 2008). Si el problema se considera grave el terapeuta debe remitir al niño al hospital, donde pueden controlar el comportamiento y recibir el tratamiento adecuado. Asimismo, está obligado a comunicar esta situación a los padres del niño o cuidador, aunque el niño se oponga. El terapeuta debe tener delicadeza al tratar el tema con éstos para evitar perder la confianza y el vínculo con el chico y buscar que sea en su presencia o que él mismo lo comente a sus padres.

4. HABILIDADES PARA EL TRABAJO CON PADRES

4.1. PERSPECTIVA TERAPÉUTICA

Los padres están cada vez más involucrados en la educación de sus hijos. La bibliografía para padres dedicada a la orientación y pautas de conducta está aumentando. Las familias están más sensibilizadas a reflexionar sobre aspectos de los desarrollos infantiles y atentas a buscar ayuda cuando observan dificultades. Asimismo, socialmente están cambiando conceptos dentro de la organización familiar, especialmente con la incorporación de la mujer a la vida laboral y la consiguiente integración del padre a la educación y el cuidado de los hijos, responsabilidad que asumían tradicionalmente las madres.

Además, por efecto de nuevos modelos familiares, como parejas divorciadas, familias monoparentales, reconstituidas (una pareja con al menos un hijo de una relación anterior), o familias con hijos adoptados, han incorporado a otros adultos que conviven con el niño y deben desarrollar un papel diferente al tradicional del padre o de la madre. Es el caso de las nuevas parejas, de los padres divorciados u otros miembros de la familia extensa como abuelos, tíos, etc., que ejercen un papel activo en el cuidado y la educación del niño. Estas nuevas figuras deben cumplir un rol que no está establecido por los anteriores modelos sociales habituales y que con frecuencia exige definirlo y orientarlo para que se ajuste a la relación con el menor.

Por otra parte, la psicología está ofreciendo criterios claros para la crianza, educación y prevención de problemas infantiles y juveniles y los programas de tratamiento incluyen con frecuencia a los padres (o adultos significativos), para que con su participación se pueda abordar con mayor éxito la conducta problemática de sus hijos (Silvares y Marinho, 1998; Marinho, Caballo y Silveira, 2003; Olivares, Rosa, Olivares, Orgiles y Parada, 2006; Scott, 2010; Llavona y Méndez, 2012).

4.1.1. Observaciones previas

Todos los cambios antes citados obligan al terapeuta infantil a adquirir competencias en el trabajo con los padres y otros miembros de la familia del niño, para que colaboren y establezcan relaciones con él que faciliten la mejora de sus problemas (véase capítulo 1 de este libro). Además, generalmente, cuando los padres (o las personas responsables que intervienen en la vida del menor) acuden al psicólogo, ante la preocupación y desorientación que sienten por las dificultades del niño, ellos también suelen pedir ayuda. Esta circunstancia exige al terapeuta conocimiento y comprensión de las características de los padres y otros adultos, saber interpretar sus sentimientos y emociones en relación con el niño para

manejarlos adecuadamente (Scott, 2010; Weis y Kazdin, 2010).

Del mismo modo, para el psicólogo trabajar con los padres supone tener un enfoque distinto y establecer una relación especial que exige habilidad para responder a sus demandas, explicar los objetivos, evaluar actitudes, dar orientaciones, modificar creencias o conductas, etc. Todas estas particularidades exigen con frecuencia afrontar situaciones de tensión interpersonal y un área terapéutica específica.

Población heterogénea

Hay que partir de la base de que en el trabajo con los padres se está ante una población heterogénea, que la componen individuos con el único denominador común de tener un menor con dificultades, que cada uno de ellos lo percibe de manera diferente y tiene ideas, actitudes y expectativas distintas ante el niño y su dificultad.

Cambios en la conducta del niño

Por otra parte, dado que la conducta del niño cambia de forma sustancial según el contexto, pudiendo presentar problemas diferentes en casa, en la sesión o en el colegio, la colaboración de los padres es esencial, ya que son las personas que más información pueden proporcionar del niño tanto en la evaluación como en la intervención. Además, conocer a la familia puede ayudar a encontrar claves de la dificultad del niño en el contexto en el que se desenvuelve. Asimismo, las actitudes de los progenitores ante el problema proporciona datos sobre el funcionamiento de la familia, las pautas educativas, forma de aplicar la disciplina, los reforzadores, etc., lo cual ayuda a identificar en qué medida los padres están influyendo en aumentar, disminuir o mantener el problema del niño (Kendall, 2006; Holmbeck y col., 2010; Olivares y col., 2006).

Cambios en la familia

A lo largo de la evolución de las familias se producen cambios de manera natural. Algunos son esperables y previsibles, muchos de ellos se pueden anticipar, como el inicio de la escolaridad, el nacimiento de un segundo hermano; pero otros son imprevistos y están fuera del control de los padres, como una hospitalización, un accidente, una enfermedad prolongada durante el desarrollo. Todas las circunstancias suelen provocar sensaciones, ansiedad, descontrol o ajustes en el funcionamiento familiar, tanto para los padres como para el niño. Estos cambios introducen modificaciones en cómo los padres perciben al niño, cómo interpretan sus emociones y su conducta (Geldard y Geldard, 2002; Patterson y col., 2009; Palacios y col., 1998; Rodrigo y Palacios, 1998).

El nacimiento de un hermano supone para los padres un cambio de vida al que adaptarse. Para el niño también es una alteración importante, cuya adaptación y percepción de la nueva situación dependerá de la

forma en que la afronten los padres.

Unos padres esperan que su hijo crezca y llegue a la adolescencia y esperan ese cambio como un hecho natural.

El nacimiento prematuro dos meses antes de la fecha esperada genera desajustes en la organización prevista en la vida de los padres y hermanos, además de la ansiedad y el estrés característicos de un bebé pretérmino.

La forma en que se haya resuelto la nueva situación a lo largo de un período y la manera en que los padres la hayan afrontado y cómo actúen y se sientan incidirá también en la forma en que el niño entienda lo sucedido (Bornstein, 2002; Llavona y Llavona, 2012).

Percepción del niño

La percepción que un padre o una madre tiene de su hijo se va fraguando a lo largo del desarrollo, de la interacción entre ambos y de manera especial en los primeros años. Esta percepción está relacionada con diferentes factores: cómo se ha producido el desarrollo y la crianza, las dolencias que ha tenido que afrontar, la persistencia de las mismas, la facilidad mostrada en superar las contrariedades, el lugar que ocupa en la familia, etc. Estas variables inciden en cómo los padres conceptúan al hijo, y frecuentemente lo califican de débil/fuerte, sensible, activo, etc.

La forma de conceptuar al niño con base en estas creencias y actitudes no son producto generalmente de una reflexión intencionada, sino que se van fraguando en la interacción del padre o la madre con el *feedback* que el niño va proporcionando con su comportamiento (o asimilándolos a los modelos de conducta conocidos en la familia). Estas concepciones suelen condicionar la conducta y la relación que los progenitores tienen hacia el niño (niveles de exigencia, de protección diferente a otros hermanos, tolerancia hacia la conducta disruptiva, etc.) (Geldard y Geldard, 2002; Bornstein, 2002; Palacios, 2003). También pueden mantenerse con el paso del tiempo a veces aunque las circunstancias y acontecimientos se modifiquen.

En ocasiones la perspectiva de los padres puede ser poco ajustada a las capacidades o a las limitaciones que presenta el niño y no comprender o aceptar determinadas conductas o actitudes. Sin embargo, en otros casos sorprende que unos padres preocupados por uno de sus hijos consulten por un problema leve mientras que otro de los hermanos, con una dificultad significativamente más grave, no les haya generado inquietud para consultar.

Los padres de tres hijos, dos niñas y un niño, acuden a consulta por retraso en el control de esfínteres del hijo menor de 4 años. En la entrevista comentan las dificultades escolares de la hija mayor de 7 años, a quien todavía le cuesta separarse de la madre y presenta miedos y ansiedad ante multitud de situaciones cotidianas.

Figuras de referencia

Los padres son las figuras de referencia para el niño y un modelo de conducta para él. Las concepciones y creencias que el niño va desarrollando sobre las cosas y su problema tienen su base en las concepciones que sus padres tienen de ello. La colaboración de los padres a lo largo del proceso terapéutico facilita el progreso del niño en el tratamiento.

4.1.2. Participación de los padres

Los programas de intervención infantil y juvenil están incluyendo a los padres en la medida en que la evidencia señala los buenos resultados que se obtienen con su participación (Geldard y Geldard, 2002, 2004; Eyberg y col., 2005; Young, Davison, Gross, 2010; Holmbsck y col., 2010; Patterson y col., 2009; Robles Romero, 2011). Los estudios indican la eficacia del entrenamiento de padres para conseguir cambios positivos en la conducta del niño y en la suya propia; en el niño al avanzar en su conducta prosocial y comunicación, y en los padres por aumentar sus habilidades parentales y conseguir una relación positiva diaria con sus hijos (Tucker y Gross, 1997; Lundhal et al., 2006; Robles Romero, 2011).

Sin embargo, algunos profesionales plantean la mayor dificultad que conlleva trabajar con los padres por la baja motivación que a veces muestran y por dificultad para llevar a cabo las indicaciones. Aunque en algunos casos pueda ocurrir, la evidencia indica que cuando los padres participan y se mantienen, los tratamientos son más efectivos, se consiguen antes los objetivos, se proporcionan recursos que son útiles para solucionar de forma independiente otros problemas en el futuro y disminuye la ansiedad y la culpabilidad por el problema (Robles Romero, 2011).

Por otra parte, hay que tener en cuenta las habilidades del clínico para incorporar a los padres, cómo y de qué forma. El profesional debe establecer previamente una relación de confianza suficiente con ellos para que consideren su participación básica para el avance del niño. Es primordial para una respuesta positiva de la familia partir de estas premisas y atender a la forma, el momento y la explicación de cómo se proponen las orientaciones o la colaboración en la terapia.

Por otro lado, no se puede olvidar el alto nivel de estrés que genera un hijo con problemas y los sentimientos negativos de ansiedad, temor o culpabilización que los padres puedan sentir justificadamente ante la realidad del problema existente.

4.1.3. Relación terapéutica

La relación con los padres requiere, al igual que en otra relación terapéutica, una actitud abierta hacia los diferentes puntos de vista, mostrando tolerancia hacia su forma de interactuar con el niño, transmitiendo calidez y respeto. Por el contrario, la conexión con los padres no se favorece si el terapeuta se muestra distante, rígido o crítico con su forma de ver el problema del niño o de proceder. Partiendo de esta interacción se podrán plantear los cambios que se

vean necesarios en el niño (Ruiz y Villalobos, 1994; Barreto, Arranz y Molero, 1997; Ackerman y Hilsenroth, 2001).

Conocer y respetar su perspectiva. Respeto mutuo

El terapeuta debe partir de la base de que los padres conocen bien a su hijo aunque sus descripciones no siempre estén estructuradas (o por áreas) como las de un profesional. Generalmente saben cómo es el niño, qué le ocurre y qué aspectos desean modificar. Ello implica que el psicólogo debe partir conociendo su realidad, comprendiendo sus sentimientos y respetando sus diferentes formas de ser y actuar. Desde esta perspectiva el terapeuta podrá intercambiar información, analizar correctamente el problema y tomar decisiones compartidas para abordar el tratamiento. No esperar respuestas y actitudes en los padres como las que tendría un terapeuta con un paciente, sino que desde su estilo personal se podrán favorecer cambios no profesionales (Ruiz y Villalobos 1994). Asimismo, el terapeuta evitará una serie de actitudes no terapéuticas en la relación con el modo de actuar de los padres, como no valorar sus aspectos positivos, ser intolerante, hacer juicios morales, entrar en polémicas (políticas o religiosas), culparles de los problemas de su hijo o hacer interpretaciones profundas sin datos, etc. (Goldstein y Myers, 1986) (véase capítulo 2, principios de la OMS). Se trata de que el psicólogo asuma su papel terapéutico de aceptación incondicional hacia su forma de proceder y mantenga un comportamiento ético y responsable (véase aspectos éticos, capítulo 5).

Compartir sentimientos

En esta relación el psicólogo tendrá que ser flexible, adaptarse a diferentes condiciones personales, mantener una actitud cercana, sensible y comprensiva y facilitar la expresión de las opiniones y sentimientos de los padres, así como buscar compartir la responsabilidad en la toma de decisiones.

Objetivos distintos

Sin embargo, hay que tener en cuenta que ambas partes, psicólogo y progenitores, no tienen los mismos objetivos. Aunque comparten el mismo interés en resolver el problema del niño, la forma de afrontarlo no suele coincidir y deben acordar objetivos comunes para la intervención. Al terapeuta le corresponde escuchar atentamente, observar, negociar y aclarar la forma de llevar a cabo el tratamiento, ya que los padres desconocen generalmente los recursos o técnicas que se van a utilizar con el niño y con ellos mismos (Geldard y Geldard, 2002; Patterson y col., 2009).

Cultura diferente

Del mismo modo que con sus hijos, el terapeuta tendrá en cuenta la procedencia cultural de los padres, siendo consciente de sus características, sus valores, creencias, conductas y costumbres, y evitará prejuicios que puedan interferir en su habilidad terapéutica para evaluar o proporcionar una atención adecuada al paciente. En la evaluación e intervención será más objetivo y ajustado en sus valoraciones si conoce las pautas de crianza, los roles de género, expectativas hacia los menores, etc. Un aspecto primordial a considerar es el idioma de los padres, para asegurarse de que no existan barreras lingüísticas en el intercambio de información y de que ambas partes se comprenden en la comunicación. Incluso cuando se maneja la misma lengua (latina), hay que atender a las diferencias de significado de muchos términos y criterios sobre los menores entre la cultura del terapeuta y la de la familia (Sattler, 2003, Hupp y col., 2010; McConaughy, 2005; Holmbeck y col., 2010) (véase capítulo 2, Factores culturales y capítulo 5, Aspectos éticos).

Estrés familiar

Diferentes estudios revelan la influencia del estado psicológico de los padres en sus percepciones sobre la conducta del niño, de la misma forma que el estrés familiar influye en cómo se afrontan situaciones familiares y en la habilidad para manejarlas cuando existen tensiones y conflictos (Conger, McCarty, Yang, Lahey y Kropp, 1984; De los Reyes y Kazdin, 2005). Por tanto, el psicólogo debe detectar posibles circunstancias que estén afectando a los padres, los cuales pueden estar incidiendo negativamente en la relación con el niño.

Las manifestaciones del estrés en los padres pueden provenir generalmente de las situaciones sociales que viven como adultos y también como padres, en relación con el cuidado de los hijos. El estrés personal puede manifestarse con la sobrecarga que sienta el adulto por su propia situación, de exceso de trabajo, problemas económicos, laborales, etc., los cuales superen su capacidad para resolverlos. Ante estas circunstancias es frecuente que los padres presenten ansiedad o síntomas depresivos. En estos casos se pueden sumar a la carga que supone afrontar la realidad de tener un hijo con problemas emocionales o de conducta (Betoín, 2005) y tener que manejar en el día a día la conducta conflictiva de un hijo, con la aplicación de la disciplina, poner límites, etc.

La situación de la pareja puede ser otra fuente de estrés, cuando los padres viven una relación difícil, tensa o conflictiva (con diferencias de criterio, violencia verbal o física), afectando tanto a ellos mismos (en la percepción del problema del niño, o en desatender sus necesidades) como al niño. Paralelamente, es habitual que aparezcan en el niño diferentes problemas de adaptación, de ajuste y de conducta.

Ante estos acontecimientos difíciles, el apoyo social que reciban los padres por parte del ambiente (familiar, amigos, etc.) puede disminuir o aumentar el problema si cuentan o no con ayuda del medio en que se desenvuelven. En un escenario estresante es probable que los padres no se encuentren en condiciones para llevar a cabo su papel parental con facilidad. El estrés se ha visto como causa de problemas de conducta en los hijos, y a su vez estos

problemas de los niños acrecientan el estrés de los padres, entrando en un círculo vicioso de malestar y desequilibrio familiar (Kazdin, 1985; Davies y Cummings, 1994).

Conocimiento de sí mismo

El autoconocimiento también es un requisito básico en el trabajo con padres. Permite al psicólogo tener claras sus propias limitaciones personales, lo que le permitirá establecer una relación terapéutica eficiente con los padres. Como ya se vio (véase capítulo 2), el terapeuta debe estar atento a que determinadas actitudes de los padres no le influyan negativamente en la relación.

Debe ser consciente de la posibilidad de percibir actitudes negativas hacia el paciente (por sus criterios, por su sistema de valores en la educación del niño, etc.) o no mostrarse seguro en situaciones determinadas (por temor al conflicto, o tener que advertir a los padres de un cambio en una conducta inadecuada, etc.). Conocer estos riesgos ayuda al terapeuta a tener una actitud reflexiva hacia la interacción con la familia (Ruiz y Villalobos, 1994; Geldard y Geldard, 2002; Bados y García, 2011).

4.2. HABILIDADES EN LA EVALUACIÓN

La evaluación de la familia es fundamental para la evaluación global del niño y exige al terapeuta recoger información detallada por medio de la entrevista y cuestionarios, así como, de forma directa, observar a lo largo de todo el proceso las actitudes familiares en la educación del hijo y sobre el problema que presenta. Además, se explora su estilo educativo, la forma de aplicación de la disciplina y las características personales de los padres, su capacidad de control, tipo de creencias, ideas irracionales, etc., así como habilidades y conocimientos que posean para el manejo de la conducta del niño o para afrontar y resolver los problemas.

4.2.1. La primera consulta/decisión de consultar

Tomar la decisión

Cuando unos padres consultan por un problema de un hijo, implica haber tomado otras decisiones con anterioridad. Para la mayoría de las personas acudir a un especialista requiere generalmente un proceso de reflexión, que termina con la selección de un profesional, lo cual es una decisión difícil. Por un lado, implica asumir la posibilidad de que su hijo presente una dificultad, después de haber buscado explicaciones o soluciones por otros medios y no haber podido o sabido solucionarla ellos mismos. Por otro lado, exige escoger a un profesional en el que ponen la confianza sin conocerlo y con frecuencia sin conocer la experiencia y cualificación necesaria para tratar niños.

En otras ocasiones los padres acuden derivados por el profesor o el médico que detectó la dificultad. Ante este hecho, pueden mostrar actitudes ambivalentes, afrontándola a veces con esperanza de recibir ayuda y otras con reticencias o temor de confirmar un problema en el niño. Igualmente cada progenitor afronta la situación del hijo generalmente de manera distinta y no siempre coinciden en el enfoque y en las expectativas de la terapia, además de la preocupación por la posible implicación que ellos pudieran tener en el problema del niño (Patterson y col., 2009).

Confianza

Con estos antecedentes los padres necesitan tener seguridad y confianza en que el profesional les ayudará y que podrá comprender la dificultad de su hijo y no le perjudicará. Esta confianza los padres la perciben en la medida en que comprueben que el terapeuta es competente en su función y tenga receptividad, empatía y aceptación de sus ideas u opiniones. Esta percepción de seguridad y confianza aumentará si observan habilidad y afecto en el trato con su hijo. Conseguir que los padres confíen es una labor prioritaria desde el comienzo de la consulta, ya que es un factor relacionado con resultados positivos en la terapia (Cormier y Cormier, 2000).

Una vez iniciada la relación, en los casos en los que la confianza de los padres se rompe por cualquier circunstancia, se observa clínicamente cómo las familias reflejan la dificultad de volver a consultar y confiar de nuevo en un profesional para la resolución del problema que les aqueja.

Ansiedad

Tener que detallar las dificultades del niño puede ser una experiencia vital especialmente estresante para un padre. Proporcionar información personal e íntima y exponerla a una persona desconocida, temer la reacción o conclusiones del terapeuta referentes a la gravedad del problema del niño suele generar ansiedad, aunque no siempre lo expresen abiertamente. Igualmente, los padres pueden percibir el escenario como posición desigual, revelando sus puntos débiles, y sentirse en inferioridad de condiciones ante el psicólogo. Por tanto, una tarea prioritaria del terapeuta es disminuir la ansiedad, favorecer que se relajen, ser sensible y tratar de establecer una relación de comprensión y apoyo.

4.2.2. La entrevista con los padres

Importancia de la entrevista

La entrevista con los padres es el primer contacto con el problema del niño y uno de los mejores métodos para obtener información relevante. En ella la familia facilita datos del

desarrollo, de la historia médica y del aprendizaje, así como de su situación en la familia, puesto que los padres generalmente son las personas que más conocen al niño.

Además, ofrece la oportunidad a los padres de dialogar con el terapeuta, intercambiar pareceres y ayudar a disminuir su nivel de ansiedad. Relatar los hechos o características del niño les facilita relacionar datos y reflexionar sobre el problema del niño a medida que los van narrando siguiendo las preguntas del terapeuta. Toda esta información es fundamental para que el psicólogo conozca el funcionamiento del niño y su problema. Paralelamente, permite al terapeuta observar a los padres, conocer sus rasgos personales, valores que tienen, la actitud que muestran ante el problema, sus expectativas, y en las explicaciones, quedan patentes los acuerdos y divergencias de ambos progenitores respecto a la educación, aplicación de la disciplina con el niño, así como la actitud de ayuda hacia el menor en la casa y con el resto de la familia.

Objetivos en la entrevista

El entrevistador busca en la entrevista recibir la información de los datos necesarios para la evaluación y la intervención con el niño. Entre otros se resumen en:

- ⇒ El motivo de la consulta y ayudar a los padres a definir el problema, la importancia que le dan y las expectativas de solución.
- ⇒ Identificar los factores relacionados con el inicio del problema y su mantenimiento.
- ⇒ Posibles reforzadores de la conducta problemática.
- ⇒ Percepción que tienen del niño.
- ⇒ Observar las actitudes y expectativas hacia las dificultades del niño.
- ⇒ Valorar el grado de disposición de los padres a colaborar en la terapia y a implicarse en el proceso de cambio.
- ⇒ Conocer el tipo de familia, recursos que tienen los padres.
- ⇒ Explorar las soluciones que hayan intentado con anterioridad.
- ⇒ Conocer los tratamientos anteriores e informes que puedan aportar para tener información de estudios que indiquen el estado del niño en edades anteriores y su evolución.

Confidencialidad

Antes de iniciar la entrevista los padres han debido firmar un escrito sobre el consentimiento de la misma, la evaluación y en su caso la intervención. Se incluyen las circunstancias en que, por la protección del menor, la ley exige que se revelen contenidos concretos. Este escrito se suele presentar adjunto al primer cuestionario de los datos del niño y siempre al comienzo de la evaluación (Sattler, 2003; McConaughy, 2005; Weisz y Kazdin, 2010; Friedberg y col., 2009; Young y col., 2010) (véase: Aspectos éticos, capítulo 5, y Anexo. Ejemplo de consentimiento informado).

Fiabilidad de la información

El aporte de las manifestaciones de los padres ayuda a contrastar la dada por el niño y establecer coincidencias y divergencias que facilitan el valorar los diferentes detalles del problema. La fiabilidad de la información de los padres puede variar según su estado de ánimo y el tipo de conducta que describen. Los padres son buenos informantes de los datos del desarrollo, de los síntomas del problema, así como de su duración, frecuencia e intensidad y de las habilidades cognitivas y conductuales (Young y col., 2010).

Asimismo, son fiables para informar de las conductas disruptivas y externalizantes de sus hijos (rabietas, llanto) y, cuando el problema afecta a otras personas (adultos, padres, profesores), mejor que los propios niños. Por el contrario, los niños indican mejor sus propias alteraciones emocionales, en comparación con las de sus padres (Bird, Goud y Straghezza, 1992). Por otra parte, los padres pueden ser subjetivos y dar información sesgada en diferentes circunstancias, ya que, por la situación, el estado de ánimo, el estrés, la ansiedad o la culpabilización, pueden aumentar o disminuir la percepción del problema del niño. Diferentes estudios indican que la depresión materna crea una forma negativa de percibir los problemas internalizantes o externalizantes de su hijo (De los Reyes y Kazdin, 2005; Friedberg y McClure, 2005; Silvermann y Ollendick, 2005; Krain y Kendall, 2000). De la misma forma, en ocasiones, pueden disminuir o aumentar los síntomas, la dificultad o las capacidades del niño, a veces por vergüenza o por dar una mejor imagen de sí mismos, de la familia o para evitar tratamiento.

El clínico debe partir de la consideración de que los diferentes informantes (padre, niño y profesor) tienen puntos de vista, motivaciones y objetivos diferentes en el proceso de evaluación y transmiten los datos en función de sus propios intereses hacia la terapia o solución del problema. Por tanto, plantean la importancia de llevar a cabo la entrevista teniendo en cuenta estos aspectos (De los Reyes y Kazdin, 2005). También es preciso que el clínico observe y recoja información acerca de problemas de salud mental, tratamientos psicológicos, farmacológicos o psiquiátricos actuales o en el pasado de los padres, si los hubiere.

Cuestionario previo a la entrevista

Antes de iniciar la entrevista es conveniente contar con un cuestionario, donde los padres reflejen los datos personales del niño y la familia y el tipo de problema del niño. En él reflejan datos básicos iniciales para que el entrevistador pueda anticipar el problema y tener una visión previa, aproximada, del problema del niño (datos personales y familiares del niño, desarrollo, aspectos médicos importantes, o escolares, etc.) (McConaughy, 2005).

Informes anteriores

Al dar la cita el psicólogo pedirá los informes de los estudios anteriores al problema actual o dificultades previas relacionadas, y los resultados. En la entrevista conviene consultar por los tratamientos recibidos, si participaron en la terapia, si les proporcionaron orientaciones sobre su conducta con el niño en la casa y si pudieron realizarlas. De la misma forma, interesarse sobre los métodos que han utilizado para solventar el problema entonces.

Inicio de la entrevista

Habitualmente para la primera consulta se cita a los padres solos, sin el niño. No se considera beneficioso para los niños estar presentes en la entrevista con los padres. En algunos ámbitos se mantiene al niño en sesión (en inicio o devolución) con el objeto de que entienda su situación. Aunque el propósito sea adecuado, no se trata de ocultarle los detalles, pero el niño tiene derecho a recibir la información de acuerdo a su nivel de comprensión y capacidad. Para el niño es perjudicial escuchar información para los adultos, que generalmente no sabe manejar al asimilarla a su sistema cognitivo y experiencia limitada. Asimismo, con los adultos se suele hablar de aspectos negativos de su hijo, pueden sentirse emocionados, defraudados o ansiosos ante aspectos de su comportamiento o aptitudes y generar en el niño tensión al observar la situación de sus padres.

La entrevista comienza con la recepción de los padres y la presentación (con nombre y título profesional) en la sala de espera, antes de pasar al despacho. La forma en que se les recibe y la actitud que muestre el clínico influye con frecuencia en la manera en que se va a establecer la relación. Una recepción cálida, abierta, directa, facilita la conexión.

Últimamente hay una tendencia a tutear a los pacientes adultos, desde el primer encuentro (en instituciones sanitarias o escolares, etc.), con el argumento de dar una mayor familiaridad y cercanía al entrevistado. Aunque existen diferentes pautas culturales, la forma de trato más generalizada de respeto hacia una persona no conocida es la del *usted*. Con esta fórmula es menos probable que el interlocutor se sienta disconforme o minusvalorado y el terapeuta establece una relación profesional con el recién conocido, sin que por ello sea menos afable o cercano. Siempre es posible acordar otra forma de trato entre las partes si se plantea esa posibilidad.

En la entrevista dispondrán de tiempo y tranquilidad para comentar en profundidad sus preocupaciones. Se les informa del objetivo de este encuentro y cuáles van a ser los pasos siguientes en la evaluación; además del niño y de la familia se pedirá información del colegio y con ello se concluirá en un diagnóstico y se podrá plantear con rigor la intervención adecuada. Para la devolución de los resultados se les citará de nuevo para discutir los resultados, diagnóstico y planteamiento de la intervención.

Es positivo recordar el consentimiento que firmaron donde se les informaba de la confidencialidad de los datos. Se les advierte que se anotarán sus informaciones para poder recordarlas después. Algunos terapeutas prefieren grabar la entrevista para lo cual deberán haber pedido su consentimiento antes, haciendo referencia al consentimiento que firmaron

(McConaughy, 2005) (véase Anexos. Consentimiento informado).

Se suele comenzar preguntando por el motivo de consulta o haciendo referencia a los datos del cuestionario cumplimentado por ellos mismos. Si hace tiempo que están preocupados, qué circunstancias han incidido en acudir ahora.

Por ejemplo, «¿Qué les preocupa de su hijo?», «¿Cuál es el motivo de su consulta?», «¿Qué preocupación tienen?», etc.

«De siempre hemos observado que la niña era retraída, pero pensábamos que era un problema pequeño y que se le pasaría con la edad. Ahora, que ya va al colegio, hemos observado un empeoramiento y vemos que le puede influir negativamente en su autoestima y relación con los compañeros y queremos ver qué se puede hacer».

Operativizar el problema

El clínico debe definir el problema de forma clara, tratando de obtener datos de la conducta concreta del niño, preguntando sobre la frecuencia, severidad, cambios, aumento y disminución, en función de qué circunstancias, consecuencias, etc., que tiene el problema. Para el terapeuta será más fácil profundizar en las características de la dificultad, centrándose en datos concretos de conductas observables/visibles (Friedberg et al., 2009; Young et al., 2010). No obstante, también es necesario conocer las atribuciones que puedan hacer los padres del origen o de relaciones de la dificultad con otros factores, así como saber el tipo de pensamientos o sentimientos que tienen al respecto (véase cuadro 4.1).

Para llegar a este grado de concreción hay que tener en cuenta que los padres tienen un punto de vista diferente al esquema conductual del clínico y puede resultarles difícil sintetizar estas dimensiones del comportamiento del niño. La empatía y flexibilidad ayudarán a los entrevistados a no sentirse presionados (Sattler, 2003; Friedberg et al., 2009; Young y col., 2010).

CUADRO 4.1 **Operativizar el problema**

- ⇒ Detallar el tipo de conducta, en sus dimensiones: qué hace, frecuencia, intensidad, etc.
- ⇒ Características; variabilidad, cambios en determinadas situaciones; cuándo aumentan o disminuyen.
- ⇒ Consecuencias de las dificultades del niño.

Realizar la historia clínica del niño

Deben recogerse todos los datos necesarios, desde el nacimiento, los antecedentes del desarrollo emocional, social, los problemas médicos, hospitalizaciones; antecedentes familiares; los tratamientos anteriores, etc. Debe obtenerse información del ambiente familiar y dinámica, organización, disciplina, etc.; también de los tipos de actividades de ocio que

comparten con el niño, así como las pautas educativas, las pautas de crianza, y el estado psicológico de los progenitores. Parte de estos datos se pueden cumplimentar con un cuestionario. En el cuadro 4.2 se detallan los puntos de la historia clínica (McConaughy, 2005; Young y col., 2010).

CUADRO 4.2 **Historia clínica**

Historia clínica del niño

- ⇒ Descripción del problema del niño. Conductas relacionadas.
- ⇒ Reacciones e intentos de ayuda de los padres. Tratamientos anteriores.
- ⇒ Consultas e informes anteriores sobre el problema.
- ⇒ Antecedentes de embarazo y parto y antecedentes médicos del niño.
- ⇒ Hitos del desarrollo (motor, lenguaje, emocional, etc.).
- ⇒ Datos del desarrollo general (sueño, alimentación, esfínteres).
- ⇒ Historia médica (enfermedades, operaciones, hospitalizaciones, etc.).
- ⇒ Antecedentes familiares de problemas relacionados.
- ⇒ Puntos fuertes y débiles actuales del niño. Intereses.
- ⇒ Dinámica familiar; relaciones entre los miembros, padres, hermanos.
- ⇒ Tipo de relación padre-hijo; tiempo de dedicación al niño, actividades, comunicación y frecuencia, etc.
- ⇒ Organización diaria, pautas educativas. Aplicación de la disciplina.
- ⇒ Separaciones. Divorcios.
- ⇒ Habilidades sociales.
- ⇒ Desarrollo emocional, autoestima.
- ⇒ Conciencia de problema del niño.
- ⇒ Historia escolar. Información académica, social.

Construir una hipótesis de trabajo

A medida que transcurre la entrevista, los datos que proporcionan los padres permiten al terapeuta tomar decisiones en cuanto a las áreas en que profundizar para ir delimitando el trastorno. Con los datos el clínico se va formando hipótesis de trabajo sobre cómo funciona el problema del niño en la familia, las capacidades, desarrollo, aspectos emocionales; reacciones, conductas, actitudes, etc. Asimismo, percibe la importancia que dan a la dificultad del niño, las pautas educativas y acuerdos entre ambos progenitores en el manejo de su hijo.

Al acotar específicamente la dificultad del niño el clínico va orientando la evaluación hacia determinados instrumentos y pruebas, decisiones que basa en sus conocimientos sobre el desarrollo (infantil y adolescente), el aprendizaje social, emocional, conceptos de aprendizaje, condicionamiento y sobre la psicopatología infantil. Con todos estos conceptos, implicación, valoración del peso de cada uno, etc., el clínico podrá realizar una valoración del caso (conceptualización) (Cormier y Cormier, 2000; Friedberg y McClure, 2005).

Selección de temas

Generalmente, la selección que los padres hacen de los temas es significativa, así como las

atribuciones y relaciones que establecen con diferentes factores. Por tanto, hay que atender activamente para observar la forma de transmitir la información, su lenguaje, verbal y no verbal, actitudes, etc. Todo ello hace referencia a sus particularidades; si son observadores, reflexivos, organizados, si aportan profusión de datos, si son coherentes, describen con minuciosidad o con exceso de detalles irrelevantes, etc.

En ocasiones los padres no saben cómo referir la información al terapeuta y éste les debe ir guiando con sus preguntas. Habitualmente, se les explica cómo los clínicos están acostumbrados a ir organizando los datos a medida que ellos los van proporcionando. Aunque depende del tipo de dificultad, en los problemas de desarrollo, una forma útil es anotarlos de forma cronológica, y en los problemas emocionales o conductuales los datos se deberán organizar en función de la descripción de la conducta, inicio, duración y la relación con los acontecimientos antecedentes y consecuentes, refuerzos del problema, etc. (Sattler, 2003).

Es útil pedir que describan un día normal en la vida de la familia y del fin de semana para poder conocer el funcionamiento habitual del niño, sus rutinas, hábitos, ocio, relaciones sociales, etc. Cuando los padres pasan de un tema a otro, conviene delimitar los temas antes de pasar al siguiente. Este cambio se debe hacer con tacto y amabilidad. Es significativo en ocasiones no comenzar por el problema relevante, o emocionalmente más intenso para ellos, y pueden posponer su exposición para cuando la entrevista está avanzada o quizá se sienten más confiados. Dejar la información para el final suele ser también frecuente.

Habitualmente, si se ha previsto el tiempo necesario, en una entrevista de 60-90 min. es posible obtener los datos principales y continuar con la evaluación. Sin embargo, en ocasiones, por la complejidad del caso o abundancia de datos, puede requerir mayor duración. En trastornos en los que sea preciso recoger información no aportada, o ampliar con datos en la casa, se continúa con una segunda entrevista. Para el diagnóstico de trastornos específicos o síndromes es conveniente utilizar una entrevista semiestructurada.

4.2.3. Recursos para la entrevista con los padres

Algunas de las habilidades terapéuticas adecuadas para trabajar con niños y jóvenes (véanse capítulos 2 y 3) también son útiles para comunicarse de forma efectiva con los padres. Sin embargo, es necesario incorporar capacidades específicas, dadas las características de los adultos, del papel de padre que vive una situación estresante con el problema de un hijo. Las competencias del clínico incluyen formas de interacción diferente, habilidades para manejar momentos de frustración o malestar en los padres e igualmente para saber cómo orientarles para modificar sus propias actitudes (Patterson y col., 2009).

En principio, la *alianza* se establecerá si se mantiene un estilo de relación distendida, tranquila y de *aceptación incondicional* de sus sentimientos y emociones, en la que no se sientan inseguros por temor a ser juzgados. Una actitud empática del terapeuta, con voluntad de comprender su situación y emociones les ayudará a reducir el estrés de la entrevista. Éste

debe mostrar *escucha activa* hacia sus preocupaciones, haciendo comentarios ocasionales (sin hablar excesivamente) que indiquen que sigue su discurso y animándoles a continuar con la explicación.

Es fundamental expresar *empatía*, poniéndose en su lugar, comprendiendo sus emociones, pensamientos y conductas, puntos de vista; aceptarlos sin crítica, transmitiendo respeto y sensibilidad hacia sus sentimientos y manera de enfocar los problemas. Y estar atento a captar el significado de lo que dicen.

Ser *flexible*, estando preparado para adaptarse a las actitudes y puntos de vista distintos que puedan manifestar.

Ser *sincero y coherente* siendo auténtico y uno mismo, capaz de expresar emociones de manera abierta y franca. Sin embargo, las expresiones del terapeuta las realizará de manera ajustada al tema que el padre esté relatando, refiriéndose a aspectos comunes que no perjudiquen la relación.

Transmitir tranquilidad desde el inicio de la entrevista para que disminuyan el nivel de ansiedad o los sentimientos negativos de frustración o culpabilidad. El entrevistador estará atento a captar reacciones, mostrándose cercano y empático y, también, mientras los padres relatan las dificultades de comportamiento o del desarrollo de su hijo, intercalar comentarios positivos sobre el niño o su actitud (en relación con la normalidad de algunos comportamientos del niño o convenir en la dificultad que supone manejar determinadas reacciones en los niños).

Por otra parte, es habitual que en este tipo de circunstancias de tensión las personas puedan responder, en relación con su estado de ánimo, con resistencia, oposición o desconfianza hacia el psicólogo. Además de hacer uso de sus competencias de empatía para distender la situación, el clínico puede destacar las habilidades de los padres en la relación con las conductas positivas de su hijo.

«Me comenta que la niña desde que nació ha sido inquieta, ha tenido problemas de alimentación y sueño y varios ingresos hospitalarios.»

«Supongo que los dos primeros años de vida de la niña no han sido fáciles. Sin embargo, todo el esfuerzo y los tratamientos que le han proporcionado veo que han sido muy positivos para su evolución.»

Mostrar competencia: los padres son muy sensibles a la competencia que muestre el terapeuta en la relación con ellos y con su hijo. Además de los aspectos personales, los padres buscan que manifieste tener experiencia en tratamientos de casos como el de su hijo. Las actitudes que debe mostrar una persona experta es actuar con seguridad y coherencia. Los datos indican que la experiencia del terapeuta es un factor primordial en el éxito de las terapias (Cormier y Cormier, 2000; Scott, 2010).

Para que la entrevista sea fluida y los padres se motiven a relatar es conveniente utilizar recursos comunicativos:

Animar a continuar: para estimular las explicaciones se puede preguntar algún aspecto en concreto.

Parafrasear: insistir de vez en cuando en repetir o resumir el contenido de lo transmitido, con el objeto de confirmar adecuadamente la interpretación del asunto.

«De modo que la niña no se duerme si no se acuesta usted con ella.»

Clarificar, haciendo preguntas concretas sobre lo que van comentando, ayuda a aclarar un tema o definir una actitud, e igualmente transmitir comprensión adecuada de los datos.

«¿Me dice que el niño no atiende cuando le llaman?..., ¿en qué momentos no les hace caso?»

Refleja: de la misma forma que se hace un resumen del contenido también se puede aceptar o evidenciar la reacción o emoción del entrevistado, ante lo que está relatando, mostrando el clínico a su vez empatía por sus sentimientos (Sattler, 2003; McConaughy, 2005).

T: «La niña se pone así de agresiva cada vez que se le niega salir al parque; supongo que se siente mal por no poder controlar esa conducta de la niña».

T: «Parece estar cansada de tener que pelearse a diario con su hijo para que se ponga la ropa».

Además, hay que estar atento a otras claves de las emociones del adulto, como expresiones faciales, gestos, lenguaje corporal o la voz, que indiquen la emoción que le suscita el tema. Lógicamente, no se trata de reflejar frecuentemente sentimientos negativos, ni tampoco de reiterar la actitud de reconocer sus sentimientos de modo que pueda parecer excesivamente solícito.

Preguntas adecuadas

Estar atento a la información para no hacer preguntas sobre datos o temas ya dados anteriormente. La forma en que se haga la pregunta debe ser neutra, es decir, no inducir la respuesta o estar planteada de tal modo que el cliente responda en función de lo que el clínico espera que conteste. Las preguntas imparciales permiten responder al interlocutor desde su punto de vista, sin sentirse influenciado.

Inicialmente conviene hacer preguntas abiertas, generales, para facilitar la participación del entrevistado y ampliar la información. Después, para que vaya organizando el relato antes de responder, se pueden introducir preguntas cerradas, directas, que ayudan a ampliar datos o dar detalles concretos de un problema o situación dada; incluye preguntas como:

T: «Cuénteme...»; «¿Cuál fue....?»; «¿Dónde estaban...?»; «¿Cuándo ocurrió...?»; «Dígame cómo fue aquel episodio», etc.

Igualmente, se puede animar a seguir con el relato o información adicional, con fórmulas como «*Continúe, dígame...*»; o también repetir las palabras que utilizó el entrevistado como método para obtener más información: «*¿Como consigue que el niño deje de levantarse de la mesa?*». Este tipo de *preguntas cerradas* pueden hacer de la entrevista un interrogatorio, por lo que es necesario intercalarlas con preguntas abiertas para obtener otro tipo de información relacionada con los pensamientos, creencias o actitudes de los padres y conseguir un papel más activo en la entrevista.

Preguntar las razones o atribuciones que hacen sobre la conducta de su hijo favorece las cuestiones con «*¿Por qué?*». Siempre hay que evitar las preguntas tendenciosas, que induzcan o incluyan la respuesta que los padres deban dar. De la misma manera debe cuidarse el tono de voz o formulación de la pregunta que revele crítica o prejuicio personal (Sattler, 2003).

Mantener el lenguaje sencillo y apropiado

La comunicación se favorece si el nivel del lenguaje de los interlocutores está ajustado. Es decir, hay que evitar lenguaje complejo o jerga profesional que dificulte la correcta comprensión y la buena marcha de la relación. Para facilitar la comprensión es conveniente usar un vocabulario sencillo, con oraciones cortas. Escuchando el nivel y tipo de lenguaje de la otra persona es posible situarse al nivel lingüístico y sociocultural de los entrevistados.

Hacer pausas

La capacidad del clínico para esperar transmite a los padres tranquilidad y les permite recordar datos o reflexionar sobre la información, y ayuda al entrevistado a serenarse y a no sentirse presionado.

Resumir

Se trata de efectuar los resúmenes de forma más extensa a como se hace al repetir un párrafo concreto. Normalmente en momentos de cambio de tema o después de dar información compleja. Un resumen al finalizar la entrevista es conveniente para hacer una recopilación de los aspectos importantes, lo cual permite compartir con los padres los puntos sobre los que tenían preocupación (Sattler, 2003).

Aceptación

Esta técnica es útil en la entrevista para aclarar aspectos de lo que está comentando el padre que no acepta o niega. Con este recurso el terapeuta enfrenta al adulto a aceptar la

conducta o situación que dice no reconocer, transmitiendo empatía en el gesto y la entonación.

Un padre, con alto nivel de exigencia, consulta porque su hijo ha tenido una disminución del rendimiento escolar en el último curso de secundaria. Sin embargo, asegura en la entrevista no preocuparle la formación del chico y que sí le preocupa su baja autoestima.

T: «Dice que no le preocupa el bajo rendimiento del chico en el instituto, y me comenta que le insiste en que no todas las personas tienen la capacidad de estudiar y que uno se puede dedicar a un oficio o a ser albañil. ¿Cree que ese comentario le ayuda a superar la situación? ¿cree que puede favorecer su autoestima?».

Los padres de un niño de 7 años diagnosticado de dislexia, que está en tratamiento por este problema desde hace 3 meses en otro centro, creen que no ha habido mejoría. Aunque les han explicado que es un trastorno que requiere tratamiento a largo plazo (más de un curso), los padres deciden consultar de nuevo porque tienen la expectativa de que, con un cambio de profesional, en unos 3 o 4 meses el niño se pondrá al ritmo de su clase, y así podrá continuar su escolaridad normalmente.

4.2.4. Reacciones y actitudes frecuentes durante la entrevista

A lo largo de la entrevista el relato de los padres refleja sus concepciones o atribuciones y estas ideas previas acerca del desarrollo o de la conducta del niño pueden alterar la información que transmiten. En otras ocasiones, en el recuerdo de cómo se sucedieron los hechos, la memoria puede haber distorsionado los datos y al clínico puede darle la impresión de que ofrecen información poco fiable (Sattler, 2003). El entrevistador debe comprender la dificultad que implica para los padres reconocer y afrontar un problema en un hijo y la ansiedad y el temor que genera. Cuando el terapeuta conoce estas reacciones (fases de asimilación de una dificultad grave), será consciente de lo difícil de asimilar y superar estas situaciones, siendo un proceso común a la mayoría de las personas que atraviesan un alto estrés ante una circunstancia.

Tener en cuenta estas respuestas en las actitudes, errores o enfoques de los padres es una competencia específica del entrevistador para entender la información que le están proporcionando. En este sentido se describen algunas situaciones y creencias muy extendidas sobre el desarrollo y los problemas de los niños en general. Por tanto, la entrevista requiere comprender los siguientes aspectos:

Factores biológicos

Por un lado, está muy extendida la creencia de una relación biológica en la base del trastorno del niño, es decir, que la conducta del niño está en función de sus características genéticas, como, por ejemplo, expresan frases como «*tiene el mismo carácter que su padre/abuelo, etc.*». Aunque es cierto que en consulta se puede observar con cierta frecuencia similitudes entre el problema del niño y la conducta que muestra alguno de los padres (o de algún familiar con características parecidas), no significa que la conducta del niño no tenga relación con la actitud que los padres tomen hacia la dificultad o comportamiento. La

capacidad de influir en la conducta de sus hijos a partir de la modificación de su propio comportamiento no siempre es evidente para ellos (Ramos-Paúl, 2012).

Evitar informar al colegio

Por considerar que puede influir negativamente en el profesorado el conocimiento de que su hijo ha sido llevado al psicólogo.

Perspectivas poco ajustadas al problema

Esperando un desarrollo excesivo para la edad del niño y estableciendo un nivel de exigencia elevado para él.

Desfases en el desarrollo

Los padres pueden estar desorientados ante una conducta alterada, o una dificultad en el desarrollo, al observar que el niño es capaz de mostrar habilidad y destreza en algunas áreas, mientras que en otras no observan las mismas capacidades.

Recuerdo de datos e hitos evolutivos

Los padres tienden a recordar mejor los datos del desarrollo físico, motor, alimentación, esfínteres, sueño, etc., que los del desarrollo cognitivo, su situación emocional, conductual o social. Sin embargo, cuando ha existido un retraso evidente lo recuerdan mejor, al haber sido objeto de preocupación. De igual manera se recuerda con facilidad cuando un hecho está asociado a algún evento importante de la familia (cambio de domicilio, nacimiento de un hermano, fallecimiento) o del niño (inicio de la escolaridad). Las madres tienden a recordar mejor los datos del desarrollo del niño, aunque la creciente participación activa de los padres en la crianza de sus hijos incide en una mayor fiabilidad en sus informaciones (Canino, 1985).

Reservar información relevante para los últimos minutos de la entrevista

Suele ser un fenómeno muy habitual y la reflejan muchos clínicos como, por ejemplo:

Olvidar comentar que un niño de 10 años ha estado medicado por problemas de atención durante 3 años.

No referir en la entrevista que el niño de 6 años sufrió una caída a raíz de la cual perdió el conocimiento y estuvo ingresado. Al preguntar por el cambio de conducta que tuvo a partir de una edad (coincidente con el accidente), la madre responde preguntando al terapeuta si considera que ese dato es importante.

Unos padres divorciados que acuden juntos a la entrevista no comunican su situación de separación hasta que la entrevista ya está avanzada y a punto de finalizar, al considerar que fue de mutuo acuerdo y que el niño no percibió nada porque tenía 3 años.

Sentimientos negativos

Dado que los padres suelen acudir a la entrevista con una carga importante de ansiedad y frustración ante el problema de su hijo, algunos padres pueden manifestar conductas o actitudes negativas que dificultan la interacción interpersonal y la buena marcha de la entrevista. Estos sentimientos negativos se presentan con actitudes de diferentes formas. Algunas de ellas se describen a continuación.

Justificar la conducta del niño

Generalizar el problema, que es común a todos los niños: «*Todos los niños de su edad son iguales*» «*Lo veo normal, yo de pequeño también era así*». O también justificar la conducta problemática, siendo posible en la sociedad: «*Claro que al niño le cuesta relacionarse y tiene pocos amigos, pero no todos tenemos que ser sociables*».

Negación

En relación con la dificultad del hijo los padres pueden mantener una actitud de negar el problema. En los niños pequeños pueden no reconocer una dificultad, argumentando que todavía es pequeño y que *madurará* o que desarrollará sus capacidades después que otros niños. Siendo cierto que no se puede dar un diagnóstico cerrado, es necesario reconocer las dificultades actuales para poder mantener unas expectativas ajustadas y estar en disposición de facilitar la ayuda.

En niños mayores no aceptar una dificultad justificando la conducta del niño como diferente, por ejemplo, «el niño tiene ese carácter», implica no reconocer la posibilidad de cambio en beneficio del menor. La negación de la dificultad, protegiendo al niño de las diferencias que puede mostrar con otros niños, en el colegio, en las relaciones sociales o en el ambiente familiar o social, dificulta al niño afrontar estas dificultades y estar en disposición de aprender conductas que disminuyan sus limitaciones y mejoren su estado de ánimo, su ansiedad o su inadaptación. Estos aprendizajes tratan de favorecer al niño aumentando sus recursos y mejorando su calidad de vida en el futuro.

Reaccionar contrariado

A preguntas del entrevistador los padres pueden tomar una actitud de rechazo u oposición en sus respuestas, al considerar que no es necesario informar de esos temas en concreto, por ejemplo, porque no es el motivo de consulta o no han observado ningún problema. También, algunas personas inseguras pueden pensar que el terapeuta ve su comportamiento como «erróneo» o «inadecuado» y tenderán a negar sus sugerencias con aparente aceptación, pero poniendo inconvenientes o dificultades para realizar lo que el terapeuta les indica (Eyberg y col., 2005).

Los padres insisten desde el comienzo de la entrevista: «Ya le digo que no tiene ningún otro problema. Sólo es una conducta que ha observado la profesora en el aula, pero que en casa nosotros lo vemos normal».

Culpabilización

Es uno de los sentimientos más frecuentes ante el problema del hijo. Pueden sentir ansiedad y sentirse culpables por diferentes razones, como por no haber acudido con anterioridad; porque la madre lo atribuye a que ella trabaja fuera de casa; por la separación de los padres; por no haber controlado antes el problema; por sentirse «malos» padres, etc.

Críticas y rechazo del niño

Cuando los padres están desesperanzados porque no observan conductas positivas en el niño, o no cumple las expectativas que ellos desearían. Comentarios como:

P: «Es un desastre», «No hay quien haga carrera de él». «Te busca las vueltas». «Ya no sabemos qué hacer con él».

T: «Ya me han dicho las conductas negativas que les preocupan. Ahora me gustaría que me dijeran alguna cosa que haga bien».

Padres separados

Cada vez es más frecuente que los padres divorciados acudan ambos de mutuo acuerdo a la entrevista. En la información previa a la entrevista se sugiere la posibilidad de que acudan los dos. En el caso de que prefieran asistir por separado, se les cita en días diferentes. El encuentro en consulta con ambos padres es fundamental para tener una perspectiva más cercana a la realidad que vive el niño, además de poder observar las diferencias que puedan existir en el ambiente familiar y en los puntos de vista de cada uno de ellos, en pautas educativas, rutinas, disciplina, creencias, etc.

Cuando uno de los progenitores pide una valoración del niño sin el conocimiento de la otra parte, es necesario tener en cuenta determinados aspectos legales con relación a la situación en la que se encuentran, custodia del niño, etc. (para ver en detalle estos supuestos, consultar capítulo 5, aspectos legales. Código Deontológico del Psicólogo).

Información de Internet

Cada vez es más frecuente que los padres o familiares acudan a consulta y que hayan buscado información sobre el problema del niño en Internet. Esta situación está muy extendida en clientes de diferentes profesiones (médicos, psiquiatras, logopedas, etc.). Los propios pacientes o familiares utilizan la red como herramienta de información, dadas las oportunidades que presentan las nuevas tecnologías. Antes de tener acceso a este medio, la

consulta previa se hacía a otro profesional, al pediatra, al profesor del niño, etc.

En función del resultado de la consulta a través de Internet, pueden tener la tentación de anticipar el diagnóstico o incluso insistir en que se lleve a cabo un tipo de tratamiento leído que consideran adecuado para el niño (Ramos-Paúl, 2012).

Desafortunadamente hay mucha información falsa o inadecuada en la red y diversas personas cuelgan estudios sobre diferentes temas con información sesgada o mal recopilada. Por otro lado, aunque la información sea cierta o fiable, es frecuente que la persona saque de contexto los datos que figuran porque desconoce su trasfondo o también por ver la información relacionada con su caso concreto, aplicando todos los síntomas, sistemas de evaluación o tratamientos que allí se aconsejen.

A los padres se les debe indicar la existencia de diferentes tratamientos, pero que no hay la evidencia de que todos sean efectivos y que, en cualquier caso, será necesario saber cuáles son las características de su hijo y la conveniencia de qué terapia es adecuada para él. Es importante resaltar la individualización del proceso y la necesidad de evaluación previa precisamente para conocer todos los pormenores del trastorno del niño. Puede ocurrir que la familia insista y no acepte con facilidad la argumentación o la necesidad de la evaluación, lo cual requiere explicar detalladamente la metodología de trabajo de la psicología y del ejercicio profesional del terapeuta.

En cualquier caso, es importante que el terapeuta esté al día de la información científica y conozca los tratamientos que son adecuados para cada niño.

4.2.5. Finalización de la entrevista. Inicio de la evaluación

Al acabar la entrevista el terapeuta debe haber llegado a unas hipótesis que guíen la selección de los instrumentos de evaluación y que inicien la valoración del niño. Es frecuente que los padres en ese momento pregunten por cómo se llevará a cabo y quieran saber métodos, pruebas, etc. Algunos padres pueden insistir en que se evalúen determinadas áreas que a ellos les preocupan especialmente. Asimismo, se interesan por la persona que realizará la valoración y por las habilidades del clínico. Sobre todo en el caso de que el niño tenga dificultades de comunicación, se preguntan si el terapeuta podrá conseguir comunicarse y evaluarle.

Qué decir a los niños

Además, suelen preguntar qué decirle al niño al acudir al centro. En función de la edad del niño, se les indica dar una explicación con los criterios que se especifican y no preocuparse, ya que cualquier conducta o actitud que surja durante la evaluación es mejor observarla y evaluarla. Es conveniente que el niño esté tranquilo, que sea espontáneo y tal como es. Cualquier recomendación de los padres (prolongada o confusa) puede favorecer tensión, preocupación o rechazo por recibir tantas indicaciones:

- ⇒ Hablar de persona/profesora que sabe/entiende de niños.
- ⇒ Explicación siempre en positivo.
- ⇒ Usar frases cortas, concisas.
- ⇒ Dar ideas claras de ayudar/mejorar/resolver/algo.
- ⇒ Referirse a una conducta concreta. Evitar «el/tu problema».
- ⇒ Evitar un tono emocional de voz o gesto preocupado.
- ⇒ Intentar que esté tranquilo y sea espontáneo.
- ⇒ No hacer advertencias de cómo comportarse o qué decir.

Preescolares

Los niños pequeños no precisan de muchas explicaciones. Sólo necesitan que se les anticipe que ese día irán a «*otro cole*» (situación que ellos conocen y pueden asimilar con la consulta) donde hay muchos juguetes y podrán jugar con unos profesores amigos de papá o mamá. Allí jugarán y tendrán que hablar con una persona.

Por ejemplo: «Vamos a ir a “otro cole”. Allí hay muchos juguetes y vas a poder jugar con un/a profesor/a especial. Él/ella te quiere conocer y que le enseñes todo lo que sabes hacer, pintar, jugar, contar cosas...».

Escolares de 6 a 12 años

- ⇒ Relacionar la explicación con la dificultad o deseo del niño de mejorar un área concreta.
- ⇒ Explicar que irán a ver a una persona (psicóloga o profesora especializada) que trabaja con niños y que le quiere conocer.
- ⇒ En ocasiones los niños identifican al psicólogo con problemas mentales y es frecuente que digan «*yo no estoy loco*».
- ⇒ Explicarles lo que van a hacer: que van a hablar de la familia, de los amigos, de lo que les gusta, de lo que no, etc.
- ⇒ Que le puede ayudar en aquello que le cuesta o tenga problemas; porque es una persona/profesora especial/psicóloga que sabe de niños y ha ayudado a otros chicos como él y les ha dado soluciones y «*trucos*» para mejorar.

«Vamos a ir a una psicóloga (o profesora especial o persona que entiende de niños, etc.) que sabe cómo ayudar a mejorar... (problema concreto). Para ello te tiene que conocer y estarás con ella una (dos...) mañana(s) para jugar y hacer otras cosas como trabajos, pintar, leer, etc. También hablará contigo, te preguntará sobre el cole, tus amigos, tu familia, lo que te gusta, lo que no..., y te puede dar trucos para que te salga mejor... (lo que desea mejorar)».

Adolescentes de 13 años en adelante

En esta edad la explicación debe ser clara y sencilla exponiendo el marco de la entrevista y aclarando el objetivo de la misma. Anticipar que es un profesional que trabaja con adolescentes, y que sabe cómo ayudar a chicos como él. Las dificultades, objeto de la consulta, del adolescente conviene sintetizarlas, y centrarse en la preocupación o deseos de resolver un problema y posponer en la explicación otras dificultades asociadas que no se abordarán en un primer momento. El enfoque será en positivo, resaltando el apoyo y la ayuda (Delfos, 2009). También se puede señalar que los padres han hablado previamente con el clínico y que ellos también recibirán ayuda.

4.3. EVALUAR LA CONDUCTA DE LOS PADRES

4.3.1. Cuestionarios

Los cuestionarios para padres son de gran ayuda para el terapeuta porque recogen datos sobre la conducta del niño o sobre las actitudes o estilo educativo de ellos mismos en relación con su hijo. Aunque existen múltiples cuestionarios para diferentes problemas, es conveniente reflexionar y seleccionar aquellos que sean más adecuados para cada caso. Los cuestionarios describen síntomas, frecuencia, intensidad, severidad y arrojan una puntuación de corte para valorar atipicidad de la conducta del niño. También aportan información sistemática y relevante para conceptualizar el caso y tomar decisiones diagnósticas y plantear objetivos de intervención (Merrell, 2002; Villa y Reitman, 2007; Boogs y col., 2003). Es posible que la respuesta a una pregunta de un formulario indique conductas diferentes.

La respuesta positiva de los padres a la pregunta «¿comprende el niño todo lo que se le dice?» puede referirse a que:

- ⇒ Atiende a lo que le dicen, pero puede que no lo comprenda.
- ⇒ Al ver que el niño hace lo que le piden creen que comprende.
- ⇒ No comprenda y se oriente por el lenguaje no verbal o por el contexto de la pregunta.

En los cuestionarios suele haber discrepancias entre las respuestas de los padres y las del niño, las cuales pueden deberse a que puedan entender las preguntas de forma diferente y contestar con distinta motivación a los ítems. También es posible (como ya se vio) que un padre responda maximizando o minimizando el problema del niño (De los Reyes y Kazdin, 2005), mientras que el niño puede manifestar su problema con claridad, restarle importancia para evitar tratamiento o puede comprender la pregunta desde la interpretación de sus vivencias concretas. Asimismo, las divergencias pueden ser el reflejo de las formas diversas de comportarse el niño en varias circunstancias ambientales. En los cuestionarios conviene revisar respuestas a determinados ítems y especialmente los que puedan indicar trastornos graves, tales como depresión u otros (Zweirs y Morrisette, 1999; De los Reyes y Kazdin,

2005).

El psicólogo debe considerar todos estos aspectos a lo largo de la evaluación (entrevista, cuestionarios, registros, etc.) para saber valorar la información que proporcionan los padres de sus hijos y aproximarse más objetivamente a su problema. Asimismo, hay que tomar con cautela la información de padres con problemas psicopatológicos ya que pueden distorsionar las dificultades del niño (De los Reyes y Kazdin, 2005; Rosa, Olivares, Olivares, y García-López, 2006) (véase Fiabilidad de la información, más arriba, en este capítulo).

4.3.2. Registros de conducta

Tomar anotaciones de la conducta del niño o de los padres ayuda a determinar el tipo de problema, la importancia del mismo o las consecuencias que tiene en el contexto familiar (véase en este capítulo más adelante, registros, tests y cuestionarios). Los registros son una forma de proporcionar datos de la relación de la conducta de los adultos con la del niño. Se puede pedir en paralelo a los padres que anoten unas determinadas conductas y las respuestas o consecuencias de las personas que están en el contexto. De esta forma es un instrumento especialmente útil para que el terapeuta valide la precisión de los datos que refieren verbalmente y, por otro lado, facilita que la persona, al registrar, observe detenidamente cómo se suceden las cosas en la casa y tome conciencia de sus reacciones y actitudes, en relación con las del niño. Igualmente se puede utilizar junto a otro registro del niño o del adolescente para contrastar los dos puntos de vista de ambas partes que intervienen en una situación.

Estas observaciones de las actitudes, sentimientos y conductas de los miembros de la familia ayudan al terapeuta cuando quiera plantear modificaciones de alguno de estos comportamientos en la intervención. Para que los registros sean útiles los padres deben conocer principios básicos conductuales, de modo que puedan establecer relaciones (según el modelo ABC) (véase, capítulo 3) (Cormier y Cormier, 1994; Sattler, 2003; Fiedler y McClure, 2005; Olivares, Rosa, Olivares, Sánchez y Parada, 2006). El terapeuta se lo explicará previamente así como la manera de registrar. En la medida en que el adulto va incorporando el método se pueden realizar anotaciones más precisas o identificar relaciones más complejas entre emociones, pensamientos y conducta (véase cuadro 4.3. Modelo de registro de conducta, antecedente y consecuente. Modelo ABC).

Tipos de registros

Los registros pueden cubrir objetivos diversos, como medir la frecuencia, duración, intensidad, o buscar la relación de la conducta con un evento determinado. Permiten objetivar si la conducta se puede considerar problemática o atípica en función de la frecuencia y de otros factores. Igualmente, el uso de gráficos, que representen la progresión de los comportamientos, ayuda a visualizar el aumento o disminución del problema y también a comprobar la evolución en la aparición de la conducta (Sattler, 2003; Friedberg et al., 2009).

En la misma hoja de anotaciones se puede añadir una escala de valoración de la duración, intensidad, desagrado o tensión que le produce al padre o la madre la actuación de su hijo. Se fija una puntuación (por ejemplo: de 0 a 5 o a 10 puntos), para que el padre o la madre estime en qué rango se sitúa su propia emoción (por ejemplo, nerviosismo, impotencia o ansiedad) cuando el niño emite la conducta problema.

CUADRO 4.3
Modelo de registro de conducta, antecedente y consecuente (emoción y conducta). Modelo ABC

DÍA/ HORA	SITUACIÓN (ANTECEDENTE)	NIÑO (CONDUCTA DEL NIÑO) ¿QUÉ HACE? ¿QUÉ DICE?	PADRES (CONSECUENCIAS)	
			EMOCIÓN NEGATIVA ¿QUÉ SIENTE USTED? PUNTUAR DE 0 A 10	RESPUESTA ¿QUÉ HACE? ¿QUÉ DICE?
2 mayo	En el salón, el hermano y yo (madre).	Quiere que deje de hacer los deberes con su hermano y empieza a tirar de la silla. Casi me caigo.	7	Me enfado y empiezo a gritarle para que me deje en paz. Lloro y se tira al suelo.

El uso adecuado de los registros exige al terapeuta tener en cuenta la perspectiva de los padres y asegurarse de que comprenden su uso, atendiendo a principios como:

- ⇒ Explicar claramente lo que se pretende y dar indicaciones de cómo hacer las anotaciones, ofreciendo modelos de registro de conductas concretas.

«En este registro me gustaría que anotara la conducta del niño de tirar cosas. En esta otra casilla debe registrar cómo reacciona usted cuando sucede (el llanto). También quisiera que incluyera con una puntuación de 0 a 10 el nivel de desagrado, desesperación o pena que le ocasiona la conducta de su hijo en ese momento».

- ⇒ Atender a las características del padre o la madre; la mayoría de los registros requieren dedicar un tiempo y atender a circunstancias precisas y poco habituales. No todos los adultos tienen la misma capacidad de observación y de adaptación al cambio que se les pide en la forma de enfocar y observar los sucesos. El terapeuta debe tener en cuenta las características del adulto (poco estructurado, ansioso, minucioso, obsesivo, etc.), para saber qué tarea pedir y el tiempo que le puede suponer observar y rellenar un registro.
- ⇒ Por otra parte, en situaciones de estrés o ansiedad de los padres, el psicólogo debe procurar no sobrecargarles con registros complejos y utilizar otros instrumentos para no aumentar la situación de tensión emocional que ya tienen (Cormier y Cormier, 2000).
- ⇒ Igualmente, la experiencia personal del terapeuta en cumplimentar registros y anotar su

propia conducta le ayudará a empatizar, a ajustar las exigencias al paciente y a valorar su participación.

- ⇒ Las anotaciones del padre ayudan al psicólogo a comprender su perspectiva y percepciones sobre su hijo y, paralelamente, también puede captar los conceptos y creencias que están en la base de la respuesta. La valoración de la intensidad de la emoción, de la sensación negativa de los padres indica el grado de alteración emocional que viven ante el problema de su hijo.

Los registros son instrumentos básicos para el terapeuta en la evaluación y terapia para diferentes propósitos; para obtener una línea base, evaluar la gravedad del problema, verificar las percepciones subjetivas de los padres con datos objetivos, seleccionar objetivos de intervención adecuados y valorar los avances en la conducta o la disminución de la emoción reflejada o ajuste de los pensamientos (Friedberg y McClure, 2005; Olivares y col., 2006).

4.3.3. Observación directa de la interacción padre-hijo

La observación directa de la interacción padre-hijo es uno de los recursos más interesantes en la evaluación de los problemas infantiles (Eyberg et al., 2005). En vez de esperar a que el niño o los padres cuenten qué cosas hacen en conjunto y cómo es su relación, es preferible y especialmente clarificador observar directamente al niño (o adolescente) con su madre (o padre), donde queda patente la forma de relacionarse, actitudes, etc., del adulto con su hijo.

Diferentes autores en sus programas de intervención plantean observar la relación del padre o la madre con su hijo en una sesión para explorar el tipo de interacción que establecen. A tal fin se diseña expresamente una sesión en la que ambos deben realizar alguna actividad. Esta sesión se graba con cada uno de los progenitores con el niño (Webster-Sratton, 1992; Rustin y col., 1997; Sattler, 2003; Eyberg et al., 2005).

Después de que los padres y el adolescente den su consentimiento (consentimiento informado, véase modelo en Anexo) se graba en vídeo con la madre o con el padre por separado. Lo registrado sirve para analizar y valorar diferentes aspectos de la interacción tantas veces como se desee. Permite observar la conducta e interacción del niño con cada uno de los padres (u otros adultos) y poder valorar las diferencias, las características de la relación, las actitudes y la conducta verbal y no verbal entre ellos. Esta misma grabación es útil para mostrar a los padres algunos aspectos de su conducta o de la del niño que sea necesario incluir en el tratamiento para mejorar o disminuir el problema. Igualmente queda reflejado cómo se inicia la terapia, y sobre esta línea base comprobar la evolución del niño y la de los padres, en actitudes, conductas, etc. (Eyberg et al., 2005; Fernández-Zúñiga, 2005).

El objetivo de la grabación se debe centrar específicamente en los padres, en su conducta y actitudes, y con la valoración se pueden fijar objetivos de cambio en las interacciones con su hijo, durante la intervención. Se debe explicar a los padres que el objetivo de la grabación es observarles a ambos en una situación más natural para el menor y que se trata de jugar o

relacionarse con el niño de forma similar a como lo puedan hacer habitualmente en la casa.

Ejemplo de instrucciones a los padres:

«Quiero grabar al niño con usted. Les voy a dejar unos juguetes o cuentos para que tranquilamente juegue con el niño tal como lo haría en casa. Vamos a grabar unos minutos de juego (actividad seleccionada) para después analizar y valorar cómo se comporta el niño con usted en una situación familiar. No es necesario que haga nada especial, sólo quiero que juegue con él como suelen hacerlo en casa. Mire, aquí hay juegos y cuentos... ¿Con qué juegos se entretienen? ¿Con cuáles suelen jugar? Procure no preocuparse por la cámara, relájese y céntrese en el juego/actividad con el niño».

Es importante que el terapeuta atienda a *aspectos técnicos* de la grabación, para asegurarse de que ésta es útil y que se ha registrado lo que desea para visualizarlo después. Debe preparar la iluminación, el encuadre de la mesa y los participantes y comprobar que el micrófono de la cámara recibe el habla, etc. No atender a estos detalles puede invalidar el vídeo grabado (por salirse el niño del foco de la cámara, estar oscuro el despacho, que el adulto se sitúe delante de la cámara, pudiendo ver sólo la espalda de la madre o sólo el audio, etc.). Se debe utilizar un trípode y dejar la cámara fija, procurando que ambos no se salgan del campo del foco. Tanto para el análisis como para las investigaciones se valora la parte central desechando la inicial y la final.

Con frecuencia los padres se preocupan porque la situación les afecte a su naturalidad en la interacción. Sin embargo, las investigaciones han confirmado que los niños, después de los primeros minutos, no se preocupan por la cámara y los padres se van tranquilizando a medida que se involucran en el juego (Fernández-Zúñiga, 2008; Eyberg y col., 2005).

Grabaciones de vídeos caseros

Actualmente existe gran facilidad para obtener *grabaciones caseras con móviles y vídeos*. Se puede pedir a los padres que graben al niño en casa, en aquellas situaciones naturales donde ellos consideren que se reflejan las dificultades de su hijo. Sin embargo, es conveniente indicar que lo hagan cuando el niño no esté pendiente de la cámara y la conducta sea, por tanto, más espontánea. Este recurso es muy útil, especialmente con niños preescolares y escolares, en actividades de juego, mientras que para los adolescentes se puede utilizar, dependiendo del problema (como pedir la realización de tareas escolares o un juego de reglas o conversación, etc.), para observar también la interacción, nivel de comunicación, actitudes de los padres, nivel de exigencia, etc.

Análisis de la grabación

Una vez realizada la observación, se trata de analizarla siguiendo diferentes criterios, que pueden establecerse en función del trastorno, de las actitudes o conductas que se seleccionen para diferentes tipos de patología (véase cuadro 4.4).

CUADRO 4.4 ([Descargar o imprimir](#))

Análisis del vídeo: perfil de interacción padre-hijo (adaptado de Rustin y col., 1997; Fernández-Zúñiga, 2008)

CONDUCTA VERBAL	OBSERVACIONES
Lenguaje, complejidad.	
Comentarios.	
Preguntas.	
Número de iniciativas.	
Mantiene los turnos de habla.	
Rechazo, castigo.	
Correcciones.	
Escucha al niño. Atención.	
Comparte el centro de atención con el niño.	
Contacto ocular.	
Directividad en el juego.	
Refuerza la conducta del niño.	
Elección de las actividades.	
Manejo de la conducta.	

Conducta verbal

- ⇒ *Lenguaje*: en este apartado se valora la forma de hablar del padre, la *complejidad del lenguaje* para la edad del niño en las oraciones, en el vocabulario o en los temas.
- ⇒ *Los comentarios*: en el diálogo sirven para iniciar o para continuar el tema de conversación. Son una alternativa a las preguntas.
- ⇒ *Las preguntas*: se observa la frecuencia en la conversación y si son cerradas y sobre todo las directas (implican mayor presión comunicativa para el niño), y si el adulto espera a que el niño responda.
- ⇒ *El número de iniciativas*: indican la participación en la conversación y el grado de directividad del adulto. Un padre muy directivo iniciará la conversación con más frecuencia que el niño y dominará la conversación, estando menos equilibrada.
- ⇒ *El mantenimiento de turnos*: a los efectos de seguir una charla equilibrada, dirigida o

pasiva. Observar esta práctica durante la sesión orienta sobre la capacidad de los padres para generar conversación con el niño.

- ⇒ *El rechazo o castigo:* es decir, la dificultad para aceptar las iniciativas del niño en el juego, en la actividad o en la conversación.
- ⇒ *Las correcciones:* debe anotarse si el padre corrige expresamente por cometer algún error en la actividad.

Conducta no verbal

- ⇒ *La comprensión:* se debe anotar la capacidad del padre de atender y escuchar el contenido de lo que el niño dice. Se observa cómo el padre sigue el tema de conversación y hace comentarios sobre lo que el niño dice.
- ⇒ *La atención al juego:* ante posibles distracciones del niño se usan estrategias para recuperar su atención (llamarle, cambiar el tono de voz, tocarle, introducirse en el juego, etc.).
- ⇒ *Mantener el contacto ocular:* como gesto de atención y seguimiento de la actividad del niño.
- ⇒ *Compartir el centro de atención:* para que se dé un juego efectivo y se establezca buena relación entre ambos, es necesario que se comparta el interés para poder guiarlo.
- ⇒ *La directividad:* se observa en la habilidad que muestra el padre para controlar el juego; si es muy directivo e imperativo puede presionar demasiado al niño y no dar autonomía; por el contrario, si el padre es muy pasivo y es el niño el que toma la iniciativa, puede no compartir el juego.
- ⇒ *El refuerzo de la conducta:* la aparición de refuerzos en la sesión indica que el padre reconoce las conductas positivas de su hijo. Se valoran los refuerzos verbales, no verbales.
- ⇒ *La elección de las actividades:* se observa en qué medida el padre introduce juegos ajustados a la edad del niño, si atiende al interés o la elección del niño. También se observa la forma de plantear la actividad.
- ⇒ *El manejo de la conducta:* durante la sesión es significativo observar la capacidad del padre o la madre para controlar la conducta del niño, si aplica límites o normas y si el niño los respeta o no.

Con este mismo esquema, conviene examinar uno de los programas más extendidos en la clínica infantil: «Terapia de interacción padre-hijo» de Eyberg y col. (2005), donde los padres, en sesiones de interacción con su hijo, aprenden, con ayuda del terapeuta, habilidades básicas de control conductual durante la interacción en sesiones de juego. Para la evaluación proponen grabar la interacción padre-hijo siguiendo un protocolo de observación estructurada de la misma (Sistema de registro de interacción padre-hijo-III; Eyberg y col., 2005) con el que se analiza la grabación, en función de 9 categorías de conducta y cómo el niño se comporta

(véase cuadro 4.5. Categorías del DCPIC-III) (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-III, DPCICS-III, disponible en www.pcit.org; Chase y Eyberg, 2005).

CUADRO 4.5
Categorías del DPCICS-III (adaptado de Chase y Eyberg, 2005)

CATEGORÍA	EJEMPLO
Refuerzo específico.	<i>Qué bien te has sentado en la silla.</i>
Imitación verbal.	<i>Niño: He hecho un cuadrado muy grande. Padre: Has hecho un cuadrado azul muy grande.</i>
Descripción de la conducta.	<i>Estás dibujando el sol.</i>
Comentarios neutrales.	<i>Aquello es un arcoíris.</i>
Refuerzo no especificado.	<i>Buen trabajo.</i>
Orden directa.	<i>Por favor, ponte los zapatos.</i>
Orden indirecta.	<i>¿Te puedes poner los zapatos, por favor?</i>
Pregunta.	<i>¿Qué estás haciendo? ¿Es un dragón?</i>
Comentarios negativos.	<i>No te sientes en la mesa o (sarcasmo) ahí está muy bien.</i>

Se deben grabar tres situaciones de 5 minutos de duración cada una: 1) *juego dirigido por el niño*; 2) *juego dirigido por el padre*, y 3) *recoger*. En cada una de ellas varía el grado de control que requieren los padres para controlar la conducta del niño. Se anotan en una hoja de registro las observaciones de cada situación, las conductas y verbalizaciones que muestra el padre o la madre con su hijo (Eyberg et al., 1978, 1994, 2005).

Normalmente, el registro DPCICS-III se realiza mediante espejo unidireccional y un sistema de micrófonos y audífonos. Con este sistema es más probable que los niños pequeños emitan la conducta motivo de la consulta si no hay otro adulto en la sala. Si no se cuenta con cabina de observación, se puede realizar el registro con el terapeuta dentro de la sala, observando y manteniéndose lo más alejado posible de la atención del niño.

La conducta que se observa en la sesión clínica no siempre coincide con la que ven los padres en otras situaciones, por lo que se les pide que estimen si las conductas del niño, en cada una de las tres situaciones, son similares a las que ellos han observado en casa. Con frecuencia la conducta que observan es mejor que la de casa y rara vez la ven peor. Durante las observaciones los padres suelen preocuparse por si se juzga su estilo de relación con el niño, por lo que conviene valorar algunos aspectos positivos observados durante el registro para disminuir su percepción (Olivares y col., 2006) (véase capítulo 3, evaluación

conductual).

4.4. HABILIDADES EN LA DEVOLUCIÓN A LOS PADRES

Una vez terminada la evaluación y analizados los datos, se informa de los resultados a los padres, al niño o al adolescente. Estas reuniones se hacen por separado, ya que el tipo de explicación que requieren los padres es distinta que el nivel de descripción que se debe dar al niño o al adolescente. Habitualmente se proporciona la información de forma oral, en una reunión específica donde la familia o el chico puedan comentar los aspectos tratados, hacer preguntas y aclarar dudas tanto acerca de la evaluación como de la propuesta de intervención.

Las normas deontológicas describen el derecho del paciente a la devolución de los resultados de las pruebas (COP, 2000, artículo 42; APA, 2002) (Del Río, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009). Posteriormente se redacta un informe escrito que debe incluir los aspectos informados en la devolución (véase capítulo 5, ética e informes escritos).

El terapeuta proporcionará de forma general y comprensible el tipo de pruebas que se han utilizado para evaluar, y por qué, evitando referir nombres de las mismas y centrándose especialmente en las puntuaciones y en su interpretación. También conviene advertir los factores que hayan podido influir en el resultado. Algunas personas comprenden los resultados de forma global y es necesario advertir que los datos de las pruebas por sí solas no reflejan la totalidad del niño.

Si se tienen que incluir datos técnicos, debe exponerse a continuación una explicación comprensible con ejemplos de la vida cotidiana. En la explicación se debe procurar el intercalar los aspectos negativos con observaciones positivas. Y, para una mejor asimilación y claridad, conviene resaltar especialmente los datos importantes, sin abrumar a los padres con referencias o información que no puedan manejar. Hay que tener en cuenta que en el informe aparecerán todos los datos técnicos necesarios para una revisión profesional o para un repaso de lo hablado con los padres.

Debe tenerse en cuenta el grado de conocimientos del interlocutor para que comprenda la explicación que se ofrece de un comportamiento. *Por ejemplo, a una madre profesora de primaria no será necesario aclarar la influencia del nivel de exigencia escolar en el aprendizaje.* Por el contrario, es preferible apoyarse en determinados conocimientos de los padres del desarrollo infantil para compartir la información de la evaluación.

De la misma forma, a aquellos padres que puedan conocer algunos aspectos del tema que se está explicando, hay que aclararles las diferencias con las analogías que puedan establecer con su campo profesional:

Un padre médico de profesión, que estaba recibiendo la información de que su hijo de 6 años presentaba un trastorno de lenguaje, manifestaba su desacuerdo al no haber encontrado alteración neurológica en las pruebas realizadas que justificara tal dificultad.

«Les voy a detallar los resultados de la evaluación de A, que como les comenté ha sido una valoración global/general del niño sobre diferentes aspectos relacionados con su problema de rendimiento. Hemos valorado su capacidad intelectual, el aprendizaje, sus niveles de atención, los aspectos emocionales y sociales, junto con la información del colegio y la suya».

«En principio, es un niño con una capacidad dentro de la media de los niños de su edad, aunque más que la puntuación nos interesaba ver el perfil aptitudinal que muestra. Este perfil indica cuáles son sus puntos fuertes dentro de la prueba (mostrar el perfil), que como verán tiene un buen nivel en el área verbal, con un nivel alto en vocabulario, comprensión verbal y razonamiento, mientras que en el área perceptiva su rendimiento es menor...».

«No sé si estas características coinciden con lo que ustedes han observado en casa, que actividades como puzzles, pintar o hacer construcciones no son tanto de su agrado como leer...».

Compartir perspectivas

El psicólogo les pregunta en qué medida la descripción de las pruebas y los resultados de la evaluación coinciden con la percepción que tienen ellos de su hijo, dándoles tiempo para expresar sus ideas o sentimientos. Asimismo, les estimulará para que pidan aclaraciones o preguntas y se cuidará que vayan siguiendo y comprendiendo las explicaciones.

T: «Muchos de los datos que les voy a describir seguramente los han observado ya en la niña, como me comentaron el primer día».

Repetir la información relevante

Para la mayoría de las familias la devolución de los resultados es una situación estresante y la atención tiende a dispersarse. Requiere procesar mucha información nueva, de modo que es habitual tener que repetir mensajes ya dados o explicarlos con otras palabras, aunque se redunde en ellos. En general, conviene tratar de reducir la información de tres a cinco puntos importantes y por bloques para facilitar su asimilación.

Origen del problema

La preocupación por la causa de la dificultad es habitual así como las preguntas sobre la posible responsabilidad de los padres en la evolución del problema. El terapeuta debe explicar que los trastornos de los niños están relacionados con múltiples causas; que se conocen algunos de los factores que influyen en el problema de su hijo, pero que es muy difícil saber exactamente cuáles son los que lo han ocasionado. Sin embargo, es importante informarles de que ellos no son los responsables directos de los problemas de su hijo, pero sí son las personas que mejor pueden ayudarle a resolverlos satisfactoriamente (Sattler, 2003; Bailey y Gross, 2010).

T: «Aunque no sabemos todavía cuáles son las causas últimas del trastorno de su hijo, no quiere decir que no

se conozcan algunos de los factores que están influyendo en el problema; y, por tanto, se podrán abordar terapéuticamente».

Pronóstico

Lógicamente también son habituales las preguntas de los padres acerca de la *gravedad y pronóstico* del trastorno, sobre cómo puede afectar al niño en su vida futura y las consecuencias negativas que le pueda ocasionar en el entorno escolar o familiar (Sattler, 2003).

Consecuencias en la familia. Hermanos

Con respecto a las consecuencias del problema a largo plazo, es necesario advertir a los padres sobre los efectos que la dificultad del niño pueda ocasionar en la familia. El estrés familiar puede afectar también a otros miembros de la familia, habitualmente a los hermanos. Criar a un niño con un trastorno, una dificultad persistente o una discapacidad a menudo suele ser estresante para los padres, conlleva un coste emocional, esfuerzo y consume tiempo.

Es frecuente que los otros hijos de la familia se puedan sentir desplazados por la disminución de atención que conlleva la dedicación al niño con problemas, por el exceso de responsabilidad que les puedan transmitir los padres o sentir ansiedad o preocupación por el hermano. En estos casos, es importante que el terapeuta advierta a los padres de que en diferentes estudios se ha descrito que los niños con hermanos con un trastorno son más propensos a desarrollar problemas de conducta, emocionales y sociales (McHugh, 2003; Goudie y col., 2013). Hay que resaltar que los niños, con frecuencia, no pueden tener la visión global de la situación del adulto y comprender los problemas y el alcance de las dificultades de otro niño; su desarrollo cognitivo generalmente no se lo permite y suele ser frecuente que busquen de forma inadecuada adaptarse a las circunstancias negativas que tienen que afrontar (con problemas de conducta, llamadas de atención, inhibición, etc.).

Motivar hacia el tratamiento

La mayoría de las familias para llegar a la decisión de iniciar tratamiento necesitan con frecuencia reflexionar los datos de la devolución, tomar conciencia de ellos y asegurarse de la fiabilidad que les merece la información dada. Es habitual que se den un margen de tiempo. Otras veces esperan a tener el informe escrito para realizar esta reflexión o para afianzarse en su decisión. Sin embargo, la buena comunicación que haya establecido el terapeuta con la familia y la confianza en su profesionalidad ayudará a que el niño inicie tratamiento. Por tanto, se les debe explicar que, con la evaluación realizada, se cuenta con suficiente información para plantear un programa de tratamiento individualizado para el niño, contando con la colaboración de los padres y trabajando coordinadamente con el colegio si el caso lo requiere (Friedberg y McClure, 2005; Kendall, 2006).

Objetivos de tratamiento

El psicólogo plantea tanto al niño como a los padres los objetivos de tratamiento que se van a llevar a cabo y se diferencia entre aquellos que se esperan conseguir a corto y a largo plazo (véase capítulo 3).

Resultados del tratamiento

Se debe advertir a los padres de que el progreso del tratamiento depende de muchos factores, además del trabajo del terapeuta. En el avance de la terapia influye la motivación y la colaboración del niño, la participación de la familia, así como el apoyo del profesorado, cuando el ambiente escolar está relacionado con las dificultades del niño. Aunque es difícil establecer el éxito de la terapia y depende de cada caso, es conveniente que el terapeuta precise un pronóstico y tiempo aproximado de la evolución. Además, se señala que después de los primeros meses de la terapia les explicará a los padres la evolución que haya habido y es entonces cuando estará en mejores condiciones de hacer una valoración más ajustada del progreso que se pueda esperar. Si se cuenta con los datos de resultados satisfactorios del programa de tratamiento que se va a utilizar, se les debe informar de los porcentajes de éxito que ofrecen los estudios de investigación realizados. En cualquier caso el psicólogo debe informar siempre en términos de probabilidad y *no dar garantías* sobre los resultados del tratamiento (véase aspectos éticos, capítulo 5) (Eyberg y col., 1994; Sattler, 2003; Del Río, 2005).

Pedir la colaboración en la terapia

Aunque ya se les informó de que los padres no son los causantes del problema del niño, se les debe recordar que son las figuras más importantes en la vida de éste, los que más pueden influir en él y mejor pueden guiar el cambio y el aprendizaje de nuevos comportamientos. Los niños no cambian su forma de comportarse si los padres no lo hacen primero. Por ello es fundamental que colaboren en la terapia. Se les insiste en que el terapeuta programará sesiones específicas con la familia para acordar las líneas de actuación con el niño en la casa.

Informar del progreso

Para que puedan estar al tanto de los avances del niño, conviene comentar a los padres que se les informará regularmente de la evolución. En algunos tratamientos para ver el avance se pueden establecer fechas concretas (como el final de cada trimestre), mientras que en otros casos será necesario hacerlo con más frecuencia. Asimismo, se les informa de la necesidad de fijar sesiones regularmente para conversar y aclarar aspectos de la terapia y dar pautas para la casa, o, según el programa que se lleve a cabo, trasladar determinadas orientaciones fuera de la sesión. La evolución se puede observar directamente por el espejo unidireccional o por la

grabación de la sesión de tratamiento del niño. La redacción de informes periódicos de *evolución* también ayuda a conocer cómo progresa el niño (Friedberg y McClure, 2005).

Generalización

Como ya se explicó anteriormente, los objetivos de intervención se gradúan en función de la dificultad. Se les indica cómo es habitual que el niño sea capaz de generar la conducta deseada en la terapia con mayor facilidad que fuera de ella. Pero para se traslade esta conducta a situaciones cotidianas o naturales, requiere llevar un trabajo específico con el niño, con la familia y con el colegio (caso de ser necesario). Es decir, *generalizar* o trasladar la conducta aprendida a todos los ámbitos de la vida del niño (Friedberg y McClure, 2005; Kendall, 2006).

Dar orientaciones

En el caso de que el terapeuta haya observado problemas psicológicos de algún tipo en los padres, tales como depresión, ansiedad, conflictos matrimoniales, etc., que estén interfiriendo en el niño deberá plantear con sensibilidad y prudencia la conveniencia de acudir a un profesional de adultos, que les ayude y oriente.

CUADRO 4.6 **Resumen: ¿Qué plantear en la devolución?**

- ⇒ Informar sobre el problema motivo de consulta. Compartir la perspectiva.
- ⇒ Origen del problema.
- ⇒ Pronóstico. Evolución. Tiempo aproximado de duración de la terapia.
- ⇒ Identificar factores importantes que aminoran o mantienen el problema.
- ⇒ Tipo de tratamiento con el niño, los padres y el profesor.
- ⇒ Coordinación con el colegio.
- ⇒ Consecuencias para la familia.
- ⇒ Motivar e implicar en el tratamiento.
- ⇒ Resultados del tratamiento en términos de probabilidad (no dar garantía).
- ⇒ Informes periódicos de progreso.
- ⇒ Generalización.

Respuestas emocionales

Es frecuente que en la devolución de la información aparezca en alguno de los padres respuestas emocionales al ver confirmado el diagnóstico, o de alivio si no se confirman sus temores. Hay que estar atento a las reacciones que vayan apareciendo para ir trasladando la información de forma gradual y con la empatía necesaria en función de la forma en que lo vayan asumiendo. Para la familia la presencia de un desfase en el desarrollo del niño o de una conducta alterada no es tan obvia como para el terapeuta. Pueden aparecer muestras de falta de confianza o dudas respecto a los resultados u hostilidad. Ante reacciones de este tipo se

debe mantener la calma y exponer con comprensión y delicadeza los datos de los cuestionarios, registros, etc., que indican los resultados (véase al final de este capítulo, habilidades expertas en situaciones difíciles).

4.4.1. Recursos comunicativos en la devolución

Como se ha comentado, el terapeuta debe estar prevenido y mantener una actitud flexible y receptiva para favorecer en el padre una disposición positiva, que disminuya el riesgo de posibles reacciones adversas. Es, por tanto, necesario facilitar la expresión de opiniones y de sentimientos mientras se proporciona la información. Captar las emociones que los padres vayan expresando ayudará a anticiparse a ellas y a detectar síntomas de rechazo, desacuerdo o desconfianza:

- ⇒ Es importante que el psicólogo evite un lenguaje complejo, jerga profesional, y se adapte a su nivel de comprensión así como a su deseo de recibir información más concreta que puedan manejar.
- ⇒ En cualquier caso, se les comunicará de forma rigurosa y objetiva, intercalando puntos fuertes con dificultades y haciendo comentarios positivos sobre la conducta, actitudes o expresiones del niño durante la evaluación.
- ⇒ En el caso de información negativa, debe generarse esperanza, reducir la ansiedad del paciente y proporcionar seguridad emocional. El terapeuta eficiente apoya al paciente y acepta las respuestas emocionales y la expresión de sentimientos de manera empática (véase al final de este capítulo, habilidades expertas en situaciones difíciles) (Barreto y col., 1997; Cormier y Cormier, 2000; Sattler, 2003; Patterson y col., 2009).
- ⇒ Hacer pausas para dar oportunidad a que el adulto asimile la información, que suele ser cuantiosa generalmente. No abrumar al paciente con exceso de datos o de nombres de pruebas y protocolos.
- ⇒ Por tanto, hay que estar atentos a señales de los efectos que pueda producir la información que se da y controlar la comprensión de la explicación.
- ⇒ Al igual que en la entrevista inicial, la escucha activa, haciendo autorrevelaciones y parafraseando, indica la actitud de apoyo del terapeuta.

4.5. INTERVENCIÓN CON PADRES

La influencia de la interacción de los padres con sus hijos es un factor esencial en la superación de los problemas, y la falta de orientaciones a los padres en la intervención infantil disminuye la efectividad y dificulta la generalización de los avances en el niño.

Algunos profesionales argumentan la dificultad de poder llevar a cabo tratamientos sistemáticos con padres. Es indudable que existe una alta variabilidad de las familias en

cuanto a las características psicológicas de los padres (patología), problemas de la pareja o del ambiente en el que desenvuelven, etc., que pueden hacer difícil la participación y colaboración en la terapia del niño y no conseguir el éxito deseable. Los programas no son igualmente adecuados para todos los padres y en ocasiones expresan su dificultad para realizar lo que se les pide. Asimismo, en la participación se da un alto porcentaje de abandonos (Kazdin, 1997; Olivares y col., 2006; Robles y Romero, 2011).

Además, circunstancias como la localización del servicio de atención, el tipo de población a la que se atiende, etc., pueden no hacer posible la incorporación de las familias a la terapia o conseguir el mantenimiento de los cambios a largo plazo (dificultades económicas, lejanía, padres con problemas mentales, familias desestructuradas, acumulación de situaciones conflictivas, características del ambiente, aislamiento, etc.) (Webster-Stratton, 1991; Kazdin, 2004, 2006).

Lamentablemente existen circunstancias en las que los recursos y técnicas de la psicología infantil exceden a su ámbito de acción y corresponden más a políticas sociales, culturales, sanitarias, etc. Las habilidades del terapeuta en la intervención requieren seleccionar el tratamiento adecuado en función de una evaluación, un análisis funcional y una conceptualización del caso. Desde esta perspectiva, debe valorar la necesidad de trabajar con la familia, priorizar la terapia con el niño (o adolescente) o intervenir en ambos de manera combinada. Para ello durante la evaluación el psicólogo habrá podido identificar los siguientes elementos en la familia (Cormier y Cormier, 2000; Marinho y col., 2003; Friedberg y McClure, 2005; Stallard, 2010; Carrobes y Gámez-Guadix, 2012):

- ⇒ Estilo educativo de los padres.
- ⇒ Conducta hacia el niño y refuerzo del problema.
- ⇒ Habilidades y recursos para resolver conflictos.
- ⇒ Expectativas desajustadas sobre el niño.
- ⇒ Interacción con el niño.
- ⇒ Cogniciones disfuncionales sobre la conducta del niño.
- ⇒ Disposición para el cambio o dificultad para generar cambios positivos.

4.5.1. Evidencia

La eficacia de la participación de los padres en la intervención infantil se ha probado en una amplia gama de programas de problemas infantiles y juveniles. Como factores de éxito en la intervención con padres se distingue la edad del niño, la severidad de los síntomas mostrados al inicio de la intervención, además del nivel sociocultural y la participación e implicación de los padres en la terapia (Kazdin, 1997). Asimismo, los resultados son mejores cuando se interviene a edades tempranas, antes del inicio de la escuela. En este momento, la conducta del niño está circunscrita prioritariamente al ámbito familiar y es más fácil modificar o interrumpir el curso del trastorno y reducir las probabilidades de que el comportamiento del

niño se asocie con tendencias antisociales y fracaso académico (Daley, 2006; Lundhal et al., 2006; Rey, 2006; Serketich y Dumas, 1996; Tucker y Gross, 1997; Olivares y col., 2006; Robles y Romero, 2011). Por otro lado, la comparación de la eficacia de las terapias infantiles refleja ser menor cuando se interviene sólo con el niño y con los padres independientemente. Por el contrario, se obtienen mejores resultados cuando los tratamientos se realizan combinando ambas opciones terapéuticas, los niños y padres conjuntamente (Eygberg y col., 1994; Webster-Stratton y Hammond, 1997).

Stallard (2005) describe limitaciones en estos programas con relación a que los avances no se mantienen en el seguimiento de los niños (Kazdin, 1997). Para ello propone realizar programas que den más importancia a las cogniciones de los padres en la intervención. Argumenta que las atribuciones que los padres hacen acerca del problema del niño y de sus avances pueden estar influidas por sus características psicológicas, las cuales pueden interferir en los resultados de la intervención. En este sentido se han propuesto programas para los progenitores focalizados en sus cogniciones, atribuciones, creencias o valoraciones sobre el niño, al considerar que sus formas de pensar puedan estar manteniendo las condiciones actuales del niño. Se trata, pues, de intervenir promoviendo habilidades de resolución de problemas y de comunicación positiva para favorecer que los beneficios obtenidos en la intervención se mantengan (Lundhal y col., 2006). Para una revisión de la eficacia de los programas para padres, consultar: Olivares y col. (2006) y Robles y Romero (2011).

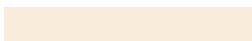
Por otra parte, además de ser primordial basarse en la evidencia en programas efectivos, también es necesario que la puesta en práctica del programa se lleve a cabo por terapeutas con experiencia o formación específica en la materia. El factor humano se ha visto que es una variable que incide en el éxito en diferentes tipos de programas de tratamiento con padres (Scott, 2010).

4.5.2. Programas de prevención

En la clínica se pueden observar síntomas de determinadas alteraciones en los niños pequeños que no cumplen criterios de un diagnóstico definido, pero que en edades posteriores se encuentran desarrollados como trastornos. Cada vez se está insistiendo más en la prevención de alteraciones para ayudar a las familias a crear factores de protección en el niño (Spirito y col., 2005). Existen numerosos programas de prevención para una amplia gama de trastornos (internalizantes, externalizantes, abuso de sustancias, etc.) que se llevan a cabo con el niño, los padres y los profesores, en diferentes contextos. Un ejemplo de programa preventivo, con base empírica, para trastornos externalizantes y problemas de abuso es el *Programa de paternidad positiva* (Triple P).

CUADRO 4.7

Principios de paternidad/maternidad positiva (tomado de Sanders y Murphy-Brenan, 2010. The Triple P)



UN AMBIENTE SEGURO E INTERESANTE	Los niños de todas las edades necesitan seguridad, supervisión y, por tanto, un ambiente de protección que les dé oportunidades para explorar, experimentar y prevenir accidentes en casa (Peterson y Saldana, 1996)
UN AMBIENTE DE APRENDIZAJE POSITIVO	Aunque esto incluye educar a los padres en el rol de educador del niño, el programa específicamente enseña a los padres a responder positivamente y de forma constructiva a las interacciones que inicia el niño (ejemplo: pedir ayuda, información, consejo y atención) y por medio de otras técnicas ayudar a los niños para aprender a solucionar los problemas por sí mismos.
DISCIPLINA ASERTIVA Y CONSISTENTE	Triple P enseña a los padres el manejo específico del niño por parte de los padres y estrategias para el cambio de comportamiento como alternativa a las prácticas coercitivas e inefectivas (como gritar, amenazar o utilizar castigo físico). Estos recursos incluyen poner reglas básicas para situaciones específicas; discutir las normas con el niño, dando instrucciones; hacer peticiones calmadas, claras y apropiadas a la edad del niño; ignorar de forma intencionada, proporcionar consecuencias lógicas y tiempo fuera.
EXPECTATIVAS REALISTAS	Esto incluye explorar con los padres sus expectativas, conjeturas y pensamientos sobre las causas del comportamiento del niño y elegir las causas que son adecuadas para el desarrollo del niño y realistas para los padres. Padres que están en riesgo de abusar de sus hijos son más tendentes a tener expectativas irreales de las capacidades del niño.
CUIDAR DE UNO MISMO COMO PADRE/MADRE	La paternidad está afectada por una serie de factores que inciden en la autoestima de los padres y su estado de bienestar. Todos los niveles de Triple P específicamente localizan este conflicto, animando a los padres a ver la paternidad como parte de un largo contexto de cuidado personal, con multitud de recursos y bienestar, y enseñar a los padres habilidades prácticas de paternidad.

En esta línea el *Programa de paternidad positiva* (Triple P; Sanders, 1999) es una intervención en distintos niveles de trabajo con padres para mejorar la calidad de las orientaciones que reciben. Se centra en prevenir problemas severos de conducta, emocionales y de desarrollo en niños y adolescentes. Los niveles de intervención se basan en proporcionar a los padres conocimiento, habilidades y confianza. El objetivo principal es crear en los padres la capacidad de autorregularse y con ello adquirir la capacidad de resolver problemas de forma independiente, con ayuda de un ambiente social que apoye las relaciones de la familia. Se promueve la autosuficiencia, aprendiendo el uso de instrumentos y técnicas y favoreciendo la atribución del cambio a su propia gestión personal.

Rosa y col. (2006) plantean algunas de las características y actitudes de los padres competentes en la educación de los hijos que ayudan a prever dificultades en la vida familiar (véase cuadro 4.8).

CUADRO 4.8

Características más frecuentes de los padres valorados como competentes en la educación de los hijos (tomado de Rosa, Olivares, Olivares y Parada, 2006, p. 33)

- ⇒ Reconocen los problemas de conducta de sus hijos y están dispuestos a resolverlos.
- ⇒ Buscan ayuda de inmediato para resolver los conflictos.
- ⇒ Disfrutan del cambio y del desarrollo del niño.
- ⇒ Aceptan las diferencias que surgen con sus hijos como saludables y esperan que cada uno de ellos muestre diferencias respecto de ellos mismos y de sus hermanos.

- ⇒ Se dan cuenta de que su trabajo es preparar a los hijos para la vida adulta, en un mundo que será muy diferente del suyo.
- ⇒ Reconocen que no van a poder proporcionar siempre a sus hijos respuestas infalibles, aunque saben que pueden ayudarles a prepararse para descubrir su propio camino y a afrontar los problemas que durante su andadura encontrarán.
- ⇒ Saben resolver sus problemas personales.
- ⇒ No se preocupan constante e innecesariamente de sus hijos.
- ⇒ Proporcionan a los niños control y libertad en función del grado de desarrollo y de la responsabilidad de cada uno, y consideran que el trabajo de la familia es formar y socializar al niño para su vida de adulto.
- ⇒ Ayudan a los niños a que aprendan a aceptar riesgos y a cuidar de sí mismos.
- ⇒ Son hábiles en el arte del control: en reforzar, en formar, describir y mostrar la conducta deseable, en estimular la imitación de su comportamiento.
- ⇒ Conocen cómo proporcionar los límites que son prerequisites para el crecimiento del autocontrol, ofreciendo siempre a los niños oportunidades apropiadas para su desarrollo, seguras y adecuadas a su edad, que les permitan experimentar nuevas respuestas y conocer por sí mismos las consecuencias de las elecciones.

4.5.3. Habilidades en la intervención

4.5.3.1. Relación terapéutica

Cuando el terapeuta y los padres colaboran en el tratamiento, se establece un vínculo fuerte entre ambos, lo cual correlaciona con el éxito en la intervención (Kazdin y Whitley, 2006). En el tratamiento es preferible que el psicólogo sea poco directivo y que, con la ayuda y con las sugerencias del terapeuta, los padres descubran soluciones por sí mismos.

Relación de colaboración terapeuta-padres

Cuando los padres perciben que el terapeuta coopera con ellos en la selección de los objetivos, en la asignación de tareas, que hace comentarios positivos o de apoyo, la relación terapéutica se afianza. Por tanto, el psicólogo debe centrarse en incorporar a los padres en la toma de decisiones y mantener una actitud de colaboración con ellos. En este sentido puede favorecer el éxito de la terapia estableciendo relaciones de comunicación, confianza, respeto, compromiso con la totalidad de la familia y sus necesidades, tener en cuenta las necesidades del niño y de la familia, centrarse en los aspectos positivos y comprender la importancia de sus aportaciones sobre su hijo. Con estas actitudes se eliminarán barreras que con frecuencia suelen bloquear la relación del profesional con las familias (véase cuadro 4.9) (Giné, Gracia, Vilaseca, Balcells, 2009; Pozo et al., 2013).

CUADRO 4.9
Actitudes del terapeuta para establecer una relación de colaboración con las familias (adaptado de
Turnbull y col., 2006; Pozo y col., 2013)

Comunicación afectiva:

- ⇒ Crear un clima relajado. Escuchar de forma empática.
- ⇒ Ser claro, utilizar lenguaje llano y comprensible.
- ⇒ Proveer y coordinar la información.

Competencia profesional:

- ⇒ Ofrecer una atención de calidad.
- ⇒ Formación continua.
- ⇒ Tener expectativas altas de las personas con problemas y sus familias.

Respeto:

- ⇒ Respetar la diversidad cultural de las familias.
- ⇒ Ensalzar las fortalezas en vez de las limitaciones.
- ⇒ Tratar con dignidad a las personas con problemas y sus familias.

Comprometerse a:

- ⇒ Ser sensible a las necesidades emocionales de las personas con dificultades y sus familias.
- ⇒ Estar disponible y ser accesible. Ir más allá; implicarse.

Igualdad:

- ⇒ Compartir la toma de decisiones.
- ⇒ Fomentar la formación de las familias. Proporcionar opciones de cambio.

Defensa de los derechos de los menores con problemas y sus familias:

- ⇒ Prevenir posibles problemas.
- ⇒ Ser consciente de que se ha hecho todo lo posible para mejorar la situación.
- ⇒ Dejar por escrito las situaciones problemáticas.
- ⇒ Formar alianzas con otras instituciones/profesionales.

Confianza:

- ⇒ Cumplir con los objetivos planificados.
- ⇒ Mantener la confidencialidad.
- ⇒ Confiar en las propias capacidades.

Experiencia vital

Así como con los niños la habilidad terapéutica que favorece la empatía está en conocer su mundo infantil o adolescente, en el caso de los adultos la experiencia que el terapeuta tenga en la vida (directa o vivenciada muy de cerca) facilita la comprensión de sentimientos y emociones y ayuda a establecer una mejor comunicación. El terapeuta debe ser cuidadoso en no creer que las soluciones encontradas personalmente en situaciones similares serán adecuadas para los padres.

Saber qué implica la tarea

Cuando el psicólogo da indicaciones a los padres de realizar una actividad debe ser consciente del trabajo que implica lo que está pidiendo. En la asignación de tareas, cuando el terapeuta haya tenido alguna experiencia práctica del ejercicio que les pide a los pacientes, podrá medir el trabajo que les requiere. La falta de conocimiento práctico de una tarea puede suponer una demanda excesiva para cumplimentarla.

Realizar un registro requiere tiempo, dedicación y tener una situación personal disponible a la observación. El terapeuta debe haber tenido la experiencia de registrar personalmente conductas propias para saber el esfuerzo que requiere.

4.5.4. Cuándo trabajar con la familia

La participación de los padres ya se ha comentado que puede establecerse a diferentes niveles de implicación. En unos casos los padres comparten la sesión con el niño u observan la sesión terapéutica del niño (desde una cabina unidireccional), y en otras tienen sesiones aparte, bien individuales o en grupo. La propuesta de participación de los padres en la terapia del niño debe hacerse basándose en una minuciosa evaluación de la situación del niño y de la familia y seleccionar la estrategia de tratamiento más adecuada, así como qué personas deben participar (sólo el niño, sólo los padres, toda la familia, profesores, etc.) (Kendall y Morris, 1991).

Para aproximarse a la selección más adecuada en cada caso el psicólogo puede guiarse por criterios clínicos (Stallard, 2010; Bunge y col., 2010).

El tipo de trastorno (internalizante/externalizante)

Las investigaciones indican que los problemas externalizantes (problemas de conducta, conductas oposicionistas o desafiantes) responden positivamente a la intervención directa, modificando la conducta de los padres (Kazdin y Weisz, 1998). Distintos programas abordan la conducta de los padres al estar asociada con el desarrollo o mantenimiento de la conducta problemática del niño. Generalmente, los programas incorporan al trabajo con los padres el contexto escolar, donde se manifiestan más claramente estos comportamientos (Webster-Stratton, 1992). Otros ponen el acento en modificar la conducta de interacción de los padres con el niño (*Parent Interaction Therapy (PCI)*, Eyberg y col., 2005). En estos programas la intervención se centra en los padres más que en el niño. La conducta del niño se modifica por medio del cambio en los padres al aprender a utilizar técnicas conductuales, identificar antecedentes y consecuentes y reducir conductas inadecuadas.

En el caso de problemas *internalizantes* también se ha evidenciado la relación de los problemas de ansiedad de los padres con los de sus hijos y el papel que ellos tienen en el mantenimiento del problema (Dadds y Barret, 2001). Con frecuencia tienden a insistir en los riesgos o peligros que se pueda encontrar el niño en el ambiente. Asimismo, suelen ser más controladores y protectores, lo cual ofrece al niño menos oportunidades de adquirir habilidades de afrontamiento. En estos casos el tratamiento se centra más en el niño que con los padres.

Una niña de 6 años con ansiedad de separación, el estilo protector de los padres les lleva a dejarla en casa cuando no quiere ir al colegio. Por lo que un exceso de control de los padres puede aumentar la ansiedad de la

Nivel de desarrollo cognitivo

La implicación de los padres será mayor cuanto menor es el niño (nivel preoperatorio), mientras que en los adolescentes mayores se focaliza la intervención más en el chico aunque la familia requiera orientaciones (Bunge y col., 2010).

Nivel de cronicidad

La *severidad* del problema indica la conveniencia de trabajar con los padres para modificar posibles patrones de interacción alterados que se hayan mantenido en el tiempo y que puedan estar contribuyendo a mantener o agravar el trastorno.

Grado de implicación de la familia

La motivación de la familia para cambiar el problema del niño es un aspecto fundamental para decidir el inicio de un programa con los padres.

4.5.5. Objetivos de intervención con padres

Dentro de las diferentes formas de implicar a los padres en la terapia del niño se suele programar la adquisición de habilidades específicas (Friedberg y McClure, 2005, Stallard, 2009), como:

4.5.5.1. Crear expectativas realistas

Algunas de las quejas de los padres sobre la conducta de sus hijos están relacionadas, en parte, con unas expectativas poco ajustadas a la realidad del niño. Con frecuencia confunden la conducta deseable con la esperable, aun cuando el niño lleve presentando una conducta inadecuada durante un período largo de tiempo. En esta actitud de los padres influye la experiencia y la habilidad (Friedberg y McClure, 2005).

En un niño de 4 años no es esperable que sea capaz de vestirse solo por la mañana, si nunca antes lo había hecho y el padre le viste por tener prisa.

En el caso del adolescente, los padres tienden a oscilar entre verle algunas veces como niño pequeño y otras como adulto, lo que les dificulta ajustarse a los cambios que se están produciendo en el chico. En general conviene tener en cuenta que muchas de las conductas están relacionadas con falta de autonomía, de hábito en tomar decisiones y que priorizan a sus amigos a la familia. Teniendo en cuenta estas premisas es probable que cometan errores y que

sean esperables (Friedberg y McClure, 2005). En otras ocasiones los padres hacen atribuciones negativas de la conducta del chico creyendo que se comporta con intención de «fastidiar».

Un adolescente llega tarde un día a casa a pesar de que le han dicho que no lo haga. El padre se niega a escucharle porque cree que lo hace intencionadamente.

Para facilitar la conciliación de los padres con el adolescente y en función de los cambios esperables y de las expectativas de los padres, se ha planteado una forma de iniciación a la vida adulta, por medio de cumpleaños en períodos cortos de tiempo (cada 6 o 12 meses), en los que se establece en ese momento un cambio en ambas partes, negociando nuevas condiciones de responsabilidad para el chico, con mayor capacidad de decisión y concesiones de los padres dentro de la familia (Imbert-Black, 1988).

Dentro de las familias se dan amplias diferencias en los estilos educativos y en las normas que exigen a sus hijos. El terapeuta debe tener en cuenta estos aspectos ya que, además, pueden estar en relación con la cultura de la familia (véase capítulo 1). Ya se expuso cómo el terapeuta siempre debe atender las diferencias culturales de los pacientes que trata.

4.5.5.2. Reducir la ansiedad de los padres

Un objetivo prioritario en todos los programas de tratamiento es reducir la ansiedad que generan a los padres las dificultades del niño. La actitud del terapeuta y sus habilidades de comunicación ayudarán a reducirla, pero también es necesario enseñarles a identificar tales sentimientos, con la conducta que los ocasiona y cómo ello puede afectar al niño. Asimismo, para contrarrestar los pensamientos negativos el terapeuta les ayudará a detectar aquellos que están en la base de tales sensaciones y les animará a buscar otros positivos que los sustituyan (Stallard, 2009).

Una madre hablando de su hijo comenta estar nerviosa y al responder a la pregunta de qué está pensando sobre el niño reconoce estar «viéndole» de mayor en el colegio, sin amigos y pasándolo mal.

4.5.5.3. Psicoeducación

Una de las estrategias de intervención de la perspectiva cognitivo-conductual es que los padres reciban información básica sobre el desarrollo de la conducta de sus hijos. El conocimiento de las pautas evolutivas ayuda a la familia a situar al niño en su edad y a no esperar comportamientos avanzados y reconocer retrasos en su desarrollo (Friedberg y McClure, 2005; Stallard, 2005).

Asimismo, se trata de que el terapeuta *proporcione conocimientos básicos* sobre la forma en la que aprenden los niños y la importancia de conocer los principios básicos de

modificación de conducta. Es decir, enseñar a delimitar conductas, a reforzar al niño, diferenciando refuerzos positivos y negativos; identificar antecedentes y consecuentes; tiempo fuera; control de estímulos, etc.

Conviene proporcionar lecturas breves, donde se expliquen aspectos básicos de modificación de conducta aplicados a situaciones infantiles habituales. Lecturas, comentarios y discusiones de sus observaciones ayudan a los padres a aprender una nueva forma de entender la conducta de su hijo. Libros o folletos que ayuden a los padres a saber de la existencia de recursos básicos de control de la conducta del niño.

Se resumen algunos recursos bibliográficos de material de ayuda para padres. Asimismo, se incluyen algunas páginas web donde encontrar artículos y libros con pautas para las familias (cuadros 4.10 y 4.11).

4.5.5.4. Enseñar a reforzar

Un objetivo prioritario de la mayoría de los terapeutas y programas es enseñar a los padres a reforzar la conducta positiva del niño (Barkley y otros, 1999). Aprender a usar el refuerzo y a utilizarlo contingentemente es un recurso básico. Es frecuente que los padres no refuercen a sus hijos y les presten atención cuando están portándose inadecuadamente. Los padres tienen que aprender la importancia de aplicar refuerzos, y aprender a diferenciar los diferentes tipos de refuerzos y a saber cómo administrar su atención al niño como refuerzo potente de la conducta que realiza. Paralelamente, tienen que incorporar el uso de la extinción, para extinguir conductas no deseadas. Con frecuencia los padres utilizan de forma deliberada la extinción sin saberlo para conductas positivas, por considerar que es «obligación» del niño o porque no es necesario reforzarlas.

CUADRO 4.10
Recursos para padres en páginas web (adaptado de Friedberg, McClure y García, 2009)

FUENTE	SITIO WEB	TEMAS/CONTENIDO
Departamento Infantil de la Universidad de Nueva York.	www.aboutourkids.org	Trastornos, desarrollo, estilos parentales, medicación, TCC.
Academia Americana de Psiquiatría del niño y del adolescente.	www.aacap.org	Trastornos, desarrollo, medicación y estilos parentales.
Instituto Nacional de Salud Mental (Americano).	www.nimh.nih.gov/index.shtml	Trastornos y tratamientos.
Academia de Terapia Cognitiva.	www.academyofct.org	Terapia cognitiva, trastornos.
Asociación Americana de Psicología División 53.	www.clinicalchildpsychology.org	Trastornos y tratamientos.

Asociación de Terapias Cognitivo-Conductuales.	www.abct.org	Trastornos y tratamientos.
Abuso de Sustancias y Servicio de Salud Mental.	www.samhsa.gov/espanol/	Trastornos, tratamientos y estilos parentales.
Asociación Americana de Trastornos de Ansiedad.	www.adaa.org	Trastornos y tratamientos.
Preocupaciones en niños.	www.worrywisekids.org	Trastornos, tratamientos y estilos parentales.
National Academy for Parenting Practitioners (NAPP).	www.parentingresearch.org.uk	Recursos para terapeutas sobre intervención con padres.

CUADRO 4.11
Selección de libros de autoayuda para padres

TÍTULO	AUTOR	EDITORIAL
Niños optimistas.	Seligman, M.	Debolsillo, 1999
El niño sensible.	Manassis, K.	Medici, 1998
Hijos desafiantes y rebeldes.	Barkley, R. A. y Benton, C. M.	Paidós Ibérica, 2000
El niño que no sonríe.	Méndez, F. X.	Pirámide, 1998
El niño sensible.	Manassis, K.	Medici, 1998
¡Que viene el coco! Cómo ayudar a los niños a vencer sus temores y miedos.	Méndez, F. X.	Pirámide, 1998
Portarse bien.	Garber, S., Garber, M. y Spizman, R. F.	Medici, 1993
Cómo evitar que tu hijo se deprima.	Del Barrio, V.	Síntesis, 2007
El niño muy movido o despistado.	Green, C. y Chee, K.	Medici, 1994
El niño insoportable.	Greene, R. W.	Medici, 1998
Cómo hablar para que los adolescentes le escuchen y cómo escuchar para que los adolescentes le hablen.	Faber, A. y Mazlish, E.	Medici, 2006
Cómo enseñar a sus hijos a ser responsables.	Harris, C. y Reynold, B.	Debate, 1993
Después de adoptar.	Fernández-Zúñiga, A., Rodríguez, C., Moya, A. y Morgado, F.	Ceac, 2009

Duérmete niño.	Estivill, E. y De Béjar, S.	Plaza y Janés, 1997
Sí, puedo decir no. Enseñe a sus hijos a ser asertivos.	Smith, M. J.	Grijalbo, 1988
Estrés en la infancia.	Trianes, M. V.	Narcea, 2003

Los padres de un niño de 5 años que presenta a diario problemas de conducta refieren que cuando le ven entretenerse solo jugando un rato (unos 15 minutos) tratan de no decirle nada para ver si el niño sigue jugando «sin molestar».

4.5.5.5. Manejo de contingencias/Modificar conductas

En el programa de tratamiento se plantea modificar aquellas conductas que dificultan el avance del niño y alteran la interacción familiar. Para ello se enseña a los padres a vincular su conducta con la del niño y se enseñan técnicas de manejo de la conducta, principios operantes y se aumentan las conductas positivas del niño y las que se vayan aproximando al objetivo marcado (Gavino, 2006; Rosa y col., 2006) (véase cuadro 4.12. Principios operantes básicos).

CUADRO 4.12
Principios operantes básicos (modificado de Méndez, Olivares y Méndez, 2004. En Rosa y col., 2006, p. 188)

PRINCIPIO	PROCEDIMIENTO	EFFECTO SOBRE LA CONDUCTA	EJEMPLO
Refuerzo	Presentación o retirada de un acontecimiento después de la aparición de una respuesta.	Aumenta la frecuencia de la respuesta.	⇒ Dar una chocolatina al niño tras hacer su cama sabiendo que le encanta el chocolate. ⇒ Evitar la riña del profesor al estar callado en clase.
Castigo	Presentación o retirada de un acontecimiento reforzador después de una respuesta.	Disminuye la frecuencia de la respuesta.	⇒ Apagar la televisión tras pelearse el niño con su hermano, siempre que se haya informado previamente. ⇒ Obligar a limpiar los cristales tras mancharlos, cumpliendo lo acordado.
Extinción	Cese de la presentación de un acontecimiento reforzador después de la aparición de una respuesta.	Disminuye la frecuencia de la respuesta anteriormente reforzada.	⇒ Dejar de prestar atención cuando se porta mal para conseguir que sus padres estén pendientes de él.
Control de estímulos	Reforzamiento de la respuesta en presencia de un estímulo discriminativo, pero	Aumenta la frecuencia de la respuesta en presencia del estímulo discriminativo y	⇒ Prestar atención al niño cuando juega con sus compañeros en el recreo, pero no en clase.

en presencia de otro (estímulo delta).

disminuye en presencia del estímulo delta.

⇒ Pedir a los padres que cuando tengan que hablar sobre un tema conflictivo lo hagan en la cafetería, en horas punta, cuando más clientes haya.

4.5.5.6. Mejorar la relación madre/padre-hijo

Tanto para los pequeños como para los adolescentes el tiempo que los padres comparten con su hijo es fundamental. En las primeras etapas el juego es un recurso fácil para compartir experiencias, modelar conductas o habilidades no bien establecidas, así como para conocer o descubrir las habilidades y debilidades del niño y estimular su desarrollo. Ello permite administrar refuerzos y modelar resolución de problemas.

De la misma forma es positiva la relación y la atención con niños escolares y adolescentes. Con frecuencia se observa en la clínica que los padres en estas edades, cuando comparten su tiempo, se centran más en impartir disciplina, corregir conductas o en establecer pautas de conducta. Barkley et al. (1999) plantean que con los adolescentes es necesario buscar momentos para compartir situaciones de interacción, sin centrarse en dar indicaciones ni reprender o corregir la conducta, ni hacer preguntas suspicaces sobre sus actividades.

En general, para mejorar la relación, es conveniente priorizar la relación emocional, dejar al niño que escoja lo que le guste y que los padres participen con él, buscando disfrutar de la actividad misma y centrando el objetivo en el juego o tarea que se comparte. En esas situaciones el terapeuta orienta al padre o la madre haciendo valoraciones positivas sobre su conducta, sus iniciativas o comentarios (Friedberg y McClure, 2005).

4.5.5.7. Reestructuración cognitiva

Las ideas o creencias que los padres tienen acerca de los niños y de su forma de aprender pueden interferir en el avance del menor y reducen los recursos de los progenitores para manejarse con la conducta del niño. El tipo de objetivos cognitivos que se plantean en el trabajo con los padres es, además de ajustar las expectativas, mejorar su confianza sobre su capacidad para afrontar el problema; reducir la culpabilidad de no haberlo tratado adecuadamente, o de no haber acudido antes.

Stallard (2005) plantea algunos aspectos que habitualmente se abordan en la reestructuración cognitiva:

- ⇒ Descubrir los pensamientos disfuncionales habituales.
- ⇒ Identificar los pensamientos y consecuencias en la emoción y la conducta.
- ⇒ Explorar la información que soporta estos pensamientos.
- ⇒ Experimentar qué es lo que sucede realmente.
- ⇒ Con esta nueva información, llegar a un punto de vista más adecuado que proporcione una mejor explicación.

⇒ Enfrentarse desde ese punto de vista a las creencias anteriores.

4.5.5.8. Llevar a la práctica las habilidades

El trabajo para casa es un aspecto central en las terapias cognitivo-conductuales. Permite a los padres poner en práctica en casa y en el ambiente natural de la familia las habilidades aprendidas en la sesión. El terapeuta selecciona en qué contextos deben practicar el padre y el niño, estableciendo una graduación de los objetivos a conseguir y con la ayuda de las estrategias aprendidas (Friedberg y McClure, 2005).

Diferentes recursos muestran cómo realizar estos cambios en la casa, mediante la preparación previa con el terapeuta en sesión. Se acuerda con el padre antes la conducta a realizar y la mejor forma de llevarla a cabo. El terapeuta puede ofrecer representar las situaciones o el modelo de cómo actuar en casa en la situación seleccionada. La incorporación al ambiente natural se acuerda con los padres en función de la graduación de la dificultad de la tarea y de las posibilidades de éxito. Se pueden incluir en la práctica aquellas personas del entorno del niño (abuelos, cuidadores, hermanos, etc.) que puedan apoyar el cambio de la conducta en diferentes situaciones.

4.5.6. Prevenir recaídas

El terapeuta tiene que advertir a los padres de mantener controles y de la posibilidad de que distintas circunstancias provoquen un aumento de la sintomatología a lo largo del desarrollo del niño (véase capítulo 3. Prevención de recaídas).

Se debe anticipar a los padres cómo el aumento del nivel de exigencia escolar en cursos más avanzados puede aumentar el nivel de estrés en el niño y aparecer manifestaciones de la ansiedad diferentes a las actuales.

Se trata, por tanto, de que el terapeuta advierta, en la evolución del problema, de posibles períodos de mejora o también de recaídas e insista en las pautas y actitudes que deben mantener preventivamente ante la dificultad. Es sabido que determinados momentos del desarrollo pueden ser más conflictivos para los padres o para el niño (como el inicio de la escolaridad o la relación padre-hijo en la adolescencia) y favorecer que aparezcan otras dificultades (Holmbeck y col., 2010).

Ante una posible recaída es habitual que los padres se desmotiven o aumente su ansiedad. El trabajo del terapeuta con los padres se centrará en que comprendan que no significa volver al punto «cero» del inicio del tratamiento y avisar que es necesario retomar y practicar las tareas y los recursos aprendidos. Este apoyo a los padres es básico, ya que la actitud que tomen ante estas circunstancias influirá decisivamente en la forma en la que el niño afronte el problema.

También se les anticipa que, en cualquiera de los supuestos, siempre existe la posibilidad de volver a consulta para analizar la situación, retomar algunos aspectos de la terapia (con los padres y el niño) y valorar las circunstancias que produjeron dificultades en el control del padre o del niño.

4.6. HABILIDADES EXPERTAS EN SITUACIONES DIFÍCILES

A continuación se presentan algunas situaciones que se producen frecuentemente a lo largo de diferentes momentos del proceso terapéutico. Se proponen algunas estrategias para manejar estas circunstancias, pero el psicólogo debe valorar la conducta de los padres en cada situación y atender al lenguaje no verbal del interlocutor para su interpretación, así como al momento en que surge el problema (Gavino, 1999).

4.6.1. Reacciones emocionales

Llanto de la madre o el padre

Durante la sesión, la madre o el padre comienzan a llorar según están relatando los detalles de las dificultades de su hijo o sus propias limitaciones para controlar el problema. También es frecuente en la devolución de los resultados al escuchar al clínico explicar los problemas del niño o cuando se confirma un diagnóstico. Suele ser más habitual que sea la madre la que llora y con frecuencia pide perdón por no poder contenerse:

⇒ *Estrategias:* El clínico en principio debe guardar silencio, esperar unos segundos (no minutos porque se puede convertir en una situación tensa), manteniendo una actitud empática, no excesivamente emocional, reconociendo que es una situación difícil y decirle que no se preocupe por emocionarse, que es normal. Como transición se pueden ofrecer pañuelos (u otra pequeña distracción), con amabilidad, pero permite hacer una pausa y cambiar el foco de atención de su tristeza o ansiedad a otro estímulo neutro. A continuación se procura reorientar la entrevista hacia otro tema menos tenso o emocional para la persona e intentar continuar con un aspecto más positivo del niño. Si es necesario volver sobre el aspecto de la conducta que ocasionó el llanto, hay que introducirlo con sensibilidad y no suele generar la misma emoción que la primera vez.

P: «Lo siento, disculpe, por llorar... no he podido...».

T: «No se preocupe». es normal, entiendo que es difícil».

(Esperar unos segundos y entregar unos pañuelos.)

T: «Como ve, es frecuente esta situación y tengo varios preparados».

4.6.2. Actitudes negativas o rechazo

Desacuerdo entre los padres para acudir al tratamiento de sus hijos

En ocasiones los padres no coinciden en la información que dan al entrevistador y se contradicen, con frecuencia de forma tensa:

- ⇒ *Estrategias:* es importante tratar de contener la situación de conflicto para que no aumente; se les interrumpe con amabilidad y se les informa que no siempre es necesario estar de acuerdo en la forma de ver un problema. Se les propone que exprese cada uno sus puntos de vista sobre el niño, que el clínico está interesado en ambas perspectivas y que se anotarán sus diferencias. No se debe reforzar las opiniones de ninguno de ellos.

T: «Veo que no están de acuerdo en algunos aspectos de las actitudes y conductas de su hijo; puedo reflejar las opiniones de cada uno de ustedes y así queda constancia de sus puntos de vista».

Dudar de la efectividad de los psicólogos

Aunque quizá está disminuyendo, se puede escuchar con relativa frecuencia, especialmente en la primera entrevista, «*Yo no confío en los psicólogos*». Uno de los progenitores comenta al terapeuta que no cree en su capacidad para solucionar los problemas, aunque accede a traer al niño por su mujer/marido:

- ⇒ *Estrategias:* Ante esta actitud negativa (a veces provocadora) se trata de utilizar los recursos de manejo y críticas. Se puede usar la técnica de «convenir con parte de la verdad», o «aceptar esa posibilidad», sin implicarse en el comentario, o también extinguir el comentario, acompañado de desvío de la atención hacia la otra persona (Smith, 1975).

«Ya veo.... Hay muchas personas que piensan como usted». «Es frecuente desconfiar de los profesionales, también ocurre con otras profesiones, abogados, economistas, ingenieros».

«Me decía que la niña tiene arranques de rabia... ¿y cuándo sucede...? (y volver a centrarse en el tema de consulta).

Dudar de la capacidad del terapeuta (la juventud del terapeuta)

Este comentario suele suceder cuando realmente la persona es joven o lo aparenta. Los terapeutas en formación temen verse contestados por este tipo de comentarios. Esta expresión puede llevar implícita una crítica velada de falta de competencia del clínico joven, aunque igualmente puede ser una simple constatación al verle. Ante este comentario el terapeuta puede no interpretarlo como una crítica o eludirla. De una manera asertiva, también puede aceptar la verdad, sin justificarse ni sentirse culpable, y respondiendo sólo a lo que dice y no a lo que lleva implícito o se pueda interpretar de ir asociado a falta de experiencia:

- ⇒ *Estrategia:* Manejar el comentario con soltura, aceptando la realidad o llevándolo a un terreno de un cumplido y trasladar el centro de atención de la conversación al trabajo con el niño.

T: «Sí, la verdad es que aparento ser más joven». «Gracias». «Hoy vamos a trabajar con Juan sobre...»
«Cuando acabemos le comento algunas cosas para hacer en casa».

Dudar sobre la formación del profesional

En el caso en que los padres expresan directamente sus dudas sobre la capacidad del terapeuta o sobre su formación (Cormier y Cormier, 2000):

- ⇒ *Estrategia:* El clínico en una situación de posible duda sobre su formación referirá su titulación, aceptando la preocupación del padre que desconoce la realidad, de no haber sido informado antes. Se comenta con espontaneidad su titulación. Reconocer su interés en saber con quién está su hijo. Como en la situación anterior, cambiar la atención con tranquilidad al trabajo con el niño o con ellos.

«¡Ah!, disculpe, no le he dicho antes/ayer/que soy psicóloga infantil». «Comprendo que se interese, /No se preocupe/es normal que quiera saber qué preparación tengo».
«Usted ya sabe que para trabajar con problemas infantiles es necesaria una preparación adecuada... es un requisito ético».

Dudar del terapeuta por no tener hijos

¿*Tiene usted hijos?* es una pregunta habitual en los padres que quieren asegurarse de que el terapeuta tiene la capacidad de ayudarles. Suele ser usual que surja cuando el terapeuta está dando orientaciones a los padres sobre cómo tratar al niño o los padres encuentran difícil la tarea que el clínico les indica y quieren comprobar en qué medida es efectivo y tiene experiencia con los problemas de niños. En ocasiones puede ser una reacción negativa por la frustración que les supone el problema, por percibir no tener recursos para manejar al niño o por tener que aceptar un cambio en la estrategia educativa (Cormier y Cormier, 2000):

- ⇒ *Estrategias:* En principio conviene «*aceptar en parte la verdad*» del comentario, reconocer las dificultades de educar y controlar conductas, dificultad en obtener tiempo para llevarlo a cabo y para modificar sus propias actitudes. Después explicar el papel del profesional; que no está implicado emocionalmente, tiene experiencia en tratar otros niños con problemas, tiene información profesional de lo que funciona.

«No, no tengo hijos, pero comprenda que le estoy dando estas indicaciones desde mi experiencia como profesional, no como madre o padre. Si yo fuera madre/padre también me sería difícil cambiar mis actitudes.

Además, es una ventaja no estar implicado emocionalmente con el niño ni con ustedes porque de esta forma es más efectiva la ayuda que les pueda proporcionar».

Dudar del terapeuta por ser hombre o mujer

Con relativa frecuencia los padres se sorprenden de que un determinado terapeuta (hombre/mujer) se haga cargo de su hijo. En la devolución de información algunos padres refieren su preferencia por que la persona que atienda a su hijo sea hombre o mujer, argumentando que le puede beneficiar, bien porque el niño necesita firmeza (hombre) o una actitud más comprensiva o cariñosa (mujer):

⇒ *Estrategias:* En principio se deben aceptar sus preferencias y dependiendo de la forma de plantear el tema (como una duda o mostrando desacuerdo), se puede preguntar las razones de la observación. Explicar por qué se ha decidido que sea esta persona, recalcando que la decisión se ha tomado en función de aspectos profesionales, características y experiencia del clínico y que es lo que se ha valorado para encargarse del caso de su hijo y no por el sexo.

P: «Pensé que iba a ser una señorita/un señor».

T: «¡Ah! ¿Le dijeron que iba a ser un compañero mío?».

P: «No, pero creía que al niño/a le vendría mejor un hombre/mujer.

T: «Comprendo, y a veces puede ocurrir, pero en la evaluación hemos observado que es importante que el terapeuta sepa cómo controlar su conducta (conozca cómo estimular... el problema), lo cual es muy importante con su hijo. No se ha valorado tanto que sea hombre o mujer».

4.6.3. No aceptar el tratamiento que indica el terapeuta

En ocasiones los padres pueden tener sus propias ideas de cómo se soluciona el problema de su hijo. Puede que ambos o uno de los dos progenitores se niegue a realizar las orientaciones importantes para el avance del niño:

⇒ *Estrategias:* El terapeuta debe explicar con detalle el objetivo terapéutico que está planteando y detallar las razones de tal orientación. Si el padre se niega, es conveniente reconocer que la propuesta que se hace es profesional y ética, basada en principios de protección y de ayuda al niño, así como de prevención de dificultades mayores en el futuro. Por otro lado, los padres son los responsables del niño y pueden tomar las decisiones que consideren oportuno, siempre dejando claro que la orientación profesional que se les ha dado es diferente (Ramos-Paúl, 2012).

T: «Ya veo que no está de acuerdo con el tratamiento del niño. Creo que les han quedado claros los datos que les he comentado en la evaluación y que justifican mi conclusión. Realmente lo lamento porque considero que sería una ayuda para el niño y una prevención de problemas para el futuro.

Lógicamente es usted el padre/madre del niño y puede tomar las decisiones que crea más convenientes. Yo ya le he expresado mi punto de vista profesional del que estoy obligada a informar por responsabilidad y por ética profesional».

Algunos padres pueden mostrar un comportamiento de negación o no aceptación de las explicaciones del terapeuta sobre el problema del niño. En estas situaciones pueden tomar una actitud de justificar la conducta problemática de su hijo, razonando los aspectos positivos de su conducta, por ser más capaz, más inteligente o más independiente que otros niños; y otras veces pueden aludir a la corta edad del niño, esperando que, con su maduración y evolución, el problema desaparezca:

T: Usded me comenta que el niño no tiene dificultades sociales, que tiene amigos, que prefiere leer o ver documentales a jugar con otros niños. Entiendo que para él pueda ser más satisfactorio, pero sabrá que las relaciones sociales se aprenden desde temprana edad y es difícil aprenderlas si no se practica, es decir, si no se tienen experiencias con los demás. Por ello sería conveniente para el niño buscar otras actividades que implicaran relacionarse con otros niños».

⇒ *Estrategias:* Si la actitud de los padres se mantiene, es conveniente abordar la situación reconociendo sus puntos de vista, empatizar (con su dificultad de ver el problema), explicar las razones de la dificultad del niño y recomendar que reflexionen sobre lo referido sobre él. Asimismo, es necesario argumentar la necesidad de abordar los problemas de forma preventiva y no esperar a que el desarrollo compense las dificultades aunque en ocasiones pueda suceder cuando son leves.

4.6.4. Actitud defensiva o agresiva hacia el terapeuta

Situaciones de estrés y desorganización familiar

En situaciones de estrés los padres no pueden ejercer adecuadamente su papel parental. Con frecuencia el exceso de tensiones no permite aumentar la carga emocional de los padres con más conflictos en casa, de modo que tienden a evitarlos y una posibilidad es «dejar hacer» y no poner límites al niño o no aplicar debidamente la disciplina. Por otro lado, disponer de poco tiempo para el niño pueden intentar compensarlo reforzando la conducta de éste indiscriminadamente.

Carr (2007) plantea como factores protectores de problemas psicopatológicos en el niño:

- ⇒ Soporte afectivo.
- ⇒ Promoción gradual de la autonomía.
- ⇒ Resolver de forma adecuada los conflictos.
- ⇒ Buen manejo de la conducta.

4.6.5. Concepciones distorsionadas

Con frecuencia los padres tienen una serie de creencias o errores cognitivos que no se ajustan a la situación y que influyen en cómo perciben la conducta del niño. La actitud ante estas ideas es abordarlas con pautas educativas sobre cómo se produce el desarrollo y cómo se sabe que aprenden los niños. Con respecto a errores de pensamiento, es necesario dar pautas para controlar los pensamientos, aprender a contrastar y probar pensamientos negativos y a no exagerar (generalizar) o magnificar las cosas.

Errores sobre el desarrollo infantil

Desconocer el desarrollo evolutivo del niño genera expectativas irreales en los padres sobre la conducta del mismo. Ideas de lo que el niño «debería hacer o ser» dificultan reconocer lo que es capaz de hacer objetivamente o cómo se comporta en realidad, ocasiona frustración en los padres, al esperar un comportamiento poco probable que se suele producir a una edad más avanzada y supone estar esperando al fracaso del niño:

- ⇒ *Estrategias:* En ocasiones explicar la forma en que evolucionan los niños y suministrar algunas pautas evolutivas es suficiente para que los padres reflexionen. Pero hay que tener en cuenta que tal exigencia no se limita a una sola conducta y probablemente aparecerá de nuevo en otro aspecto evolutivo o conductual. La psicoeducación es un planteamiento de la terapia que puede ayudar a mejorar esta actitud (véase en este capítulo: Intervención).

Creencias erróneas sobre el aprendizaje de los niños

Es habitual que los padres tengan creencias que a su vez están muy extendidas en la población. Ideas como:

- ⇒ Los niños aprenden con sólo decirles las cosas una vez.
- ⇒ Que lo hará porque yo se lo digo.
- ⇒ El castigo es el método más efectivo.
- ⇒ El refuerzo positivo es un chantaje que influirá en que el niño se acostumbre y no haga nada si no es con un premio.
- ⇒ Además, no debe recibir premios por hacer lo que es su obligación.

Estrategias: Ante estas ideas es necesario insistir en cómo se sabe que aprenden los niños. Pero para que aprendan es imprescindible que los padres entiendan que la conducta de sus hijos está relacionada con la suya. Por tanto, es necesario plantearles la educación con los principios básicos del aprendizaje.

Sin embargo, el terapeuta debe ser consciente de que dar explicaciones de lo que hay que hacer o las técnicas (reforzar, extinguir, antecedentes y consecuencias, dar folletos, etc.), no es

efectivo si los padres no comprueban en la práctica el funcionamiento de tales técnicas. Es necesario seleccionar conductas sencillas donde ellos observen cómo se produce el aprendizaje. Paralelamente es conveniente trabajar cuestionando estas creencias por medio de la reestructuración cognitiva, buscando en la práctica evidencia que lo apoye, o rechace o lo que él mismo diría a otra persona, para favorecer pensamientos más ajustados.

Atribuciones internas/externas

Los padres suelen hacer atribuciones de la conducta del niño a situaciones propias, internas, o a hechos o explicaciones externos. Estas interpretaciones dificultan situarse de forma adecuada y afrontar el problema del niño (Seligman, 2011). Cuando unos padres se atribuyen a sí mismos el problema del niño, pueden culpabilizarse por la conducta inadecuada de éste y tender a desanimarse o deprimirse. Sin embargo, los padres que ponen la causa de las dificultades del hijo en situaciones o hechos externos a ellos (por ejemplo, responsabilizando al colegio, a otros compañeros, etc.) suelen tener reacciones de irritación o rabia ante las dificultades del niño.

4.6.6. Situaciones de estrés para el terapeuta

Asimismo, el psicólogo puede estar viviendo experiencias personales con alto nivel de implicación emocional o de estrés que le dificulten asumir el trabajo terapéutico de un caso complejo y estresante. Esta situación puede añadir un mayor grado de tensión al que ya pueda sufrir el terapeuta personalmente. En este caso el estado del psicólogo puede influir negativamente en la terapia con los padres, si la capacidad para manejar su propio estrés no le permite abordar los problemas del niño y la familia adecuadamente. Igualmente el terapeuta debe derivar a otro profesional el trabajo con estos padres (Ruiz y Villalobos, 1994; Gavino, 1999). (Citado en el capítulo 2 y al comienzo de éste.)

El terapeuta vive un problema similar al que consultan los padres

Puede suceder que los padres o el mismo niño presenten problemas similares a los que vive el terapeuta personalmente. Por ejemplo, en el caso de que el hijo del psicólogo tenga un problema similar al del niño-paciente, por el cual consultan los padres.

Una psicóloga recibe en consulta a los padres de un niño de 6 años con posible TDAH y la terapeuta tiene un hijo de la misma edad con dificultades atencionales.

Cuando se presentan estas similitudes, es probable que el terapeuta se sienta afectado emocionalmente por la situación de la familia y el niño, lo cual puede interferir en su actuación profesional. En el supuesto de producirse una identificación con el caso, puede

influir en que el clínico no tome las decisiones acertadas para ese niño y esa familia.

Igualmente puede ocurrir cuando el o la terapeuta se encuentra en una situación inestable (por ejemplo, si se está separando y a su vez atiende a unos padres que están también en proceso de separación). De la misma forma tendría que plantearse la situación terapéutica al estar viviendo circunstancias que le pueden interferir en la distancia personal que requiere la terapia.

El conocimiento que el psicólogo tenga sobre sí mismo le ayudará para saber diferenciar claramente entre la conducta del paciente y su situación emocional personal. Siempre cabe la posibilidad de plantearse el tema, comentarlo con otro colega y, en el caso de que no se sienta con capacidad para afrontar la situación, derivar el caso (Ruiz y Villalobos, 1994; Ramos-Paúl, 2012) (véase capítulo 5).

5. HABILIDADES PROFESIONALES

INTRODUCCIÓN

En los capítulos anteriores se han comentado habilidades necesarias del psicólogo clínico infantil con relación a aspectos técnicos y científicos, especialmente en el ámbito de la evaluación y de la terapia. En este capítulo dichas habilidades se referirán a la necesidad de adquirir otras competencias profesionales, generalmente menos conocidas, que se presentan también en la práctica clínica diaria relacionadas con la legislación, la ética y un conjunto de derechos y deberes que el psicólogo debe ejercitar en el día a día profesional. Es decir, se verán cuestiones como el secreto profesional, la competencia profesional, la derivación de casos, la elaboración de informes, etc., que exigen al terapeuta unas competencias y manera de actuar que debe adquirir con el estudio y la experiencia práctica. La problemática ética y legal se encuentra en todos los ámbitos de la actividad humana. En el campo clínico y de la salud es imprescindible abordarla en los diferentes niveles de la intervención psicológica, y el profesional debe conocerla y mantenerse dentro de los principios que la rigen.

Además, en el ámbito de la clínica infantil y adolescente el psicólogo necesita conocer y tener en cuenta las especificidades y límites del campo terapéutico de los menores. La práctica clínica y la atención sanitaria con niños es más compleja y específica que en el caso de los adultos. Temas como la confidencialidad o el consentimiento informado no se obtienen directamente del niño y son los padres o tutores los que deben dar su autorización (Sattler, 2003; Thomas y Hersen, 2010; Del Río, 2005). El terapeuta debe tener conocimiento de todas sus obligaciones para con los niños, adolescentes y sus familias, reflexionar sobre ellos y estar preparado para ejercer su trabajo con responsabilidad.

La inclusión de una asignatura de ética en la formación del psicólogo de forma obligatoria debe suponer un avance en la adquisición de competencias específicas para el ejercicio de la profesión. Igualmente se espera que en el ámbito de los menores se considere la diferenciación que requieren los niños y los adolescentes en cuanto al conocimiento y preocupación por los aspectos éticos y en saberlos incorporar a la práctica profesional (Del Río, 2009).

5.1. ASPECTOS ÉTICOS

La deontología profesional se refiere al estudio de los deberes y derechos de las personas que la practican y regula la actividad en beneficio de los profesionales y de los destinatarios del ejercicio profesional. Los principios éticos subrayan las conductas éticas básicas que deben guardar los profesionales en el ejercicio de la profesión y también incluyen los de los

usuarios (Del Río, 2005).

La información sobre la ética de actuación con niños y jóvenes es un campo todavía reducido. De hecho, se cuenta con escasas referencias a los niños y adolescentes en el Código de nuestro Colegio Profesional (COP). Como en otros campos, esta limitación está en relación con la extrapolación que se ha venido haciendo históricamente de la psicología adulta a la infantil, aplicando a esta última normas éticas genéricas.

Sin embargo, mientras que se revisan y se incorporan al código del COP los temas específicos infanto-juveniles, existe la posibilidad de contar con otros códigos como el de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 1995; www.efpa.be; versión en castellano Alcalde y Del Río, 2001), en la que se encuentran incorporados los colegios de psicólogos del Estado. Asimismo, se puede consultar información específica en las normas deontológicas de la Asociación Americana de Psicología (2002; www.apa.org/ethics/code/index.aspx), así como el código de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AACAP, 2009, <http://www.aacap.org>).

El interés sobre los asuntos éticos está creciendo en la medida en que hay más profesionales (médicos, psicoterapeutas, profesores, abogados, fisioterapeutas, logopedas, etc.) dedicados a trabajar con la infancia. En diferentes campos de la sociedad existe un aumento de la preocupación por actuar ética y responsablemente en situaciones donde los niños están involucrados, lo cual ha incidido en diversos aspectos como son: la capacidad del menor para decidir en casos de divorcio, cuando hay desacuerdos con los padres, en casos de sospecha de abuso infantil o acoso escolar, en los supuestos de confidencialidad a la que tienen derecho, así como cuando se plantean desequilibrios o conflictos entre los derechos del niño y de los padres, entre otros casos.

En los últimos años diferentes normas legales han producido importantes avances en el reconocimiento de los derechos y protección de los menores y en edades cada vez más tempranas. Se ha incidido en el respeto de sus características, en favorecer su desarrollo y autonomía para evitar su manipulación o abuso. Por otro lado, gracias a las múltiples investigaciones en el ámbito de la psicología evolutiva, se tiene un amplio conocimiento del desarrollo cognitivo y emocional del niño, lo cual ha facilitado la comprensión de sus particularidades y desarrollo.

Legislación

Actualmente existe una mayor consideración de los derechos y protección de la infancia y legislación específica. El marco jurídico internacional de las Naciones Unidas promulga la Convención de Derechos del Niño en 1989 y en nuestro país se ratifica en el año 1990. Anteriormente, la Constitución Española (1978) contemplaba la protección de los derechos previstos en acuerdos internacionales y, por otra parte, la Unión Europea también aprueba la Carta Europea de los Derechos del Niño, lo cual ha incidido en la aparición de leyes de protección del menor (Ley de Protección Jurídica del Menor), que determinan los derechos de

los menores y que sus padres o cuidadores los puedan llevar a cabo (Del Río, 2005).

Los principios éticos se describen en diferentes códigos profesionales, que parten de principios básicos de la igualdad y de los Derechos Humanos. Dentro de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) que garantiza la igualdad de todas las personas y el derecho a la libertad, y la eliminación de todas las formas de discriminación, racial (1965), contra la mujer (1989), etc., se promulgan los Derechos del Niño (1989), que plantean favorecer los derechos fundamentales del niño (COP, 1987; EFPA, 1995; APA, 2002; Del Río, 2005).

Estas normas legales han tenido amplias repercusiones en el reconocimiento que el niño tiene en la sociedad y se han ido extendiendo en diferentes sectores sociales, llegando a ámbitos educativos, sanitarios, protección de la imagen, privacidad y revelación de datos, defensa y regulación ante la publicidad, etc. El psicólogo y otros profesionales de la salud deben comprometerse con la protección de estos derechos, entender los principios que los regulan y reflexionar sobre su aplicación; igualmente tienen la misma obligación con los padres o los tutores del niño o del joven (COP, 1987; EFPA, 1995; APA, 2002; AACAP, 2009).

Paralelamente, el conocimiento y toma de conciencia de estos derechos ha supuesto un cambio en la forma de relacionarse con ellos; los niños tienen derecho a ser tratados como personas, a que se respete su voluntad, sus capacidades, a que se defiendan sus intereses y a guardar su privacidad. Estas normas obligan al terapeuta a proteger estos derechos del niño o el adolescente en la evaluación y en la intervención, considerando los factores de maduración y los derechos de sus padres (Muñoz, 2002; Del Río, 2005; AACAP, 2009).

Asimismo, el psicólogo debe ser consciente de su condición y en su trabajo buscar favorecer y optimizar el desarrollo emocional, cognitivo, social y fisiológico de los niños y adolescentes. Y en el mismo sentido, en la relación con su entorno familiar y social, debe buscar el beneficio del niño en el caso de conflicto de intereses entre el menor y la familia (AACAP, 2009).

5.1.1. Códigos éticos

El código ético expone las normas éticas básicas que sirven de guía para el comportamiento adecuado del profesional en el ejercicio de la profesión. El psicólogo infanto-juvenil es responsable de evaluar y proporcionar recomendaciones de tratamiento para las personas jóvenes que, debido a su nivel de desarrollo cognitivo, inmadurez emocional y física o de comportamiento, por lo general, no tienen desarrolladas capacidades cognitivas adultas y se consideran legalmente menores de edad (COP, 1987; AACAP, 2009).

El Código Deontológico del Colegio de Psicólogos (en el artículo 25) hace una referencia a la intervención con menores, «Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los

problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía».

La defensa de estas normas considera cuándo se puede estimar la mayoría de edad del menor para tomar decisiones. Como refiere Del Río (2005), la mayoría de edad legal se establece en los 18 años y la emancipación en los 16, si bien la madurez en cuanto a la moralidad se puede haber alcanzado antes, entre los 13 y 15 años (Kolberg, 1992). Estas características suponen que el menor pueda ser consultado en determinadas situaciones de enfermedad, estado físico o mental o en circunstancias de divorcio de los padres, para considerar su opinión cuando el niño sea mayor de 12 años.

5.1.2. Competencia profesional

Otra habilidad básica y deontológica de los terapeutas es responsabilizarse de alcanzar y mantener un nivel de competencia profesional adecuado en cuanto a los aspectos científicos y técnicos. Los psicólogos deben ser conscientes de la responsabilidad que implican las decisiones que toman y del conocimiento científico con el que se llevan a cabo. En consecuencia, se estima que la capacitación del profesional se debe situar en intervenciones avaladas por la evidencia científica. Igualmente dentro de la competencia profesional se encuentra la de mostrarse abierto a plantear un tipo de tratamiento que se ajuste al niño y que vaya a tener mayor eficacia con el paciente. Éste es un principio regulado en todos los códigos éticos o deontológicos que codifican diferentes aspectos de la práctica del clínico (en el código del COP se encuentra en los artículos 17 y 18 y en el artículo 2 de la EFPA, 1995; AACAP, 2009; Del Río, 2005).

5.1.3. Formación continua

El psicólogo tiene un compromiso con sus pacientes y tiene que saber que la preparación profesional es un proceso continuo y permanente, que no acaba con la finalización de la formación reglada. Para ejercer, el clínico tiene que pensar en la necesidad de mantenerse al día en los conocimientos y establecer un hábito de seguir formándose y actualizando los conocimientos adquiridos en la universidad. Una vez completados los estudios de la carrera, el psicólogo tiene que cumplimentar una serie de horas de prácticas supervisadas por un psicólogo competente para conseguir la experiencia en aplicar sus conocimientos (EFPA, 1995).

Con la revisión frecuente de la literatura en revistas y asociaciones científicas se puede estar al corriente de la investigación reciente y de los avances científicos en las diferentes áreas, los instrumentos de evaluación, programas de tratamiento en distintas patologías, etc. También es necesario acceder a libros y manuales recientes de revisión de terapias. Además,

la facilidad de Internet ayuda a conocer muchas de estas publicaciones, si bien es necesario saber consultar las páginas que sean fiables y rigurosas; es decir, seleccionar revistas o asociaciones de reconocido prestigio profesional que divulgan información fiel de investigaciones científicas.

5.1.4. Reconocimiento de los límites profesionales

Con una revisión continuada de los avances del campo científico la formación del terapeuta irá en aumento y le ayudará a conocer cuáles son sus limitaciones personales, teóricas o técnicas. Estar al tanto de lo que se sabe y no se sabe es fundamental para seguir investigando y mejorando la formación. Los códigos éticos también orientan sobre la necesidad de recapacitar sobre estos límites personales y profesionales y, ante determinados casos o situaciones difíciles, buscar consejo y apoyo profesional (EFPA, 1995).

5.1.5. Honestidad

Paralelamente, el psicólogo será honesto en dar a conocer su cualificación, actuará de acuerdo con ella, deberá ser preciso en las valoraciones y orientaciones que proporciona, así como sincero en la información y con respeto hacia los demás. Esta actitud guiará su práctica profesional en cualquier ámbito que la desarrolle (EFPA, 1995).

5.1.6. Remisión a otros profesionales

Asimismo, el código del Colegio (COP) hace referencia a la relación con otras profesiones. Se estipula el compromiso del terapeuta de ser consecuente con los conocimientos que domina y de ser consciente de que no siempre será capaz de atender cualquier trastorno o caso. De modo que los pacientes en ocasiones requieren ayuda específica adicional en otras áreas y el terapeuta sólo debe prestar sus servicios para aquellos problemas para los que está cualificado. En consecuencia estará preparado para remitir pacientes a otros profesionales, incluso cuando ocurra que el psicólogo tenga su agenda completa y, en vez de retrasar la consulta o el tratamiento, pueda derivarlos a otro profesional de igual cualificación y en el que confíe.

5.1.7. Pensamiento crítico, creatividad

Un aspecto que se deriva de la formación es plantearse el ejercicio profesional desde una perspectiva crítica, entendida como actitud en el enfoque de los problemas de los pacientes y ser capaz de analizarlos y proyectarlos desde diferentes puntos de vista, procurando eliminar prejuicios personales, antes de tomar decisiones. El pensamiento crítico ayuda al psicólogo a

ser objetivo en los análisis que hace del caso, a mantener la mente abierta, a ser flexible y estar dispuesto a modificar hipótesis iniciales y a adaptar el tratamiento al paciente. Igualmente, es una competencia que favorece el intercambio de opiniones con otros profesionales e integrar otros puntos de vista para mejorar la colaboración en la práctica profesional (Friedberg y McClure, 2010; Bunge y col., 2010).

5.1.8. Consentimiento informado

Todos los principios éticos de diferentes asociaciones (EFPA, 1995), así como el Código del Colegio de Psicólogos (artículo 25, COP), formulan que los psicólogos deberán obtener el *consentimiento informado* para la evaluación o el diagnóstico. El psicólogo mantendrá informados a los pacientes y les proporcionará todos los datos relevantes de la atención psicológica, de manera que puedan tomar decisiones y consentir la actuación que se les proponga. El consentimiento se debe considerar teniendo en cuenta la edad de desarrollo del niño, del mismo modo que se guardará la confidencialidad.

La normativa incluye excepciones de este consentimiento para los menores. El código del APA (2002) establece varias reglas sobre el consentimiento informado para la evaluación y el diagnóstico, excepto cuando la evaluación sea requerida por normativas legales, o porque se realiza como actividad rutinaria en contextos educativos o instituciones y con suficiente información para que el paciente pueda informarse o preguntar sobre cualquier aspecto.

El código (APA, 2002) también dispone que los pacientes estén informados de las personas que van a realizar la evaluación y la terapia, así como su cualificación profesional. Igualmente, deben conocer las consecuencias de realizar o no el tratamiento, así como los límites de la confidencialidad. En el caso de adolescentes que no consientan transmitir la información a sus padres o tutores (por ejemplo, sobre abusos sufridos), el psicólogo debe conocer los apartados deontológicos que le obligan a informar a instancias superiores (artículos 7 y 8 COP) (Muñoz, 2005; Del Río, 2005; Weisz y Kazdin, 2010) (para ampliar, consultar Código Deontológico del COP y Código Ético APA, 2002).

5.1.9. Confidencialidad

El niño y el adolescente tienen derecho a que el terapeuta guarde la información que se le comunica en la terapia; es un principio fundamental en la relación psicólogo-paciente. Hay que tener en cuenta que éste expresa sus pensamientos y emociones privadas, con el objeto de ser comprendido y recibir la ayuda; por tanto, el niño o el adolescente tienen derecho a su intimidad y a que la información que han proporcionado de forma privada no sea transmitida a terceras personas.

En este sentido la vulneración de este derecho puede producir un conflicto en el mantenimiento de la confidencialidad entre los padres y el menor. Cuando los padres desean

que el psicólogo les revele cierta información de su hijo, se ha de cuidar que no afecte a la confianza que ha depositado el chico en su terapeuta. Se insiste a los padres en la importancia de mantener el secreto profesional, ya que el psicólogo está obligado a mantener la confidencialidad del menor y de la información del adulto.

En determinados casos el profesional está obligado por ley a revelar la información proporcionada, cuando esa revelación puede proteger al menor, a su familia o al bienestar de otras personas. Por tanto, los *límites de la confidencialidad* para el psicólogo se encuentran cuando la conducta del paciente constituye un riesgo para sí mismo o terceras personas, casos en los que el psicólogo debe romper el secreto profesional (EFPA, 1995; COP, artículo, 40).

En el caso de que el psicólogo se encuentre ante una duda o conflicto de tener que vulnerar la confidencialidad puede consultar con su colegio profesional (Comisión Deontológica Colegial). Para anticipar este tipo de dificultades en el establecimiento de los límites de la confidencialidad, es preferible que el psicólogo haga constar en el *consentimiento informado* las circunstancias en que se puede vulnerar el derecho del paciente (Del Río, 2005).

Cuando los psicólogos están en formación o en supervisión deben firmar, asimismo, una cláusula de confidencialidad de los datos a los que tienen acceso. El psicólogo será consciente del derecho del niño a mantener su privacidad y confidencialidad y deberá controlar tanto la comunicación verbal como la no verbal para asegurar el cumplimiento de esos derechos.

Igualmente es necesario obtener un *consentimiento informado* de los padres para las grabaciones en vídeo o audio que se fueran a realizar durante la evaluación o seguimiento del tratamiento. Esta conformidad es especialmente importante para los niños mayores y adolescentes o niños que muestran inhibición o recelo y que manifiestan no desear dejar constancia de su imagen o de sus dificultades en una grabación (Artículos 39 y 46 COP) (véase anexo de modelo de confidencialidad).

5.1.10. Protección de datos

La Ley Orgánica 17/1996, de Protección Jurídica del Menor, en el capítulo dedicado específicamente a los derechos del menor obliga a la protección de datos de carácter personal:

Artículo 4.1. «Los menores tienen derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Este derecho comprende también la inviolabilidad del domicilio personal y de la correspondencia, así como del secreto de las comunicaciones».

De la misma forma, la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 515/1999) regula el derecho de información en la recogida de los datos lo siguiente:

«Asimismo, obliga a aquellos que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos al secreto profesional de los mismos y al deber de guardarlos, y de forma especial, los datos relativos a la salud de las personas. Un caso especial es el de la protección de menores en lo relativo a cualquier dato, salud e imagen».

También se reglamentan aspectos acerca del deber de guardar secreto profesional sobre los datos, subsistiendo la obligación aún después de finalizar su relación con el responsable del fichero:

Esta obligación incumbe a todas las personas que, en el desarrollo de su profesión o trabajo, acceden a ficheros que contienen datos personales. [...]

En cumplimiento de esta obligación, los empleados del... (centro) no podrán comunicar o divulgar a terceros la información o los datos

que manejen, de los que tengan conocimiento en el desempeño de su cargo o funciones y deben velar por garantizar la confidencialidad en integridad de la información que tratan.

El incumplimiento de esta obligación se tipifica como una falta grave en la normativa de protección de datos.

5.1.11. Archivo del historial clínico

En la administración de un centro clínico es importante mantener los datos de los pacientes adecuadamente archivados y garantizar su reserva confidencial. Las normas de protección de datos determinan que se debe guardar una copia del informe, archivada con respecto a la legislación, y se obliga a mantener en un archivo protegido, al menos 5 años después de su emisión. Esta normativa incluye, pues, la obligación de archivar la información como «*confidencial*».

5.1.12. Diferencias culturales. Discriminación

Las normas éticas (la Constitución Española y la Ley General de Sanidad —artículo 10—) prohíben la discriminación de las personas por «*raza o etnicidad, género, edad, religión, origen, nacionalidad, orientación sexual, o discapacidad*». Aunque es posible que el profesional decida trabajar sólo con un tipo de población específica, la selección se hará en función de la patología, nivel de edad, etc., que el profesional pueda seleccionar. Sin embargo, no debe hacerlo, de forma discriminatoria, por motivos raciales, culturales, de género, de religión, etc. Estos aspectos se refieren a todo tipo de práctica profesional, evaluación e intervención, así como en la investigación de un determinado trastorno.

5.1.13. Práctica basada en la evidencia

Otro aspecto ético básico es el de basar la práctica clínica en la evidencia. Se refiere a utilizar instrumentos, enfoques de evaluación y del tratamiento que se apoyen en la

investigación y en la eficacia de los programas de intervención. La elección de la terapia para el niño y su familia deberá ser la más adecuada y efectiva para el caso. Otra norma ética para el terapeuta implica no ofrecer tratamientos cuyos resultados no hayan sido probados en estudios de investigación apropiados o que el tipo de tratamiento seleccionado no es esperable que sea positivo para ese paciente o para la familia del mismo.

El estudio y la investigación de los tratamientos infantiles y de adolescentes suelen ser complejos por la implicación de diferentes agentes y contextos, que dificulta aún más su estudio. Sin embargo, se ha producido un avance significativo en la investigación sobre programas terapéuticos que han sido validados y están descritos en publicaciones y manuales (Webster-Stratton, 2005; Egberg y col., 2005; Sanders y col., 2003; Stallard, 2005; Kendall, 2006; Barkley, 2006; Barrett, 2008; Weisz y Kazdin, 2010; Olivares y col., 2006; Méndez, 2012).

Para determinar la definición de *terapias con base en la evidencia* hay diferentes criterios y no hay un acuerdo general en las distintas entidades que la promueven en la comunidad científica. Weisz y Kazdin (2010) resumen algunos de los criterios en los que coinciden muchas de ellas.

Los tratamientos basados en la evidencia se apoyarían en dos o más estudios que:

- ⇒ Especifican cuidadosamente la muestra de pacientes.
- ⇒ Asignan a los participantes de forma aleatoria a las diferentes condiciones experimentales.
- ⇒ Usan manuales de tratamiento donde se describen los procedimientos clínicos.
- ⇒ Refieren múltiples medidas de los resultados (las puntuaciones en todas las condiciones).
- ⇒ Describen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo tratado y el de control (después del tratamiento).
- ⇒ Replican los resultados, preferiblemente por un investigador (o equipo de investigación) independiente.

El psicólogo debe informarse regularmente de los nuevos programas terapéuticos, consultarlos y seleccionar el más adecuado para el trastorno que esté tratando (Weisz y Kazdin 2010; Gomar y col., 2010).

5.2. ASPECTOS ÉTICOS EN LA EVALUACIÓN Y LA INTERVENCIÓN

En la evaluación el psicólogo también debe contemplar las garantías científicas del trabajo que realiza, así como normas éticas en cuanto a un comportamiento profesional competente. Los organismos científicos regulan las garantías del material psicológico y las asociaciones profesionales regulan el ejercicio profesional (Fernández Ballesteros, 1991, 2004, 2009). De la misma forma la intervención también está sujeta a los mismos controles científicos y éticos.

5.2.1. Evaluación

Los principios que regulan el trabajo del psicólogo en la evaluación están presentes en todos los códigos éticos o deontológicos (Del Río, 2005). El Colegio de Psicólogos (COP) hace referencia a diferentes normas generales del profesional que son aplicables a la evaluación, como son los artículos 17 y 21, que se refieren a la competencia profesional, el consentimiento informado en el 25 y la confidencialidad en los artículos 39 y 46 (Del Río, 2005).

El código del COP entre otros aspectos se centra especialmente en la evaluación, en cuanto a una adecuada selección de los instrumentos y a tener en cuenta la fiabilidad y validez de los mismos. Además, estipula la necesidad de trabajar con rigor al analizar los datos obtenidos, al establecer hipótesis y al elaborar conclusiones y recomendaciones en función de los resultados. También insiste en la obligación de plasmar en un informe escrito una síntesis de este trabajo de valoración realizado, el cual también se plantea cómo debe especificarse y sus características.

En resumen, plantea las condiciones en las que el evaluador debe realizar su trabajo:

- ⇒ Establecer una relación profesional previa a la evaluación.
- ⇒ Seleccionar adecuadamente los instrumentos de evaluación y saber analizarlos.
- ⇒ Establecer hipótesis, comprobarlas y hacer conclusiones en un informe preciso.
- ⇒ En función de los datos debe proporcionar recomendaciones (Del Río, 2005) (véase capítulo 3, evaluación, cuestionarios y tests).

El psicólogo debe prepararse para las sesiones con el paciente, dedicando tiempo a revisar con antelación aspectos relacionados con el trastorno que va a evaluar y revisar aquellas pruebas que vaya a necesitar. La APA (2002) especifica ampliamente aspectos éticos sobre la evaluación referentes al uso de pruebas y tests, métodos de evaluación, consentimiento informado, etc. Asimismo, se pueden consultar en la AACAP.

5.2.2. Aspectos éticos y legales en la evaluación

Evaluación del niño con padres separados o divorciados

Cuando acuden padres divorciados a consultar por su hijo, la actuación del psicólogo suele tener que afrontar conflictos relacionados con la situación familiar del niño. La conducta del psicólogo ante la evaluación dependerá de las condiciones legales de los padres, para poder realizar su labor profesional sin problemas legales para el terapeuta, y para no dañar los derechos del niño ni los de los progenitores. En principio, para la entrevista inicial y el resto de la evaluación el psicólogo debe contar con la información de ambos progenitores. En el caso de no acudir juntos a la entrevista, se debe ofrecer una segunda para el otro adulto.

En el supuesto de que la valoración la demande uno de los progenitores sin el conocimiento de la otra parte, el clínico debe informarse de la situación legal y actitud del otro progenitor. El psicólogo podrá realizar la evaluación si la persona que consulta tiene la custodia del niño; aunque es conveniente, para no tener dificultades, que la otra parte acceda a dar su consentimiento para la evaluación. El adulto que tenga la custodia debe aportar el documento que lo acredite (sentencia judicial donde se refleje). Si la custodia es compartida, ambos progenitores deben estar de acuerdo y consentir la evaluación.

En el caso de que el adulto que consulta no tenga la custodia del menor, el psicólogo no podrá realizar la evaluación, si el progenitor que posee la custodia no accede. En ocasiones el psicólogo puede informar a la otra parte de la demanda de su expareja para que dé su consentimiento. Aunque las normas del código del COP respecto al *consentimiento informado* en estos casos no son específicas, el artículo 25 de forma genérica informa que:

«En el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía» (véase en este mismo capítulo, consentimiento informado).

5.2.3. Tests

Para el buen uso de los tests y otras pruebas psicológicas existen directrices internacionales marcadas por la Comisión Internacional de Tests (ITC). El Colegio Oficial de Psicólogos forma parte de la comisión y están adaptadas al castellano por la Comisión de tests del COP (ITC y COP, 2000). En el capítulo 3 ya se vieron algunas normas de uso e interpretación de las pruebas y tests, y se insistió en que los resultados no se refieren sólo al listado de las subpruebas que contiene, sino que el psicólogo debe analizar la relación entre ellas y las aptitudes, capacidades y debilidades que implican los datos. Asimismo, supone no utilizar una prueba de forma general sin tener otras en las que apoyarse y contrastar las conclusiones.

Por ejemplo: Los subtests verbales reflejan fortaleza en expresión oral, formación de ideas verbales, desarrollo del lenguaje y capacidad de pensamiento asociativo.

Uso de pruebas contrastadas científicamente

Otros temas ya comentados se refieren al sesgo cultural que reflejan las pruebas por su elaboración y criterios de la cultura occidental. En relación con estas críticas la Comisión Internacional de Tests (ITC) propone una guía de actuación específica para el uso de los tests, por la que el psicólogo debe tener en cuenta el medio sociocultural de las personas a las que se aplica la prueba, ajustándose a las peculiaridades de la población y teniendo en cuenta estos aspectos en la aplicación e interpretación de las puntuaciones (Del Río, 2005).

Igualmente el psicólogo debe revisar en el instrumento el tipo de población a la que se ha adaptado estadísticamente, para asegurarse de que las variables socioculturales del niño están representadas en la muestra (*Tests Adaptation Guidelines*, 2000, versión provisional en castellano Muñiz y Hambleton, 1996).

Aunque nuestro código no lo contempla específicamente, el código APA, 2002 hace referencia detallada del uso de los tests y de su interpretación.

Código APA norma 9.06.

«Cuando se interpretan los resultados de una evaluación, incluyendo interpretación automatizada, los psicólogos tendrán en cuenta el propósito de la evaluación y factores tales como habilidades en la realización de la prueba por parte de la persona que es evaluada junto con otras características de dicha persona, tales como diferencias situacionales, personales, lingüísticas y culturales que podrían afectar a la opinión de los psicólogos o reducir la precisión de la interpretación. Deberán indicar cualquier limitación significativa de las interpretaciones».

«Sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el psicólogo no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. En caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos, todavía no contrastados, lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización».

5.2.4. Diagnóstico clínico

En la realización del diagnóstico se plantea el dilema ético cuando se produce una aplicación inadecuada por parte del terapeuta. Este diagnóstico erróneo puede ser de forma intencionada o no. Cuando un profesional diagnostica intencionadamente un trastorno psicopatológico puede estar relacionado con la búsqueda de un beneficio para el paciente. Igualmente puede estar relacionado con presiones de los padres que pretendan que figure un diagnóstico en vez de otro (por ejemplo, con la intención de obtener una subvención a la que tienen acceso por figurar una categoría diagnóstica determinada) (Reich y col., 2001, Del Río, 2005). Estos casos son claramente contrarios a la ética profesional por atribuir una patología, consciente de que no la tiene, además de perjudicar al propio niño (Del Río, 2005).

El otro tipo de diagnósticos erróneos más frecuentes son los *no intencionados*. Este tipo de fallos se ha reducido en los últimos años por el amplio uso que los psicólogos hacen de las categorías diagnósticas (DSM y CIE). Una equivocación del psicólogo al diagnosticar indebidamente al paciente puede estar relacionado con un proceso de evaluación insuficiente o porque el psicólogo no ha contado con la información adecuada sobre el paciente o sobre el trastorno. También puede ser que el profesional se haya guiado de la primera impresión y no haya afianzado sus conclusiones con datos objetivos de la evaluación que lo apoyen (APA; Del Río, 2005).

Estos casos suponen para el paciente un perjuicio por un diagnóstico inadecuado que puede orientar el caso a un tratamiento diferente hacia otro campo que no es el centro del problema y, además, quedar etiquetado en el futuro. Por otro lado, ocasiona a la profesión un descrédito y

una desconfianza en la labor del profesional (Del Río, 2005). El Código de la APA prescribe, en su norma 9.01b, que:

«Los psicólogos sólo emitirán opiniones sobre las características psicológicas de los individuos después de haber efectuado un adecuado examen de los mismos, el cual sirva de sustento de sus declaraciones o conclusiones. Cuando, a pesar de haber realizado esfuerzos razonables, dicho examen no se ha podido realizar, los psicólogos documentarán los esfuerzos realizados y el resultado de dichos esfuerzos, clarificando la probable repercusión de esa limitada información en la fiabilidad y validez de sus opiniones y estableciendo los límites adecuados de la naturaleza y el alcance de sus conclusiones o recomendaciones».

5.2.5. Intervención

En la intervención se pueden presentar problemas éticos en la consulta o en el centro de trabajo en relación con el tipo de tratamiento a realizar; también en la competencia profesional y en los aspectos relacionados con los honorarios, etc. La intervención se encuentra descrita en el código deontológico del COP en varios artículos específicos. La intervención con menores en el código del COP en el artículo 25 (citado en la evaluación) sobre el derecho a recibir información sobre la prestación de servicios por parte del terapeuta (Del Río, 2005).

Paralelamente el psicólogo planteará los tratamientos avalados por la investigación y que apoyen su validez y, asimismo, debe comprobar, de manera regular, la buena marcha del tratamiento que está utilizando; también realizará seguimientos, pruebas y registros objetivos de las conductas de los pacientes, para poder determinar de manera clara el avance en las metas marcadas. En el caso de observar dificultades o escasa efectividad en la mejora de la conducta, el terapeuta estará abierto a plantearse otras formas más positivas de abordar el caso (Hupp y col., 2010; Hoagwood y Cavaleri, 2010). Además, el código ético impide continuar de forma inútil con un tratamiento que no es efectivo.

COP. Artículo 26: «El psicólogo debe dar por terminada su intervención y no prolongarla con ocultación o engaño, tanto si se han alcanzado los objetivos propuestos, como si tras un tiempo razonable aparece que, con los medios y recursos a su disposición, es incapaz de alcanzarlos. En este caso indicará a la persona, grupo, institución o comunidad qué otros psicólogos pueden hacerse cargo de la intervención».

Otro supuesto se refiere a la situación en la que el psicólogo no debe interferir en la voluntad del paciente para finalizar la terapia. En este caso se puede encontrar un conflicto entre el deseo de los padres y el del niño o entre el profesional que considera que el niño debe continuar con el tratamiento, mientras que los padres desean abandonarlo. El artículo 27 del COP se refiere a esta situación:

COP. Artículo 27: «Por ninguna razón se restringirá la libertad de abandonar la intervención y acudir a otro psicólogo o profesional; antes bien, se favorecerá al máximo la capacidad de decisión bien informada del cliente. El/la psicólogo/a puede negarse a simultanear su intervención con otra diferente realizada por otro profesional».

5.3. DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN. INFORMES ESCRITOS

El niño o el adolescente y/o sus padres, después de haber sido objeto de una evaluación, tienen derecho a conocer los resultados de dicha valoración de forma oral y a tener un informe escrito, donde quede reflejado el trabajo que se ha realizado, la evaluación, las pruebas utilizadas, resultados, conclusiones, tratamientos y orientaciones que se han llevado a cabo. Estos datos son importantes para el momento actual de desarrollo del paciente y pueden ser fundamentales para su futuro.

Las normas deontológicas de diferentes instituciones refieren este derecho del paciente a recibir la devolución de los resultados de la evaluación (COP, 2000, artículo 42; APA, 2002). Asimismo, insiste en que la información debe ser comprensible por los padres (y el adolescente en su caso) de modo que puedan tomar las decisiones pertinentes en función de los datos (Del Río, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009).

COP. Artículo 42: «El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el/la psicólogo/a, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas».

En el capítulo anterior (véase capítulo 4) ya se introdujeron las normas que rigen la devolución de los resultados de la evaluación al paciente y a los padres.

5.3.1. El informe

Los informes escritos son una parte fundamental del trabajo clínico y es una de las habilidades más importantes que debe poseer un clínico competente (Harvey, 2006). Un informe revela la situación del paciente y detalla el trabajo de la evaluación y el diagnóstico realizado. Con un informe los padres y otros profesionales pueden conocer estos datos y, a través de ellos, la situación en la que estaba el niño y el problema que mostraba en la fecha de evaluación, y también con informes anteriores saber la evolución habida (Groth-Marnat y Horvath, 2006). Además, cuando existen diferentes estudios de distintos momentos de un niño, el escrito efectuado puede ayudar a mejorar la calidad de vida del niño en el futuro.

El proceso de evaluación no será beneficioso si las conclusiones a las que se ha llegado no son fáciles de entender. El terapeuta elabora el informe con el objeto de describir el problema de tal forma que los padres y el paciente puedan comprender la dificultad del menor y en qué se ha basado para llegar a esa conclusión. Para ello utilizará términos sencillos y tratará de definir los conceptos psicológicos en un lenguaje coloquial (Groth-Marnat, 2003, Groth-Marnat y Horvath, 2006; Harvey, 2006; Sattler, 2008).

COP. Artículo 12: «Especialmente en sus informes escritos, el/la psicólogo/a será sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del

Documento legal

El informe es un documento legal que compromete al profesional, ya que refleja las conclusiones del trabajo y con su firma se responsabiliza de ello. Las normas deontológicas de diferentes instituciones refieren el derecho del paciente a la devolución de los resultados de las pruebas (COP, 2000; APA, 2002 Meta-Código de la EFPA, 1997). La información debe ser veraz, comprensible y adecuada a las necesidades del paciente para facilitar la toma de decisiones de forma libre (Del Río, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009).

Artículo 42: «El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el/la psicólogo/a, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas».

Es habitual que el psicólogo tenga que realizar informes para diferentes organismos con diferentes propósitos, especialmente para informar a compañías de seguros, instituciones médicas o terapéuticas que lo soliciten en relación con la necesidad de atención psicológica del niño. Tanto el psicólogo como las entidades deben mantener la confidencialidad de los datos del paciente y no difundirlos para otro fin.

Asimismo, es obligación del psicólogo responsabilizarse de los registros escritos y electrónicos que guarde, protegiéndolos de que otras personas ajenas tengan acceso a los datos del paciente donde consten sus datos personales, resultados de pruebas realizadas, etc. (artículos 43 y 46 del código del COP).

COP. Artículo 46: «Los registros escritos y electrónicos de datos psicológicos, si se conservan durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que otras personas ajenas puedan tener acceso a ellos».

Los informes realizados a petición de instituciones están sujetos a la misma confidencialidad. El psicólogo está obligado a no darles difusión fuera del marco para el que fueron recabados (COP, Artículo 43).

Evolución del caso/historial del niño

El texto escrito es un punto de partida o una situación inicial que refleja el momento en que se realizó el estudio y sirve para ver el curso del desarrollo del niño y la evolución posteriormente. Con un informe los padres y otros profesionales pueden conocer, a través de los datos en el contenido, la situación en la que estaba el niño, el problema que presentaba en la fecha del informe y saber la evolución habida.

Saber cómo se ha producido el avance del niño o el adolescente con relación a un problema también es de ayuda para establecer comparaciones y en ocasiones facilitar el diagnóstico de un trastorno.

Una niña que acude a consulta con 8 años de edad por un problema de ansiedad aporta un informe en el que se refleja haber mostrado rechazo y vómitos para ir a la escuela infantil cuando tenía 4 años, con relación a un episodio de tensión en el comedor del colegio. Esta conducta indica posibles síntomas de ansiedad que aparecieron a una edad temprana y que pueden hacer referencia a una tendencia de la niña a responder con ansiedad en situaciones de estrés.

5.3.2. Objetivos del informe

El objetivo principal del informe es que el psicólogo comunique los resultados de la evaluación respondiendo al motivo de consulta que hicieron los padres, haciendo una descripción general del niño y explicando sus puntos fuertes y cómo favorecer los aspectos más débiles. Asimismo, el informe facilitará la comprensión de la necesidad del tratamiento y las características y objetivos de la intervención. Paralelamente también puede orientar acerca de la conveniencia de hacer un seguimiento, vigilar la evolución de los síntomas actuales para prevenir mayores dificultades y aconsejar consultas con otros profesionales. Finalmente el informe ofrecerá recomendaciones a los padres de cómo actuar con relación al problema, para disminuir las consecuencias negativas en el futuro. Toda esta información deberá estar plasmada de una manera organizada (Lichtenberger, Mather, Kaufman y Kaufman, 2004).

5.3.3. Tipos de informe

Los informes no siempre tienen el mismo formato ya que varían en función del objetivo, del contexto de recepción y en función de sus fines y destino. La persona que lo vaya a recibir (padres, médicos, profesores, logopedas, etc.) determina el estilo de la escritura y la cantidad de información que se incluya. El significado será diferente en cada contexto (médico, escolar, familiar, etc.) y debe depender de la persona o profesional que lo reciba.

Enviar un informe a otro psicólogo, para que aborde un aspecto concreto del trastorno que padece, difiere del que se envíe a un profesor con el objeto de acordar cómo adaptar la metodología a las dificultades del niño en el aula.

En estos supuestos, el objetivo del informe debe cambiar en su formato, adaptando la información y redacción en función del objeto, persona, centro o institución al que vaya dirigido. La estructura y redacción en las que habitualmente se emiten informes clínicos son de diagnóstico, de evolución del tratamiento, de alta y de propuestas de intervención. Igualmente en la práctica clínica se realizan, además, escritos específicos de derivación para revisión o

diagnóstico de otro profesional, realización de pruebas diagnósticas, prescripción de medicación, etc.:

- ⇒ *Informe del diagnóstico:* ofrece una información completa del estado previo al tratamiento del paciente y de su estado actual.
- ⇒ *Informe de evolución:* se refiere a la evaluación del tratamiento durante un período, generalmente hasta la fecha de emisión.
- ⇒ *Informe para el centro escolar:* en el que se detallan los datos necesarios para el trabajo de los profesores, el orientador, la dirección, etc., con el niño en el colegio. Los escritos pueden informar de los resultados de diagnóstico, de formas de colaboración y de coordinación sobre aspectos concretos del niño en el centro, y también para recomendar adaptaciones o actuaciones beneficiosas para el niño que se puedan incluir en el ambiente escolar (en el currículo, con los compañeros, etc.).
- ⇒ *Programas de intervención:* establecidos para un período donde se describen los objetivos que se deben trabajar, especificando las metas a largo y a corto plazo y los procedimientos utilizados para ello.
- ⇒ *Informes de alta:* se informa de la situación del paciente en el momento de terminar la terapia.

Hay que recordar que, además de los padres, el resto de los profesionales que tratan con el niño (profesionales de la salud, profesores, etc.) también leerán el documento escrito y cada persona realizará una valoración de la rigurosidad del estudio, del diagnóstico y de las conclusiones. Asimismo, tendrá una impresión de la preparación profesional del psicólogo, no sólo en la realización del informe, sino también en su trabajo clínico. Por ello el informe es también una carta de presentación del profesional.

5.3.4. Redacción de informes

Aunque es una parte fundamental de la competencia del psicólogo y una forma de reflejar su práctica profesional, los estudiantes no siempre tienen la oportunidad de formarse en la realización de informes. Saber los requisitos que debe contener un informe es el primer paso.

Los informes psicológicos deben ser meticulosos, claros y con una redacción concisa evitando la terminología psicológica, innecesaria y no comprensible, que dificulta la comprensión del contenido a las personas a las que va dirigido (Groth-Marnat, 2003; Harvey, 2006; Sattler, 2008).

El documento debe reunir una serie de requisitos generales, pero también variará en función de las normas o pautas que establezca la entidad o centro en el que el profesional trabaje. Cada institución tiene generalmente sus propias normas de funcionamiento en cuanto a la información que traslada al exterior. El psicólogo debe informarse de las exigencias de su centro y se ajustará a los criterios generales de la entidad. Por otro lado, el informe también

refleja el punto de vista de su autor, el enfoque teórico que tiene, y también el grado de profundidad y rigor con que ha llevado a cabo la evaluación y el diagnóstico del niño.

El documento escrito es un documento que leerán diferentes personas, profesionales y familiares que valorarán el trabajo realizado en función de lo expresado en el escrito. Paralelamente cualquier otra persona o profesional tiene una base escrita donde apoyarse y establecer una comunicación más eficaz con relación a dudas, acuerdos, etc., del problema del niño. Por tanto, la forma de redacción del mismo es una parte importante de un informe (Harvey, 2006).

El Código Deontológico del COP (Art.48) dispone «los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal, las técnicas utilizadas para su elaboración».

5.3.5. Guía práctica de redacción

La forma y redacción de los informes debe contener determinados apartados que describan los datos del estudio del paciente. Lo fundamental de la redacción es que se ajuste al contenido que se desea transmitir. Sin embargo, al escribir no siempre ocurre que la idea que uno desea plasmar sea realmente lo que está escrito. En un escrito el significado se apoya tanto en los términos como en la estructura que se utiliza, en el orden de los puntos que se abordan y en la forma de relatar los hechos o datos (Lichtenberger y col., 2004; Sattler, 2008).

La escritura de un informe es un trabajo fundamentalmente técnico, pero el psicólogo debe poner en juego su capacidad para redactar y escribir textos. Tener algunos conocimientos sobre cómo componer escritos puede ser de gran ayuda. Algunas personas tienen esta habilidad más desarrollada y reflejan con facilidad lo que piensan, mientras que a otras les requiere un esfuerzo la expresión escrita. Cada informe es característico del estilo de la persona que lo escribe, variando sus expresiones y forma de referir los datos. En cualquier caso, es importante que el terapeuta tenga en cuenta que no se trata de escribir literatura añadiendo expresiones que son imaginativas o bellas, que no reflejan con precisión y objetividad los conceptos que se desea reseñar. Sin embargo, conocer algunos recursos de redacción y narración ayudará a transmitir con sentido el estudio llevado a cabo (Harvey, 2006).

Por tanto, lo más importante en un informe es el contenido, cuya información puede alterarse o transmitirse de forma inadecuada por una redacción o estructura narrativa poco cuidada.

Al ser un documento escrito, lo transcrito queda reflejado de forma estable y una vez emitido suele ser difícil modificarlo. Por otra parte, cualquier profesional puede aprender a transmitir la información de sus pacientes por escrito y con la práctica continuada muchos psicólogos los han realizado, aunque los estudiantes podrán conseguir una eficiencia mayor

con la ayuda de unas pautas que los rigen.

Organización del informe

La forma y ordenación del escrito transmite la información de forma más clara que si no se ajusta a una organización adecuada. Para facilitar su lectura conviene que el texto tenga un orden lógico. Los apartados y organización de los datos muestran el conocimiento que el terapeuta tiene sobre el tema, en cuanto a los aspectos relevantes que resalta frente a otros. Una presentación adecuada transmite la responsabilidad y respeto del terapeuta por el paciente y su trabajo.

En un principio deben constar los *datos de identificación* del paciente, nombre completo, fecha de nacimiento, edad, escolaridad y fecha de la evaluación. A continuación se describe el *motivo de consulta* que determinará el centro de la evaluación y las pruebas a seleccionar. La redacción de algunas secciones se hará teniendo en cuenta la razón por la que los padres consultaron. A continuación se refleja la *historia del desarrollo* del niño, habitualmente de forma cronológica desde el embarazo y circunstancias del pasado que hayan sido relevantes para la situación actual (Lichtenberger et al., 2004).

En el apartado de *observación de la conducta* se detallan los datos observados a lo largo de la evaluación, referidos generalmente a la interacción con el terapeuta, comportamiento, reacciones emocionales, resistencia a la frustración, atención, flexibilidad, etc., y especialmente aquellos relacionados con el motivo de consulta (véase capítulo 3, observación directa). A continuación se enumeran los tests y *pruebas utilizadas* para la *evaluación*.

En la sección de *resultados* se describe la conducta del niño en la realización de las pruebas, se especifican los datos de éstas y se expone su interpretación. En relación con el análisis que se realice a lo largo de la evaluación y de la integración de todos los datos, se refleja el diagnóstico en las *conclusiones y las recomendaciones* relacionadas, las cuales estarán en relación con el motivo de consulta y con los problemas que se hubieran encontrado asociados. Finalmente se orienta hacia el tipo de intervención que el niño o el adolescente requiera así como con los padres o en el nivel escolar (Lichtenberger et al., 2004) (véase cuadro 5.1).

CUADRO 5.1 Apartados de un informe tipo

Datos personales: Datos de identificación del cliente.

Motivo de consulta. Referido por...

Antecedentes.

Información sobre el paciente. Desarrollo. Hitos evolutivos. Antecedentes médicos y familiares. Informes y estudios psicológicos anteriores, historia escolar, observaciones, etc.

Evaluación:

⇨ Pruebas utilizadas.

⇨ Observaciones durante la evaluación de la conducta de la interacción social y de los aspectos emocionales.

- ⇒ Resultados de las pruebas, puntuaciones concretas.
- ⇒ Valoración de los resultados, impresiones y recomendaciones.

Conclusiones:

- ⇒ Impresión diagnóstica (en función de la valoración de la historia clínica, los antecedentes y los datos de la evaluación. Conceptualización).
- ⇒ Pronóstico.

Orientaciones:

- ⇒ Plan de tratamiento. Objetivos específicos de tratamiento.
- ⇒ Revisiones necesarias.
- ⇒ Recomendaciones finales.
- ⇒ Fecha y firma. Nombre del responsable (s) de la evaluación. Supervisor.

Redacción del informe

Una parte importante es presentar la información con una secuencia lógica, que las recomendaciones sean fáciles de comprender y realizables, así como los objetivos del tratamiento.

La estructura citada ayudará al redactor a plantear los temas enlazando la transición con otros de manera conectada. Utilizar términos de cohesión ayuda a ligar el texto. Hay que tener en cuenta que los puntos y aparte no siempre solucionan el cambio. Para que un informe sea legible se deben usar nexos de unión, temporales (mientras, después, antes, entonces), de contraste (sin embargo, pero, no obstante, aunque), de adición (similarmente, adicionalmente, además), de causa-efecto (como resultado, consecuentemente, por tanto).

Asimismo, el psicólogo debe tener en cuenta que en la explicación de un tema, la oración que la sigue se suele relacionar cuando el lector va leyendo. En cuanto al contenido, procurar su comprensión reduciendo el uso de jerga. No hacer juicios de valor, comentarios poco claros o ambiguos y evitar calificativos del tipo «mucho», «bastante». El psicólogo debe ser cuidadoso, prudente y crítico en no usar etiquetas devaluadoras o discriminatorias hacia el paciente (COP. Artículo 12).

COP. Artículo 12: «Especialmente en sus informes escritos el/la psicólogo/a será sumamente cauto/a, prudente y crítico/a, frente a nociones que fácilmente degeneren en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado, o inteligente/deficiente».

Por el contrario, debe detallar de forma clara las habilidades del niño, incluyendo descripciones cotidianas de su conducta.

Es importante al escribir evitar hacer inferencias sin datos objetivos en los que apoyarlas y establecer relaciones de causa-efecto. Debe también prescindirse de declaraciones sexistas o basadas en estereotipos culturales.

Del mismo modo es preciso atender a la puntuación, que es básica para comprender bien el

contenido. Igualmente es conveniente omitir fórmulas de lectura difícil como acrónimos, verbos pasivos, etc. En resumen, deberá redactarse conforme a lo siguiente:

- ⇒ Estructuración sencilla, evitando las construcciones complejas, largas o difíciles de comprender. Escribir oraciones completas.
- ⇒ Escribir con un vocabulario sencillo y preciso.
- ⇒ Reducir el uso de jerga psicológica.
- ⇒ Utilizar una puntuación correcta.
- ⇒ Usar una gramática adecuada y revisar la ortografía.

Maquetación del escrito

Además de la organización y estructura del texto, el redactor debe cuidar que el papel sea adecuado, así como la impresión con un espaciado de líneas y márgenes apropiado (tipografía, espacios, títulos, negritas que resalten lo importante, etc.). El psicólogo usará para el documento papel con membrete del centro o institución y si debe ser timbrado o con el nombre del terapeuta en el encabezamiento, con su nombre, dirección, profesión y todos aquellos datos que sean precisos para localizar a la persona que lo firmó. Es importante recordar firmar el informe antes de entregarlo. En resumen se imprimirán los informes:

- ⇒ Realizando impresiones de alta calidad.
- ⇒ Numerando las páginas.
- ⇒ Formas de emisión de la información fechada y firmada.

Revisar el texto escrito

Cualquier escrito requiere de revisión, para comprobar que el sentido de la evaluación queda reflejado exactamente. Para ello conviene revisar todo lo escrito, las ideas, la puntuación y el formato que indique los puntos más importantes frente a los secundarios. El clínico se ocupará de leer varias veces el texto y corregir posibles errores. Además de revisar oraciones e ideas, es necesario releerlo seguido, desde el comienzo hasta el final, para confirmar que refleja el significado global y no sólo los apartados concretos. Después de comprobar que contiene los conceptos fundamentales y que no se repiten o se olvidan ideas se da por terminado.

En ocasiones, a lo largo de la redacción, cuando se cambia la formulación de un concepto para expresar mejor la idea que se tiene *in mente*, el redactor tendrá en cuenta que al modificar la expresión se modifica habitualmente el resto del párrafo anterior o posterior. Por tanto, no se trata de cambiar una y otra vez la redacción a no ser que no exprese lo que uno quiere decir, y acabar el informe. Generalmente es de gran ayuda pedir a otro terapeuta que lea el escrito para que indique en qué medida se entiende, y si se observan confusiones o errores en la lectura. Es importante hacer informes muy detallados y, sobre este inicial, se pueden

reducir o eliminar aspectos dependiendo de a quién vayan dirigidos.

5.4. TRABAJAR CON OTROS PROFESIONALES

El campo que abarca la psicología clínica infantil es tan amplio que no permite estar al tanto de todos los trastornos que puedan acudir a consulta, porque no se está cualificado para todos ellos. Otras veces es posible que el psicólogo no se encuentre capacitado por algún motivo para realizar la atención que los padres demandan o porque en ese momento existan problemas de agenda.

Igualmente en el caso de que una familia necesite un servicio público o subvencionado (por dificultades económicas o por vivir en otra ciudad o trasladarse a otro país) será necesario contar con la información adecuada para ofrecérsela a la familia. Remitir al paciente requiere sugerir a otro profesional que considere competente en ese tipo de casos. Habitualmente se proporcionan varios profesionales cualificados para el caso en concreto, de modo que la familia pueda decidir.

No obstante, al remitir al niño a otro profesional es competencia del psicólogo ponerle en antecedentes de los pormenores del caso de la evaluación o el tratamiento, con un informe adjunto, y siempre que los padres del menor den su consentimiento.

5.5. CUIDADO DE UNO MISMO

El cuidado de sí mismo es una parte fundamental para mantenerse en buenas condiciones a lo largo de la vida profesional. Una parte especialmente importante es el cuidado de su salud mental y prevenir el estrés. Si el terapeuta no atiende a las señales que le advierten de malestar o sobrecarga emocional, tiene riesgo de generar problemas psicológicos.

5.5.1. La salud mental del psicólogo

El tipo de trabajo que desarrolla el psicólogo es emocionalmente muy exigente; requiere estar atento a la interacción con otra persona, observar sus reacciones y actuar de forma terapéutica. Es decir, escuchando, reflexionando y respondiendo de modo que su conducta beneficie al paciente. Además, dadas las características de la labor clínica, el terapeuta debe afrontar con frecuencia las respuestas de frustración y de tensión de los pacientes para recibir su ayuda. Todo ello exige al terapeuta autoobservación y autocontrol de sus propias reacciones emocionales.

De esta forma, estas y otras circunstancias suelen suponer una sobrecarga para el estado emocional del psicólogo. En este sentido la Comisión Deontológica del COP propone que:

«El psicólogo debe responsabilizarse de que su equilibrio y salud mental, actitudinal, emocional y

comportamental sean los adecuados para prestar sus servicios. Asimismo, debe evitar acciones profesionales que generen perjuicios a los pacientes. Cuando se vea incapacitado para ejercer sus funciones profesionales, sea por su salud mental o por cualquier otra causa, debe suspender la actividad y pedir asesoramiento profesional».

Asimismo, la salud mental del psicólogo aparece específicamente en los códigos del EFPA y el APA, que reseñan la necesidad de no ejercer cuando el profesional esté afectado por un trastorno mental, adicciones o abuso de alcohol, que afecten a la competencia profesional de la persona (EFPA, 1995; APA, 2002).

APA. Artículo, 2.06.b: «Cuando los psicólogos tengan conocimiento de que existen problemas personales que puedan interferir con la adecuada realización de las tareas relacionadas con su trabajo, tomarán medidas adecuadas, tales como obtener asesoramiento o ayuda profesional y determinar si deberían limitar, suspender o finalizar las tareas relacionadas con su trabajo».

Factores de estrés

Por tanto, el psicólogo debe ser consciente de la necesidad de cuidarse para no encontrarse con el *síndrome del quemado profesional (burnout)*; protegerse del estrés, evitando sobrecargarse, poniendo límites en el trabajo, ocupándose de sí mismo, dedicando tiempo a otras actividades y descansar (Patterson et al., 2009). En algunos casos será necesario disminuir el número de días de trabajo y/o de casos que atiende; o reducir la consulta de determinados pacientes que demanden mayor energía en su resolución. Un terapeuta excesivamente volcado en su trabajo se despreocupa de sí mismo y puede llegar a presentar agotamiento emocional, relaciones despersonalizadas con los demás y menor satisfacción con uno mismo y con los propios logros (Bados y García, 2011).

Para un desarrollo equilibrado de la profesión el terapeuta requiere una amplia red social de apoyo a nivel personal, así como relacionarse con otros colegas con los que pueda compartir las experiencias clínicas (Patterson y col., 2009). Igualmente necesita buscar refuerzos en el trabajo, colaborar e intercambiar experiencias con los compañeros, centrarse en la satisfacción de conseguir avances con los pacientes y en el deseo de proporcionar ayuda, así como encontrar bienestar por las habilidades que va adquiriendo con su actividad.

Por otra parte, en el caso de tener otros factores de estrés de tipo personal, fuera de la práctica profesional, que puedan aumentar la tensión emocional del terapeuta y que le exijan tiempo de dedicación o energía, puede implicar tener que manejar un alto nivel de estrés en el día a día.

Cuando se presenten situaciones conflictivas Beck, A. T. (1976) y Beck, J. S. (2000) plantean que, para que el terapeuta mantenga una actitud positiva y de protección de sí mismo, le ayudará tener una alta tolerancia a la frustración. Asimismo, le beneficiará afrontar aquellas circunstancias tensas de la terapia como un desafío, valorando que cada caso es diferente y que a su vez tales acontecimientos le proporcionan la oportunidad de ser creativo en el trabajo

y que éste no le resulte rutinario.

Igualmente, recomiendan mantener una actitud de resolución de los problemas y en los casos difíciles, detectar y analizar las dificultades buscando posibles soluciones con el paciente. Paralelamente sugieren que para afrontar problemas en la terapia también es necesario que el terapeuta descubra sus propias cogniciones desadaptativas con relación al trabajo o los pacientes, evitando personalizar en sí mismo los problemas o las conductas negativas que se dan en la consulta.

El psicólogo debe aprender a cuidarse y mantenerse estabilizado emocionalmente. Si no se encuentra en condiciones saludables no podrá ser de ayuda para los demás. En general los terapeutas son reacios a pedir ayuda y aunque son capaces de percibir los problemas de otros, esto no les exime de padecerlos ellos mismos (Bados y García, 2011).

En el caso de sentir sentimientos de desánimo o agotamiento, el terapeuta debe buscar ayuda o interrumpir su actividad por un tiempo. En resumen, se exponen algunas pautas para que el psicólogo mantenga una actividad profesional saludable (Zweirs y Morrisette, 1999; Patterson y col. 2009; Bados y García, 2011):

- ⇒ Trabajar con diversidad de pacientes, no sólo con casos complicados o difíciles.
- ⇒ Buscar un cambio en el tipo de actividad (evaluación, investigación, etc.) cuando se lleva trabajando muchos años en una misma patología, especialmente si es de evolución muy lenta o limitada (autismo, discapacidades graves, etc.). También orientarse hacia otro tipo de trastornos.
- ⇒ Ser consciente de las propias limitaciones. Establecer expectativas realistas.
- ⇒ Tomarse tiempo para reflexionar regularmente sobre el trabajo. Reestructurar la actividad.
- ⇒ Aumentar el conocimiento del trabajo que realiza, con lecturas, programar estudios, etc.
- ⇒ Participar en encuentros profesionales.
- ⇒ Formar grupos de trabajo con otros colegas para compartir experiencias y propuestas.
- ⇒ Proponer coordinación con otros profesionales que trabajen en la misma área.
- ⇒ Introducir programas de tratamiento nuevos. Comprobar la efectividad con otros.
- ⇒ Establecer tiempos de descanso. Compatibilizar actividades de ocio, vida social y familiar. Cuidar de la salud (sueño, alimentación, ejercicio, etc.).

5.5.2. Reflexión sobre uno mismo

Desarrollar competencia y seguridad en la realización del trabajo forma parte del proceso de formación de un terapeuta, así como adquirir conocimientos y puesta en práctica de las habilidades clínicas necesarias para realizar el trabajo de forma efectiva. Hay que tener en cuenta que llegar a ser un terapeuta experimentado requiere tiempo de aprendizaje y años de entrenamiento.

La reflexión del psicólogo sobre la propia actividad debe ser un proceso sistemático a

través del cual puede controlar y dirigir su desarrollo profesional. La reflexividad supone situarse en la situación actual mientras que se considera el contexto de experiencias pasadas. Es un proceso valioso para prevenir situaciones problemáticas con los pacientes. Reflexionar sobre una situación particular ayuda al psicólogo a encontrar opciones y alternativas y a entenderse mejor a él mismo y a sus pacientes, aumentando el nivel de conciencia de su práctica profesional (Zweirs y Morrisette, 1999).

Asimismo, para poder tomar decisiones adecuadas igualmente es conveniente que el psicólogo conozca sus características, capacidades y debilidades y esté abierto a adquirir nuevos conocimientos, habilidades y experiencias. En su formación el terapeuta debe estar atento a su desarrollo profesional y a evaluar qué es lo que va aprendiendo y qué tendencias desarrolla en el trabajo.

La autoobservación de sí mismo es una opción, que puede resultar poco objetiva cuando uno revisa sus actitudes ante diferentes situaciones de la terapia. Por lo que es conveniente que otro profesional, no implicado, realice un análisis más objetivo de la actuación del terapeuta. La grabación en vídeo de su propio desempeño en situaciones concretas podrá ayudar al psicólogo a mejorar sus habilidades en la evaluación, la entrevista y la intervención (Márquez, 2006).

5.5.3. Aprender a ser terapeuta y llegar a serlo

Para la formación de psicólogos terapeutas un procedimiento adecuado es su entrenamiento en competencias concretas (entrevista), en las que se pueden observar los comportamientos aprendidos en la puesta en práctica de la actividad. La visualización de ensayos permite analizar y replantear las actitudes, las expresiones, la conducta no verbal, etc., del psicólogo en formación y con este ejercicio obtener un *feedback* de su actuación de un supervisor o psicólogo experto (Del Río, 2005; Márquez, 2006; Patterson y col., 2009).

Otra característica del psicólogo en el inicio de su actividad es la necesidad del manejo de la ansiedad que ocasiona la interacción con los pacientes cuando aún no ha adquirido mucha experiencia. Por la inseguridad ante pacientes que presentan un trastorno nuevo o un tipo de caso complejo para el psicólogo, es habitual generar cogniciones o creencias distorsionadas que contribuyen a la aparición de temores o falta de confianza con el paciente. Identificar estas ideas con ayuda de otro psicólogo o supervisor ayudará a reemplazar estos pensamientos por otros más constructivos que disminuyan la ansiedad. Comentarlos con otros compañeros ayuda a comprobar lo habitual de estas emociones (Patterson y col., 2009).

Asimismo, para aumentar su confianza el terapeuta debe evitar focalizarse en las habilidades que aún no ha adquirido; será regular y constante en el aprendizaje de teoría y aquellos aprendizajes nuevos que sean relevantes para la práctica diaria. Igualmente debe tener en cuenta que, en la práctica profesional, cuando en algunos casos la evolución es difícil, sabe que el terapeuta no es el único responsable del cambio del niño o de los padres.

No obstante, si se da la circunstancia de que el psicólogo no se sienta con la capacidad para abordar la terapia es preferible que lo derive a otro profesional. No hay que olvidar que es un trabajo especializado, en el que los terapeutas expertos comentan que son necesarios varios años (entre 5 a 7) de experiencia clínica para sentirse seguro y con confianza en sus habilidades terapéuticas (Patterson y col., 2009).

Por otro lado, a los supervisores docentes, acostumbrados a ocuparse de terapeutas en formación, les preocupa más el psicólogo principiante que se siente extremadamente seguro de sus habilidades (Patterson y col., 2009).

En resumen, un psicólogo que empieza su labor terapéutica tiene un desafío por delante y un camino apasionante que recorrer, en el que se sucederán etapas o períodos de entusiasmo con sentimientos de inseguridad, duda y ansiedad sobre sus competencias en el trabajo, que son normales en una labor que requiere un largo aprendizaje en la gestión de la interacción con el paciente y en el manejo de las propias emociones.

Esta labor, que se ha calificado como aprender *el arte y la ciencia de hacer terapia*, es un reto que conlleva también grandes satisfacciones al poder proporcionar ayuda a las personas, niños o adolescentes y sus familias, que puede ser decisiva para su vida futura...

ANEXO 1. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO BÁSICO 1 (ADAPTADO DE PATTERSON Y COL. 2009)

[\(Descargar o imprimir\)](#)

He sido informado de que el tratamiento..... (nombre del centro donde se realiza el tratamiento) puede implicar conversaciones sobre relaciones, temas psicológicos y/o emocionales de carácter personal y privado. He sido informado de las opciones de tratamiento que están a mi disposición y he elegido libremente la que más me parece conveniente de acuerdo con mi terapeuta. También soy consciente de que con este tratamiento se pretende ayudar a mi (hijo) y/o (a mí personalmente) en las dificultades que presenta.

El terapeuta, D./D.^a..... me ha informado adecuadamente de las dudas y dificultades del tratamiento en (nombre del centro donde se realiza el tratamiento). Asimismo entiendo que puedo abandonar la terapia en cualquier momento, aunque he sido informado que es mejor tomar esta decisión después de consultar con el terapeuta.

A tales efectos igualmente he sido informado y muestro mi conformidad con lo siguiente:

1. Que estudiantes de (Máster) participan en las sesiones bajo la supervisión estrecha de terapeutas autorizados. Dichos estudiantes están obligados a mantener la confidencialidad en las mismas condiciones legales que afectan al terapeuta.
2. Que las sesiones de terapia son habitualmente grabadas y/o observadas por los supervisores o terapeutas pertenecientes al equipo de tratamiento, estando dichos profesionales sujetos a las mismas obligaciones de confidencialidad antes citadas.
3. Que estas grabaciones serán borradas tras la finalización del mismo.

.....
Fecha

.....
Nombre del padre o tutor

.....
Nombre de la madre o tutor

.....
Firma del padre o tutor

.....

Firma de la madre o tutor

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 2

([Descargar o imprimir](#))

(Añadir al anterior esta otra parte del consentimiento para firmarlo en conjunto o por separado.)

El/los abajo firmantes han sido informados por el terapeuta D./D.^a..... en el (Nombres del terapeuta y del centro de tratamiento) de que la totalidad de las conversaciones efectuadas en terapia permanecerán confidenciales conforme a lo establecido en la legislación vigente en esta materia. Sin embargo, el terapeuta podrá compartir información o grabaciones sobre la terapia con el supervisor o el equipo de tratamiento en aras de ofrecer una atención de calidad, estando obligados igualmente estos profesionales a mantener la confidencialidad en los mismos términos legales.

No obstante lo anterior, el terapeuta D./D.^a..... nos ha igualmente informado de que por imperativo legal existen algunas excepciones de confidencialidad, como son:

1. Revelación de abusos a niños.
2. Revelación de abusos a personas mayores o dependientes.
3. Amenazas de daño personales.
4. Amenaza de daño a los demás.
5. Si mediase una orden o sentencia judicial que lo exigiese.
6. Si usted está obligado a recibir tratamiento o ser evaluado por una orden judicial.
7. Si usted está reclamando daños mentales o emocionales en un procedimiento legal.

.....

Fecha

.....

Nombre del padre o tutor

.....

Nombre de la madre o tutor

.....

Firma del padre o tutor

.....

Firma de la madre o tutor

ANEXO 2. EJEMPLO DE INTRODUCCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD AL INICIO DE LA ENTREVISTA (ADAPTADO DE MCCONAUGHY, 2005)

[\(Descargar o imprimir\)](#)

(Antes de iniciar la entrevista los padres firman un escrito sobre el consentimiento en el que consta el objeto de la entrevista —evaluación o intervención—.)

«Ya he comprobado que ustedes han firmado su consentimiento para realizar una evaluación a..... (nombre de su hijo). Por ello deben saber que esta entrevista forma parte de la evaluación de..... (nombre del niño). La información que me proporcionen se resumirá en un informe escrito, en el que no se incluirán citas textuales de sus comentarios. Sólo se incorporarán aquellos datos que sean relevantes para comprender el problema/caso del niño, y el tipo de programa de tratamiento más adecuado. También podremos ver la información que desean que conste o no en ese informe escrito.

En relación con la confidencialidad deben saber que la ley obliga a los psicólogos a revelar información confidencial en determinadas circunstancias. Estos casos se refieren a cuando existen razones para sospechar de maltrato del niño o cuando el niño tenga un peligro para sí mismo o para otras personas. ¿Entienden estos límites a la confidencialidad?

Gracias por contestar a los cuestionarios que han recibido antes de esta cita. Los he revisado y con estos datos ya tengo una primera aproximación sobre el niño. En esta entrevista nos vamos a centrar en recoger todo aquello que ustedes deseen transmitir y quisiera que me comenten sus preocupaciones y su forma de ver el problema/dificultad del niño, ya que su perspectiva como padres es fundamental para que yo pueda comprender al niño».

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO DE LA GRABACIÓN DE VÍDEO

([Descargar o imprimir](#))

Nombre:.....

Padre / Madre del menor.....

DNI del padre / DNI madre del menor.....

Por la presente autorizo con objeto de que:

- ⇒ Se realicen grabaciones de vídeo a mi hijo/a....., de.....años de edad.
- ⇒ Asimismo autorizo a que graben a mi hijo/a y a su padre o su madre con motivo de la evaluación y diagnóstico que se está realizando en (Nombre del centro).
- ⇒ Manifiesto que, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, he sido suficientemente informado/a acerca de un fichero en el que será incluida dicha grabación, con fines exclusivamente clínicos, sin que sea posible la cesión de los datos que obran en el indicado fichero sin la expresa autorización de los padres del menor, a excepción de los casos en que sea previsto por la Ley. La titularidad del citado fichero corresponde a la Sociedad (centro) con domicilio en....., donde los interesados podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación cancelación y oposición.

La grabación objeto de la presente autorización podrá ser utilizada para:

(MARCAR LA OPCIÓN ELEGIDA)	SÍ	NO
1. La formación de terapeutas en el Centro (nombre).		
2. La formación de terapeutas en (nombre).		
3. Para la realización del presente diagnóstico.		
4. Para la realización del tratamiento.		
5. [Especificar otro]		

Y para que así conste, suscribo la presente en Madrid, a.....de.....de 20__

Firmado:

.....

Nombre del padre/madre/tutor del niño

ANEXO 4. PROTECCIÓN DE DATOS. CONSENTIMIENTO INFORMADO

([Descargar o imprimir](#))

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, les informamos de los siguientes extremos:

Los datos de carácter personal que sean recabados de Ud. son incorporados a un fichero automatizado denominado «Historias clínicas», cuyo responsable es el (Centro).

La recogida de datos tiene como finalidad la realización del diagnóstico, sin que sea posible la cesión de los datos que obran en el indicado fichero sin la expresa autorización del paciente o en su caso de sus padres o tutores.

En todo caso Ud. tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la ley (Ley Orgánica 15/1999) en el (Centro, dirección, telf.).

Para otorgar el consentimiento a la recogida de datos, debe Ud. firmar al pie de la presente cláusula:

Firmar ambos progenitores o tutores del menor

Fecha:

Firmado:

Nombre del padre/madre o tutor

D./Dña.:

D./Dña.:

D.N.I.

D.N.I.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1974). *Developmental psychopathology*. Nueva York: Ronald Press.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1985). *Assesment and taxonomy of child adolescent psychopathology*. Londres: Sage.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T. M. y McConaughy, S. H. (1997). *Empirically based assessment of Child and Adolescent psychopathology: Practical applications* (2.ª ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Child Behavior Checklist for Ages 6-18. Teacher's Report Form. Youth Self-Report. An Integrated System Of Multi-informant Assessment*. Burlington: University of Vermont.
- Ackerman, S. J. y Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171-185.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP (2009). *Code of Ethics*. <http://www.aacap.org>.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP (1997). Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n.º 10, pp. 4S-20S, octubre.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP (1997). Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infants and Toddlers (0-36 months). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n.º 10, pp. 21S-36S, octubre.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*, 4.ª ed., texto revisado. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª ed. (DMS-5).
- American Psychological Association (APA) (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <http://www.apa.org>.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinical manual for assessment and parent training* (2.ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Edwards, G. H. y Robin, A. L. (1999). *Defiant teens: A clinical manual for assessment and family intervention*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. y Breton, C. M. (2010). *Hijos desafiantes y rebeldes*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Barreto, P., Arranz, P. y Molero, M. (1997). *Counselling, instrumento fundamental en la relación de ayuda*. En M. C. Martorell y R. González (Eds.), *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Barrett, P. (2008a). *AMISTAD para siempre: cuaderno de trabajo para niños*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2008b). *AMISTAD para siempre: manual para líderes de grupo*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Ed. Gedisa.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, 2.ª ed. Nueva York: Guilford.
- Bétoin, C. (2005). *Common Parenting Issues. Handouts for professionals working with children & families*. Milton Keynes: Speechmark.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P. y Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4.ª ed. (pp. 259-269). Nueva York: Wiley.
- Bierman, K. L. y Schwartz, L. A. (1986). Clinical-child interviews: Approaches and developmental considerations. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 3, 267-278.
- Bierman, K. L. (1989). *Improving the peer relationships of rejected children*. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (Eds.),

- Advances in clinical child psychology* (vol. 12, pp. 53-84). Nueva York: Plenum.
- Bierman, K. L. (1990). *Using the clinical interview to assess children's interpersonal reasoning and emotional understanding*. En C. R. Reynolds y R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children* (vol. 2, pp. 204-222). Nueva York: Guilford.
- Bloomquist, M. L. (2006). *Skills Training for children with Behaviour Problems. A parent and practitioner guidebook*. The Guilford Press.
- Boggs, K. M., Griffin, R. S. y Gross, A. M. (2003). Children. En M. Hersen y S. M. Turner (Ed.), *Diagnostic interviewing*, 3.^a ed., New York Kluwer.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bornstein, M. H. (1995). Parenting Infants. En M. H. Bornstein, *Handbook of parenting*, vol. 1, *Children and Parenting*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the infant's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Burns, R. C. y Kaufman, S. H. (1978). *Los dibujos kinéticos de la familia como técnica diagnóstica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bunge, E., Mandil, J. y Gomar, M. (2010). Introducción a la terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. En M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge (Comp.), *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Caballo, V. (Dir.) (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. y Simón, M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. y Simón, M. A. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.
- Cambell, S. B. (1993). Psicopatología del desarrollo. En T. H. Ollendick y M. Hersen, *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Canino, I. (1985). Talking a history. En D. Shaffer, A. A. Erhardt y L. L. Greenhill (Eds.), *The clinical guide to child psychiatry* (pp. 303-407). Nueva York: Free Press.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Paidós Ibérica.
- Carrobes, J. A. y Gámez-Guadix, M. (2012). La educación positiva: principios y procedimientos. En L. M. Llavona y X. Méndez (Coords.), *Manual de psicología familiar*. Pirámide.
- Chase y Eyberg, S. (2005). *Abridged manual for the diadic parent-child interaction coding system*, 3.^a ed. (accesible en la web, www.pcit.org/).
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (1999). *Organización Mundial de la Salud*.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1987). *Código deontológico del psicólogo*. <http://www.cop.es>.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña: COPC: (1989). *Código deontológico del psicólogo*. <http://www.copc.cat/Paginas/Ficha.aspx?IdMenu=6c2054e4-2957-4491-a156-f55e0ab73bfd>.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña: COPC: (1999). *Guía de actuación del psicólogo en el abuso sexual y otros malos tratos en la infancia* <http://www.copc.es>.
- Conger, R. D., McCarty, J. A., Yang, R. K. y Lahey, B. B. (1984). Perception of Child, Child-Rearing Values, and Emotional Distress as Mediating Links between Environmental Stressors and Observed Maternal Behavior. *Child Development*, vol. 55, n.º 6, diciembre.
- Cormier, W. H. y Cormier, S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas de intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Descle de Brouwer.
- Davies, P. T. y Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- Dadds, M. R. y Barret, P. M. (2001). Practitioner Review: Psychological management of anxiety disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(8), 999-1011.
- Daley, D. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of the essential fact. *Child Care Health and Development*, 32, 193-204.
- De los Reyes, A. y Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for future study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509.
- Del Barrio, V. (1997). *La depresión infantil: Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Delfos, M. F. (2008). *¿Me estás escuchando? Cómo conversar con niños entre los 4 y los 12 años*. Madrid: Pirámide.
- Dervic, K., Brent, D. A. y Oquendo, M. A. (2008). Completed suicide in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 271-291.
- Del Río Sánchez, C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámide.

- Del Río Sánchez, C. (2009). La docencia de la ética profesional en los estudios de psicología en España. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 210-219.
- Ellis, A. (1969). Rational-emotive therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 1 n.º 2, 82-90.
- Ellis, A. y Grieger, R. (2008). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- European Federation of Psychologists Associations, EFPA (1995). *Metha Code of Ethics*. <http://www.efpa.be> (versión en castellano en: Alcalde, M. J. y Del Río, C. (2001). «Metacódigo de Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA): Traducción y adaptación al castellano». *Infocop*, 80, 36-39.
- Eyberg, S. M. y Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems. The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- Eyberg, S., Bessmer, J., Newcomb, K., Edwards, D. y Robinson, E. (1994). *Diadic Parent-Child Interaction Coding System II*. A manual. No publicado. Universidad de Florida.
- Eyberg, S., Nelson, M. M., Duke, M. y Boggs, S. R. (2005). *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-III, DPCICS-III*. Accesible en la web, www.pcit.org/
- Ezpeleta, L. (1990). Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil. *Evaluación Psicológica*, 6, 33-64.
- Ezpeleta, L. (2002). *La entrevista diagnóstica infantil*. Ed. Síntesis.
- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Júdez, J., Doménech, J. M. y Navarro, J. B. (1994). *La entrevista diagnóstica estructurada «DICA-R»: datos preliminares de la adaptación española*. Comunicación presentada en el IV Congreso de Evaluación Psicológica, Santiago de Compostela.
- Faver, A. y Mazlish, E. (2002). *Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen*. Barcelona: Ediciones Medici.
- Feltham, C. y Dreyden, W. (2002). *Dictionary of counselling*. Londres: Whurr Publishers Ltd.
- Fernández Ballesteros, R. (2009). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudios de casos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Márquez, M. O., Vizcarro, C. y Zamarrón, M. D. (2011). *Buenas prácticas y competencias en evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Zúñiga, A., Llavona, L. y Santacreu, J. (1990). Variables fisiológicas en niños con tartamudez. *Revista Logopedia Foniatría Audiología; AELFA*, 7(4), 225-235.
- Fernández-Zúñiga, A. y Caja, R. (2008). *Tratamiento de la tartamudez en niños*, 2 vols. Barcelona: Elsevier.
- Fernández-Zúñiga, A., Rodríguez-Bustelo, C., Moya, A. y Morgado, J. (2009). *Quiero adoptar*, vol. I, Ed. CEAC.
- Fernández-Zúñiga, A., Rodríguez-Bustelo, C., Moya, A. y Morgado, J. (2009). *Después de adoptar*, vol. II. Ed. CEAC.
- Ferreira De Mattos Silveira, E., Marinho, M. L. (1998). Ampliando la intervención psicológica a la familia en la terapia cognitivo-conductual infantil. *Psicología Conductual*, vol. 6, n.º 3, 617-627.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R. D. y McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R. D., McClure, J. M. y García, M. J. (2009). *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents Tools for Enhancing Practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Frith, U. (1991). *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garaigordobil, M. (2003). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil: Juego, conducta prosocial y creatividad*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (1999). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (Coord.) (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R. y Balcells, A. (2009). Trabajar con familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65(23, 2), 95-113.
- Goldstein, W. N. (2001). *Iniciación a la psicoterapia. Guía práctica*. Madrid: Alianza.
- Goldstein, A. P. y Myers, C. R. (1986). Relationship-enhancement methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*, 3.ª ed. (pp. 19-65). Elmsford, NY: Pergamon.
- Goldfried, M. R. (1983). The behavior therapist in clinical practice. *The behavior Therapist*, 6, 45-46.
- Gomar, M., Mandil, J., Bunge, E. (Comp.) (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Ed. Polemos.
- González Barrón, R. (1997). La entrevista no estructurada en el niño. En M. C. Martorell y R. González, *Entrevista y consejo psicológico*. Ed. Síntesis. Psicología.
- González, R. y Calvo, M. J. (1997). La entrevista estructurada en niños y adolescentes. En M. C. Martorell y R. González, *Entrevista y consejo psicológico*. Ed. Síntesis. Psicología.

- Goudie, A., Havercamp, S., Jamieson, B., Sahr, T. (2013). *Assessing Functional Impairment in Siblings Living with Children with Disability*. *Pediatrics*, 132(2), 476-e483.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- Groth-Marnat, G. y Horvath, L. S. (2006). The Psychological report: a review of clinical controversies. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 73-81.
- Handwerk, M. L. (2007). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. En M. Hersen y J. D. Thomas (Eds.), *Handbook of clinical interviewing with children* (pp. 50-61). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Harris, D. B. (1982). *El test de Goodenough: revisión, ampliación y actualización*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Harvey, V. S. (2006). Variables affecting the clarity of psychological reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 5-18.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. y Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Hoagwood, K. E. y Cavaleri, M. A. (2010). Ethical Issues in Child and Adolescent Psychosocial Treatment Research. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin, *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hodges, J. y Baker, D. B. (1990). *The Clinical Child Interview*. Nueva York: The Guilford Press.
- Holmbeck, G. N., Devine, K. A., Bruno, E. F. (2010). Developmental Issues and Considerations in Research and Practice. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin, *Evidence-Based Psychotherapies for children and Adolescents*. Nueva York: The Guilford Press.
- Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando refunfuño demasiado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando estallo por cualquier cosa*. Madrid: TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2009). *Qué puedo hacer para vencer mis manías*. Madrid: TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2009). *Qué puedo hacer cuando me obsesiono demasiado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Huebner, D. (2009). *Qué puedo hacer cuando me da miedo irme a la cama*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hughes, J. N. y Barker, D. B. (1990). *The Clinical Child Interview*. Nueva York: Guilford Press.
- Humphreys, K. L., Feinstein, B. A. y Marx, B. P. (2010). Behavioral Assessment with Children. En J. Thomson y M. Hersen, *Handbook of Clinical Psychology Competence*. Nueva York: Springer.
- Hughes, J. N. y Baker, D. B. (1990). *The Clinical Child Interview*. Nueva York: Guilford Press.
- Hunsley, J. y Mash, E. J. (2008). *A Guide to Assessment that works*. Nueva York: Oxford University Press.
- Hupp, S. D. A., Jewell, J. D., Reitman, D. y Leblanc, M. (2010). Competencies in Child Clinical Psychology. En Thomas y Hersen, *Handbook of Clinical Psychology Competence*. Springer Science Business, Media.
- Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. Nueva York: Guilford Press.
- Irving, B. W. y Freedheim, J. R. (2003). *Handbook of Psychology, Development Psychology*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Jansen, J. y Streit, U. (1995). *Los padres como terapeutas. Guía para los problemas escolares y de aprendizaje*. Barcelona: Ed. Herder.
- Jeffrey, D. M., McConkey, R. M. y Hewson (1982). *Teaching the Handicapped Child: A Guide for Parents and Teachers*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Jennings, R. L. (1982). *Basic consideration in interviewing children. Independence*, Iowa: Counselling and Assessment Service.
- Jiménez Hernández-Pinzón, F. (2004). *La práctica del consejo psicológico*. Alicante: Editorial Real Club Universitario.
- Joint Interim Committee for the Identification and Recognition of Specialties and Proficiencies (1995). *Principles for the recognition of specialties in professional psychology*, agosto 18, 2008, de la Asociación Americana de Educación Graduada. Web: <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/proficiency-principles.aspx>.
- Kanfer, F. H. y Schefft, B. K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign III: Research Press.
- Kanfer, F. H. y Goldstein, A. P. (Eds.) (1991). *Helping people change: A textbook of methods*, 3.^a ed. (pp. 19-65). Elmsford, NY: Pergamon.
- Kaslow, N. J., Rubin, N. J., Bebeau, M. J., Leigh, I. W., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., Portnoy, S. M. y Smith, I. L. (2007). Guiding principles and recommendations for the assessment of competence. *American Psychological Association*, 38(5), pp. 441-451.
- Kaufman, A. S. y Reynolds, C. R. (1984). En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Child Behavioral Assessment: Principles and procedures* (pp. 195-220). Nueva York: Pergamon.
- Kaufman, A. S. y Reynolds, C. R. (1984). Intellectual and academic achievement tests. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Child Behavioral Assessment: Principles and Procedures* (pp. 195-220). Nueva York: Pergamon.
- Kazdin, A. E. (1985). Assessment of over behavior and childhood depression among psychiatrically disturbed child. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 201-210.

- Kazdin, A. E. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 415-425.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 10-18.
- Kazdin, A. E. (1998). *Research Design in Clinical Psychology*, 3.^a ed., Needman Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. y Weisz, J. R. (2003). *Evidence – Based Psychoterapies for children and adolescents*. Nueva York: The Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (2004). Evidence-based treatments: Challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 923-940. doi:10.1016/j.chc.2004.04.002.
- Kazdin, A. E. y Whitley, M. K. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 346-355.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R. y Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1979). *Cognitive-Behavioral Interventions*. Nueva York: Academic Press.
- Kendal, P. C. (2006). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive Behavioral Procedures*. Nueva York: Guilford Press.
- Kendall, P. C. y Morris, R. J. (1991). Child therapy: Issues and recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 777-784.
- Kendall, P. C. y Panicelli-Mindel, S. M. (1995). Cognitive-behavioural treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 107-124.
- Kendall, P. C. y Kosovsky, R. (2010a). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños: Manual para el terapeuta*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Kendall, P. C. y Kosovsky, R. (2010b). *El gato valiente: cuaderno de actividades*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Krain, A. L. y Kendall, P. C. (2000). The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 328-335.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral Play Therapy*. Northmont, NJ: Jason Aronson.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Kratochwill, T. R., Sheridan, S. M., Carlson, J. y Lasecki, K. L. (1999). Advances in behavioral assessment. En C. R. Reynolds y T. B. Gutkin (Eds.), *The Handbook of School Psychology* (pp. 350-382). Nueva York: Wiley.
- Kratochwill, T. R. y Shapiro, E. S. (2000). Conceptual foundations of behavioral assessment in school. En E. S. Shapiro y T. R. Kratochwill (Eds.), *Behavioral Assessment in School: Theory, Reseach and Clinical Foundations* (pp. 3-18). Nueva York: Guilford Press.
- La Greca, A. M. y Huges, J. N. (1999). United we stand, divided we fall: The education and training needs of clinical child psychologist. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 435-447.
- Lichtenberger, E. O., Mather, N., Kaufman, N. y Kaufman, A. (2004). *Essentials of Assessment Report Writing*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Linscott, J. y DiGiuseppe, R. (1998). Cognitive assessment. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*, 4.^a ed. (pp. 104-125). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Logan, N. (2005). Diagnostic assessment of children. En J. R. Craig (Ed.), *Clinical and Diagnostic Interviewing*, 2.^a ed. (pp. 303-322). Nueva York: Jason Aronson.
- Lowe, M. y Costello, A. J. (1988). *The Symbolic Play Test*. Windsor: NFER-Nelson.
- Lundahl, B. W., Nimer, J. y Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 16, 251-262.
- Llavona, L. M. y Llavona, R. (2012). La familia en la sociedad actual. En L. M. Llavona y X. Méndez (Coord.), *Manual de psicología familiar*. Madrid: Pirámide.
- Llavona, M. y Méndez, F. X. (Coord.) (2012). *Manual de psicología familiar. Un nuevo perfil profesional*. Madrid: Pirámide.
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 68, 438-50.
- Martorell, C. y González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Marinho, M. L., Caballo, V. y Silveira, J. M. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: Las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11, 135-161.
- Marinho, M. L., Caballo, V. y Silveira, J. M. (2003). Un programa estructurado para el entrenamiento de padres. En V. Caballo, *Manual de psicología clínica infantil y adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Marsh, E. J. y Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En Caballo, V., *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Marvin, R. S. y Greenberg, M. T. (1982). Preschoolers' changing conceptions of their mothers: A social cognitive study of

- mother-child attachment. En D. Forties y M. T. Greenberg (Eds.), *New directions for child development*, n.º 18. *Children's planning strategies* (pp. 4760). San Francisco: Lossey Bass.
- Márquez, M. O. (2006). *¿Qué es la entrevista?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- McConaughy, S. H. (2000). Self-reports: Theory and practice in interviewing children. En E. S. Shapiro y T. R. Kratochwill (Eds.), *Behavioral assessment in schools: Theory, research, and clinical foundations*, 2.ª ed., Nueva York: Guilford.
- McConaughy, S. H. (2005). *Clinical Interviews for Children and Adolescents: Assessment to Intervention (Guilford Practical Intervention in the Schools)*. Nueva York: Guilford Publ.
- McConaughy, S. H. y Achenbach, T. M. (2009). *Manual for the Direct Observation Form*. Burlington, VT: University of Vermont, Center for Children, Youth & Families.
- McHugh, M. (2003). *Special Siblings Growing with someone with a disability*. Baltimore: Paul Brookes Publ.
- Meichenbaum, D. (1992). Teaching children selfcontrol. En B. Lahey y A. Kazdin (Ed.), *Advances in clinical Psychology*. Nueva York: Plenum.
- Méndez, F. X. (1998). *¡Que viene el coco! Cómo ayudar a los niños a vencer sus temores y miedos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Ros, C. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simon (Dir.), *Manual de psicología clínica infantil y adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- Méndez, X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coord.) (2006). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*. Pirámide.
- Méndez, X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coord.) (2006). Intervención con niños y adolescentes. En X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (Coord.), *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad de separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (2010). *Miedos y temores en la infancia: ayudar a los niños a superarlos*, 5.ª ed. Madrid: Pirámide.
- Merrell, K. W. (2003). *Behavioral, Social, and Emotional Assessment of Children and Adolescents*. Londres: Psychology Press.
- Miller, J. (1991). *Assessing language production in children: Experimental procedures*. Baltimore: University Park Press.
- Monaco, L., Rayfield, A. y Geffken, G. R. (1997). A practical for guide for interviewing the young client. *Journal of Psychological Practice*, 3, 160-173.
- Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, Noviembre, n.º 66.
- Muñoz, M. (2002). *Manual práctico de evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, M. (2005). Habilidades del terapeuta infantil. En V. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Nelson-Jones, R. (2005). *Basic Counselling Skills. A Helper's Manual*. Londres: SAGE Publications. Ltd.
- Nelson-Jones, R. (2009). *Introduction to Counselling Skills. Text and Activities*. Londres: SAGE Publications, Ltd.
- Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 12-19.
- Okun, B. F. (2001). *Ayudar de forma efectiva. Counseling: técnicas de terapia y entrevista*. Barcelona: Paidós.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Maciá, D. (2002). *Tratamientos conductuales en la infancia y la adolescencia. Bases históricas, conceptuales y metodológicas*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I., Olivares, P. J., Orgilés, M. y Paradas, J. L. (2006). ¿Cómo se puede ayudar a los padres en el desempeño de su quehacer? El entrenamiento a padres como alternativa. En J. Olivares, A. I. Rosa y P. Olivares (Eds.), *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo* (pp. 32-51). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares, P. J. (2006). *Ser padres, actuar como padres: un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Pirámide.
- Ollendik, T. H. y Hersen, M. (1993). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (2003). *Desarrollo psicológico y educación*, vol. I. Madrid: Alianza.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (2003). *Desarrollo psicológico y educación*, vol. II. Madrid: Alianza.
- Palacios, J., Moreno, M. C. e Hidalgo, M. V. (1998). Ideologías familiares sobre el desarrollo y la educación infantil. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (181-200). Madrid: Alianza.
- Palacios, J. y Rodrigo, M. J. (1998). La familia como contexto de desarrollo humano. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 25-44). Madrid: Síntesis.

- Palmer, L., Fiorito, M. y Tagliareni, L. (2007). Mental status examination: A comprehensive multicultural, developmental approach. En M. Hersen y J. Thomas (Eds.), *Handbook of clinical interviewing with children* (pp. 62-77). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Patterson, J. E., Williams, L., Edwards, T. M., Chamow, L. y Grauf-Grounds, C. (2009). *Essential Skills in Family Therapy. From the First Interview to Termination*. Nueva York: The Guilford Press.
- Perls, F. (2009). *Enfoque Gestalt y testigo de terapia*. Madrid: Alianza Ensayo.
- Pletcher, L. (1995). *Family Centred Practices: A training Guide*. Raleigh. Nc. National Resource Center for respite and Crisis Care Service.
- Pozo, P., Zamora, M., Alonso, R., Illera, A., Márquez, C., P. Maseda et al. (2013). Estudio sobre las relaciones de colaboración entre profesionales y familias de personas con trastornos del espectro del autismo (TEA): la perspectiva de los profesionales. *Siglo Cero* (en prensa).
- Ramos-Paúl, R. (2012). Dificultades frecuentes en la intervención con padres. En L. M. Llavona y X. Méndez (Coord.), *Manual de psicología familiar*. Madrid: Pirámide.
- Reeves, C. B. y Gross, A. M. (2005). *La entrevista conductual con niños*. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Reich, W., Shayka, J. J. y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-R*. Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Reynolds, W. M. (1993). Self-report methodology. En T. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of Child and Adolescent Assessment*. Boston: Alyn & Bacon.
- Roberts, M. C., Carlson, C., Ericson, M. T., Friedman, R., La Greca, A. M., Lemanek, K. L. et al. (1998). A model for training psychologists to provide services for children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 293-299.
- Robles y Romero (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, vol. 27, n.º 1, 86-101.
- Rodolfa, E., Bent, M., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L. y Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 347-354.
- Rogers, C. R. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Rosa, A. I., Olivares, J., Parada, J. L. y Olivares Olivares, P. J. (2006). Educar hoy. En J. Olivares, A. I. Rosa y P. J. Olivares Olivares, *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Pirámide.
- Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Rustin, L., Botterill, W. y Kelman, E. (1997). *Assessment and Therapy for Young Dysfluent Children: Family Interaction*. Londres: Whurr Publishers.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 147, 598-611.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. En M. Rutter, C. E. Izard y P. B. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. Nueva York: Guilford Press.
- Sanders, M. R. (2010). *Theoretical and Clinical Foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*. St-Lucia. Australia: The parenting Family Support Centre, University of Queensland. Parenting research. www.triplep.net.
- Sapiro, E. S. y Kratochwill, T. R. (2000). *Conducting school-based assessment of child and adolescent behavior*. Nueva York: The Guilford Press.
- Sattler, J. M. (2003). *Evaluación infantil, aplicaciones cognitivas*, 4.^a ed., vol. I. México: Editorial Manual Moderno.
- Sattler, J. M. (2003). *Evaluación infantil. Aplicaciones conductuales y clínicas*. Cuarta edición, vol. II. México: Editorial Manual Moderno.
- Scarlett, W. G., Naudeau, S., Saloni-Pasternak, D. y Ponte, I. (2005). *Children's play*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Scott, S. (2010). Nationwide Dissemination of effective Parenting Interventions. Building a Parenting Academy of England. En J. Weisz y A. Kazdin, *Evidence-Based Psychotherapies for children and Adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of Positive Psychology*, 2, 3-12.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Niños optimistas: cómo crear las bases para una existencia feliz*. Barcelona: De Bolsillo.
- Serketich, W. J. y Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioural parent-training to modify antisocial behaviour in children: a meta-analysis. *Behaviour Therapy*, 27, 171-186.

- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M. y Schwab-Stone, M. (2000). *The Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Sheridan, M. D. (1973). *Children's Development of the Infant and Young Child*, 4.^a ed., Londres: William Heinemann Medical Books Limited.
- Sheridan, M. D. (1977). *Spontaneous Play in Early Childhood from Birth to Six Years*. Berkshire: Nfer Nelson.
- Shiffman, S. (2009). Ecological momentary assessment (EMA) in studies of substance use. *Psychological Assessment*, 21(4), 486-497.
- Silvares, E. F. M. y Marinho, M. L. (1998). Ampliando la intervención psicológica a la familia en la terapia conductual infantil. *Psicología Conductual*, vol. 6, n.º 3, pp. 617-627.
- Silverman, W. K. y Hinshaw, S. P. (2008). The second Special Issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A ten-year update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 1-7.
- Silverman, W. K. y Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 380-411.
- Simón Rueda, C., López Taboada, J. L. y Linaza Iglesias, J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas.
- Smith, M. J. (1975). *Cuando digo No, me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo.
- Spirito, A., Brown, R. T., Dángelo, E., Delmater, A., Rodrigue, J. y Siegel, L. (2003). Society of pediatric psychology task force report: Recommendations for the training of pediatric psychologists. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 85-98.
- Stallard, P. (2005). *A Clinician's Guide to Think Good-Feel Good: Using CBT with children and young people*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien sentirse bien*. Bilbao: Desclée de Brouweer.
- Thelen, E. y Corbetta, D. (2002). Microdevelopment and dynamic Systems: Applications to infant motor development. En N. Granott y J. Parziale (Eds.), *Microdevelopment: Transition processes in development and learning* (pp. 59-79). Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomas, J. C. y Hersen, H. (2010). *Handbook of Clinical Psychology Competence*. Nueva York: Springer.
- Tucker, S. y Gross, D. (1997). Behavioral parent training: An intervention strategy for guiding parents of young children. *The Journal of Perinatal Education*, 6(2), 35-44.
- Turnbull, A. P., Turnbull, H. P., Erwin, E. y Soodak, L. (2006). *Families, Professionals and Excepcionality. Positive Outcomes though Partnership and Trust* (5.^a ed.). Upper Saddle River: Merrill/Prentice-Hall.
- Vernon, A. (2002). *What Works When with Children and Adolescents. A Handbook of individual Counseling Techniques*. Champaign: Research Press.
- Villa, M. y Reitman, D. (2007). Overview of interviewing strategies with children, parents, and teachers. En M. Hersen y J. C. Thomas (Eds.), *Handbook of Clinical Interviewing with Children*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Vivas Fernández, L. (2013). SmartEMA. www.smartema.com.
- Watkins, C. E., Jr., Campbell, V. L., Nieberding, R. y Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, pp. 54-60.
- Webster-Stratton, C. (1992). *The Incredible Years: A trouble-shooting guide for parents of children aged 3-8*. Ontario: Umbrella Press.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. A. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 93-109.
- Webster-Stratton, C. y Reid, J. (2010). The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series: A Multifaceted Treatment Approach for Young Children with Conduct Disorders. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for children and Adolescents* (pp. 194-210). Nueva York: The Guilford Press.
- Weisz, J. R. y Gray, J. S. (2008). Evidence-based psychotherapies for children and Adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 54-65.
- Weisz, J. R. y Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-Based Psychotherapies for children and Adolescents*. Nueva York: The Guilford Press.
- Wellman, H. (1990). *The Child's Theory of Mind*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Wilson, G. T. (1985). Clinical issues and strategies in the practice of behavior Therapy. En C. M. Franks, G. T. Wilson, P. C. Kendall y K. D. Bronell (Ed.), *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and practice*, vol. 10, Nueva York: The Guilford Press.
- Wise, D., Wilder, C. y Brodthagen, A. (2007). Neglected, physically abused, and sexually abused children. En M. Hersen y J. C. Thomas (Eds.), *Handbook of Clinical Interviewing with Children* (pp. 346-369). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Young, J. C., Davidson, J. A. y Gross, A. M. (2010). Clinical Interviewing with Children. En J. C. Thomas y M. Hersen, *Handbook of Clinical Psychology Competencies*. Nueva York: Springer.
- Zwiers, M. L. y Morrisette, P. J. (1999). *Effective Interviewing of Children: A Comprehensive Guide for Counselors and*

Human Service Workers. Philadelphia, PA: Taylor & Francis Group.

Edición en formato digital: abril de 2014

© Alicia Fernández-Zúñiga Marcos de León, 2014
© De esta edición: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2014
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15
28027 Madrid
piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-3160-3

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

www.edicionespiramide.es