
El proceso de intervención en psicología infantil y juvenil

Características, actitudes y habilidades del profesional de la psicología infantojuvenil y *setting* terapéutico

PID_00270118

M. Salomé Bolló Gasol

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 5 horas



**M. Salomé Bolló Gasol**

Doctora en Psicología, neuropsicóloga clínica, psicóloga infantojuvenil, especialista en psicoterapia y en psicopatología y salud. Amplia experiencia en docencia, investigación y asistencial en servicios de salud mental, neurología y trastornos cognitivos. Compagina la docencia universitaria con la actividad profesional de psicóloga sanitaria y neuropsicóloga en el Centro NEPSI.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Marta Reinoso Bernuz (2020)

Primera edición: marzo 2020
© M. Salomé Bolló Gasol
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. Características específicas de la intervención psicológica infantojuvenil.....	7
2. El profesional de la psicología infantil y juvenil.....	11
2.1. Características, aptitudes y actitudes	12
2.2. Habilidades comunicativas	24
2.2.1. Habilidades en el lenguaje verbal	24
2.2.2. Habilidades en el lenguaje no verbal	30
2.2.3. El diálogo terapéutico	36
2.3. El <i>setting</i> terapéutico	39
2.3.1. El cuidado del espacio terapéutico, <i>setting</i> externo	40
2.3.2. El encuadre o <i>setting</i> interno	47
2.4. El trabajo terapéutico con los padres y madres	54
2.4.1. Competencias parentales, apego, estilos educativos y tipos de madres y padres	54
2.4.2. Dificultades frecuentes que pueden surgir en las sesiones	56
2.4.3. Recomendaciones básicas	60
2.5. El trabajo terapéutico con los maestros	62
2.6. El trabajo terapéutico con el niño o adolescente	63
Bibliografía.....	69

Introducción

El profesional de la psicología infantojuvenil requiere conocimientos técnicos, actitudes y habilidades concretas para trabajar con los niños, niñas y adolescentes. Majoros y Postigo (2018) describen una serie de requisitos imprescindibles para una buena intervención psicológica infantojuvenil. Los dividen en:

- Habilidades, aptitudes y conocimientos del psicólogo.
- *Setting* externo: lugar y ambiente donde se realiza la intervención.
- *Setting* interno: límites y objetivos de la terapia.
- Inclusión de la familia y otros profesionales en la intervención.

En este módulo trataremos cada uno de estos puntos. Empezaremos por recordar los principales aspectos característicos de la psicología infantojuvenil. A continuación expondremos las principales características, aptitudes y habilidades del profesional de la psicología infantojuvenil, junto a algunas técnicas y estrategias que os pueden ayudar en las sesiones con niños, jóvenes y adultos. Finalmente, comentaremos los principales aspectos relacionados con el *setting* y con el trabajo terapéutico con padres/madres, maestros y niña/adolescente.

1. Características específicas de la intervención psicológica infantojuvenil

Los principales aspectos diferenciales entre la intervención psicológica de adultos y la infantojuvenil los tenéis resumidos a continuación. Son aspectos que debemos conocer tanto para comprender el funcionamiento de las sesiones como para saber cómo adaptarnos a esta especial situación terapéutica. Además, estos conocimientos nos pueden ayudar a evitar cometer errores importantes y a estar prevenidos sobre lo que puede pasar en las sesiones de intervención psicológica.

Principales características diferenciales de la intervención psicológica infantojuvenil (Moreno, 2016)

- Hay que tener en cuenta el nivel de desarrollo evolutivo actual del niño/adolescente.
- El niño o adolescente está en un proceso de crecimiento, en constante cambio y evolución.
- El comportamiento del niño/a no es universal, sino que se relaciona con el entorno/situación.
- Cliente (padres) no es sinónimo de paciente (hijo/a). Los padres/madres suelen ser los que buscan y piden ayuda al profesional de la psicología.
- El niño o adolescente no siempre acude por voluntad propia.
- Trabajamos con diferentes actores (padres/madres, niño/a, escuela, etc.) y en diferentes ambientes.
- Tenemos diferentes informantes y participantes con distintos sistemas de valores y creencias.
- Trabajamos con diferentes coterapeutas no profesionales de la psicología (padres/madres, maestros, etc.).
- La mejoría obtenida en la intervención psicológica no se limita al área de la conducta problema sobre la cual hemos intervenido, sino que repercute en otros campos relacionados con la vida del niño/adolescente, por ejemplo con las relaciones sociales, el rendimiento escolar, etc.

Las intervenciones psicológicas en niños/as y adolescentes suelen estar motivadas por la existencia de **conductas que los padres y madres observan** y en las que no saben cómo intervenir. El niño/adolescente muchas veces no tiene suficientemente desarrollada la autoobservación, el autoconocimiento

y la autorregulación para darse cuenta de la existencia del problema. Por lo tanto, el psicólogo ha de enfrentarse a que su paciente no tiene conciencia del problema que origina la visita y que tampoco sabe muy bien qué hace allí.

Reflexión

¿Creéis que en estos casos podemos esperar que exista motivación para el cambio?

En otras ocasiones nos podemos encontrar con casos más complejos en que los puntos de vista de los padres/madres y del adolescente no coinciden. En las dos situaciones entran en juego las habilidades del terapeuta junto a las técnicas, estrategias y competencias terapéuticas adquiridas.

El hecho de que la niña/adolescente no suele tener un motivo de visita implica que otra persona la solicita, y esta es nuestro cliente, generalmente los padres/madres. También implica que otro **informante** exponga las conductas preocupantes, nuevamente los progenitores. Estos testigos valoran qué conductas son o no adecuadas para su edad y realizan atribuciones causales. Por lo tanto, no es una fuente de información «objetiva» del problema, sino que en función de sus valores, creencias, esquemas mentales y expectativas construye y expone una interpretación. Siempre debemos tener presente este hecho, tanto para determinar si hay un problema que requiere la intervención psicológica, como a la hora de trabajar con aquel participante en la terapia, momento en el que conocer sus creencias y expectativas nos resultará muy útil.

Una de las primeras tareas del psicólogo infantojuvenil es determinar si el motivo expuesto de consulta es motivo de intervención psicológica, hecho que implica determinar cuál de las conductas preocupantes para los progenitores será considerada como la «**conducta problema**» sobre la cual se establecerán los objetivos terapéuticos.

Para determinar si el motivo de la visita es o no indicador de una intervención psicológica, además de disponer de las informaciones aportadas por los padres/madres, también debemos tener presente el nivel de desarrollo del niño/adolescente. Es básico determinar el nivel de **desarrollo cognitivo, emocional y social** de ese niño/adolescente antes de planificar y llevar a cabo una intervención. También lo es conocer el proceso de desarrollo «normal» para saber las funciones cognitivas y los aspectos emocionales y sociales que podemos esperar que se desarrollen en los próximos meses, mientras realizamos la terapia y una vez que hemos determinado si los comportamientos que muestra la niña/adolescente son o no los esperables por su edad.

Hay que tener presente que, a diferencia de lo que sucede en los adultos, el comportamiento de los niños/adolescentes se relaciona con el ambiente que los rodea. Es decir, los niños/adolescentes **se comportan de manera diferente según las personas y la situación** en la que están, especialmente cuanto más pequeños son. Por eso resulta básico incorporar a informadores de diferentes situaciones/ambientes que nos ayudarán a determinar dónde se produce el problema y en qué consiste. Incorporar a diferentes informadores también

nos permite valorar la repercusión de la conducta preocupante en diferentes ambientes de la vida del niño y contribuye a determinar si es indicativo de un trastorno, además de facilitar implicar a los informadores (maestros, etc.) como coterapeutas posteriormente en la intervención.

En la terapia infantojuvenil hay diferentes destinatarios de la intervención que están interrelacionados y que implican diferentes niveles de atención y de intervención por parte del psicólogo. Esta singularidad dificulta poder establecer pautas estándares de actuación comunes a todos los casos y convierte la intervención psicológica infantojuvenil en un tratamiento de especial complejidad.

El profesional de la psicología infantojuvenil actúa con la niña/adolescente, sus progenitores, otros familiares, sus maestros y el resto de profesionales sanitarios, de la educación o de servicios sociales implicados en la vida del niño/adolescente. Por lo tanto, ha de disponer de las habilidades necesarias para trabajar con cada uno de ellos y conseguir su colaboración y participación en la intervención psicológica del menor. Es decir, el psicólogo infantojuvenil también ha de saber trabajar con adultos, y, sobre todo, con un grupo de especial sensibilidad como son los padres/madres.

El papel de los **padres y madres** en la intervención es un aspecto determinante, dado que no solo influyen en el éxito de la intervención, sino en el hecho de que esta se pueda llevar a cabo. Tanto la decisión de ir a terapia como los aspectos logísticos y económicos para asistir a esta implican a los padres/madres. Un niño/adolescente no tiene, generalmente, la autonomía para poder tomar la decisión de ir al psicólogo o la madurez emocional y cognitiva para saber qué necesita, ni para poder asumir el coste económico o desplazarse a la consulta del psicólogo. Además del hecho legal de que, al ser menor de edad, el psicólogo necesita el consentimiento explícito de ambos progenitores para poder realizar cualquier tipo de intervención, salvo que no tengan la patria potestad. Aun así, el niño/adolescente tiene derecho a estar informado, a su intimidad, a la confidencialidad y a participar en las decisiones (Riquelme, Ortigosa y Méndez, 2014). Todo ello resulta difícil de conjugar. Imaginemos a unos padres/madres preocupados que ya no saben cómo ayudar a su hija, y a quienes les decimos que no podemos explicarles ciertas informaciones para mantener el secreto profesional con la chica. Cómo les damos esta información, qué les decimos, cuándo y dónde hablamos son aspectos que condicionarán su respuesta.

Referencias bibliográficas consultadas

Las fuentes bibliográficas consultadas en la construcción de este apartado son:

Majoros, S. y Postigo, S. (2018). La intervención psicológica infanto-juvenil. En R. González y I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide.

Secreto profesional

El secreto profesional incluye tanto la información proporcionada por los padres como la aportada por los niños/adolescentes. Recordad que hay que explicar a las niñas/adolescentes y a los progenitores lo que implica el secreto profesional y cuándo estamos obligados a no mantenerlo.

Ved también

Cómo trabajar el secreto profesional se desarrolla en el apartado «El profesional de la psicología infantil y juvenil» del presente módulo.

Moreno, I. (2016). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En I. Comeche y M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 25-74). Madrid: Dykinson.

Riquelme, A., Ortigosa, J. y Méndez, F. X. (2014). La relación terapéutica con el niño y adolescente. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez y A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 25-46). Madrid: Pirámide.

2. El profesional de la psicología infantil y juvenil

Saber escuchar y preguntar, respetar los silencios y establecer límites son algunas de las competencias adquiridas y que los psicólogos aplicamos durante las sesiones de psicoterapia infantojuvenil y de adultos. Para poder aplicar dichas competencias con éxito, no basta con conocer las técnicas, las estrategias y los procedimientos, aunque sean elementos clave de la intervención. En las sesiones de intervención psicológica hemos de tener en cuenta otras variables relacionadas con el propio profesional de la psicología, la niña/adolescente, los progenitores/familia, los maestros/la escuela y el espacio terapéutico, principalmente.

En las tablas 1 y 2 encontraréis algunas características, actitudes y habilidades imprescindibles en un buen profesional de la psicología infantojuvenil. En los próximos apartados reflexionaremos sobre la mayoría de ellas, con objeto de conformar la imagen de un/a buen/a profesional de la psicología infantojuvenil y todo lo que esto implica.

Tabla 1. Características, aptitudes y actitudes del profesional de la psicología

Características y aptitudes del terapeuta	Actitudes del terapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Interés sincero • Proximidad • Autoobservación • Autoconocimiento • Autorregulación • Conocimientos específicos • Respeto • Flexibilidad • Experiencia vital • Seguridad en sí mismo • Humor • Capacidad de resolver problemas • Equilibrio emocional • Apertura • Asertividad • Independencia • Altruismo • Reflexividad • Tolerancia a la frustración 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Aceptación incondicional • Autenticidad • Compromiso

Fuente: Majoros, S. y Postigo, S. (2018). La intervención psicológica infanto-juvenil. En R. González y I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide. Riquelme, A., Ortigosa, J. y Méndez, F. X. (2014). La relación terapéutica con el niño y adolescente. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez y A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 25-46). Madrid: Pirámide.

Tabla 2. Habilidades del profesional de la psicología implicadas en la entrevista

Tipos de habilidades	Ejemplos
Habilidades de proceso	Estrategias de comunicación: <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas verbales y no verbales • Saber cómo preguntar • Escucha activa • Resumir Autoobservación Autorregulación
Habilidades de contenido	Contenidos que se deben tratar en las sesiones.
Habilidades cognitivas	Capacidad para generar hipótesis y formular y reformular preguntas a lo largo de las sesiones. Capacidad para resolver problemas, de reflexividad, de introspección, etc.

Fuente: Ezpeleta, L. (2016). La evaluación de los trastornos infantiles. En I. Comeche y M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 75-108). Madrid: Dykinson.

2.1. Características, aptitudes y actitudes

El primer requisito previo al inicio del trabajo como profesional de la psicología es la adquisición de los **conocimientos teorico-prácticos** sobre los problemas emocionales, conductuales y de salud mental en que intervendrá. Necesita conocer, entre otros aspectos:

- Las teorías sobre el desarrollo normal
- Las teorías explicativas sobre el origen de los trastornos mentales y problemas psicológicos
- Psicopatología y psicodiagnóstico, tanto de adultos como infantojuvenil
- Cómo, qué y cuándo evaluar
- Cómo interpretar los resultados de la evaluación
- Las bases de los principales modelos psicoterapéuticos existentes
- Cómo elegir y realizar una intervención psicológica infantojuvenil
- Los aspectos éticos, deontológicos y legales

Además, también necesitamos conocimientos no académicos sobre la cultura y los hechos sociales del momento, relevantes para la población infantojuvenil.

Caso 1

Imaginemos que acuden a la consulta el padre, la madre y una niña de seis años con miedo a la oscuridad. Por la noche duerme con una lucecita encendida.

- ¿Haríais la misma hipótesis inicial si la niña tuviera catorce años?
- ¿Qué nos dicen los manuales sobre el miedo a la oscuridad a los seis años, suele ser indicativo de una psicopatología?
- ¿Qué otros síntomas necesitaríamos para poder emitir un diagnóstico de fobia?

- ¿Cuál es la psicoterapia más efectiva en las fobias infantiles según las evidencias científicas?
- ¿El miedo a la oscuridad puede ser un síntoma de otros problemas o trastornos?
- ¿Nos ayuda a planificar la intervención saber que el padre nos describe y experimenta síntomas de agorafobia?
- ¿Qué características de los progenitores y de la niña debemos tener en cuenta para elegir la técnica psicoterapéutica?
- ¿Cómo se aplica la técnica que hemos escogido?
- ¿Qué lenguaje utilizaremos para hablar con la niña de seis años?
- ¿Cómo le explicaremos la técnica seleccionada?
- Una vez que hemos finalizado la intervención, ¿cómo sabemos que hemos obtenido los objetivos estipulados?

Estas son solo algunas de las preguntas que nosotros como psicoterapeutas debemos saber responder con los conocimientos adquiridos.

En relación con los conocimientos adquiridos y vinculado a nuestras características y aptitudes, debemos preguntarnos qué modelo/s terapéutico/s seguiremos en el caso y qué técnica o técnicas aplicaremos. Nos lo plantearemos antes de iniciar la psicoterapia con el cliente/paciente. Esta decisión implica que:

- 1) Previamente conocemos los aspectos teóricos y prácticos del/de los modelo/s psicoterapéutico/s y de las técnicas que hemos escogido.
- 2) El modelo y la técnica elegidas son recomendables de aplicar a nuestro caso (teniendo en cuenta a la niña/adolescente, la familia y otros entornos). Además, los resultados que esperamos conseguir son iguales o superiores a los del resto de los modelos psicoterapéuticos según las evidencias científicas recientes.
- 3) Estamos «cómodos» y «seguros» con el modelo y la técnica, teniendo en cuenta nuestras características y habilidades (recurrimos a nuestro autoconocimiento). Generalmente podemos utilizar diferentes técnicas para conseguir el mismo objetivo, pero si creemos que una técnica que no dominamos es imprescindible de aplicar podemos derivar al paciente a otro profesional.

Conocer las técnicas y los modelos psicoterapéuticos, junto con nuestras características y habilidades, nos permite elegir el modelo que creemos más beneficioso para el caso y con el que trabajamos más cómodos. Eso sí, hay que tener siempre en cuenta las evidencias científicas recientes.

Como podemos ver, el **autoconocimiento** es básico e imprescindible en el trabajo de un profesional de la psicología. No siempre se nos dará bien una técnica ni aplicar un modelo psicoterapéutico. Todo el mundo tenemos un

conjunto de puntos fuertes y de aspectos que mejorar. Aprender a detectarlos y a conocerlos es básico para que no interfirieran en el trabajo con los pacientes/clientes.

Referencias bibliográficas consultadas

Las fuentes bibliográficas consultadas en la construcción de este apartado son:

Comeche, M. y Vallejo, M. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.

Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.

González, R. y Montoya-Castilla, I. (2018). *Psicología clínica infanto-juvenil*. Madrid: Pirámide.

Riquelme, A., Ortigosa, J. M. y Méndez, F. X. (2014). Relación terapéutica con el niño y el adolescente. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez. y A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 25-46). Madrid: Pirámide.

Roji, B. (1994). *La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED.

Roji, B. y Cabestrero, R. (2018). *Entrevistas y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.

La **autoobservación** y el **autoconocimiento** debemos aplicarlos constantemente durante las sesiones, tanto si hacemos evaluación como intervención. Tengamos en cuenta que somos personas y que, aunque actuamos como profesionales, nos podemos ver reflejados en el paciente, la familia o la situación, produciéndose la **contratransferencia**. Si este hecho nos impide hacer nuestro trabajo aplicando la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad, deberemos plantearnos una derivación. No se trata de una debilidad, sino de una fortaleza, ya que nuestra autoobservación y autoconocimiento nos permite verlo y actuar en consecuencia. Así proporcionamos la mejor atención a nuestro paciente.

La **contratransferencia** nos puede impedir estar bastante atentos a lo que nos están diciendo los progenitores o la niña/adolescente. Puede interferir tanto a nivel de no considerar ciertas informaciones que nos dan (ignorarlas y desestimarlas) como a interpretarlas en función de nuestros esquemas (sesgos y distorsiones cognitivas) y no desde los del otro (**falta de empatía**).

Caso 2

Una pareja acude por primera vez a la consulta. Su hijo de dieciséis años «no quiere estudiar ni tampoco trabajar». Tienen discusiones diarias y aseguran que «ya no sabemos qué hacer con él. Venimos para que nos ayudes y lo encauces».

El terapeuta, a medida que va hablando con los progenitores, empieza a recordar su adolescencia. Su padre no le dejaba estudiar la carrera que él quería en otra ciudad. Le decía que ya que no quería estudiar lo «pondría a trabajar».

Los progenitores continúan diciendo que el chico tiene un carácter difícil y que, en ocasiones, los ha agredido física y verbalmente. La madre llora. El profesional de la psicología cree que «exageran» y así lo anota en la historia, no pregunta nada más sobre el tema y no ofrece un pañuelo a la madre.

Cuando están acabando la consulta, el padre entrega al psicólogo una copia del informe de la escuela en el que consta que lo han expulsado varias veces del instituto por agredir a compañeros. También aporta un informe de la psicopedagoga en el que alerta de una

La contratransferencia

En la contratransferencia, las necesidades y los conflictos del terapeuta condicionan su capacidad para atender y comprender al paciente, y para utilizar adecuadamente las técnicas de intervención (Roji, 1994).

sintomatología propia del trastorno de conducta. El psicólogo empieza a hacer preguntas para valorar el comportamiento agresivo del chico.

Reflexión

En este caso, ¿el terapeuta inicialmente ha estado suficientemente atento a las informaciones? ¿Se han podido producir sesgos interpretativos?

La gestión de las propias emociones es uno de los aprendizajes que todo profesional de psicología debe hacer. No se trata de bloquearlas o de no sentir, sino de saber que las sentimos (autoobservación y autoconocimiento) y no dejarnos arrastrar por estas (autorregulación). El trabajo personal nos ayudará.

La **autorregulación** va ligada a nuestra capacidad de autoobservación y de autoconocimiento. Nos permite evitar que nuestras emociones, pensamientos, necesidades, etc., interfieran en nuestra actuación profesional durante la psicoterapia. Así, podemos seguir los objetivos y aplicar las técnicas desde una perspectiva terapéutica, dejando de lado nuestros aspectos «personales». El primer paso para poder autorregularnos es ser conscientes de lo que nos pasa y de nuestras tendencias.

Caso 3

Estamos en sesión con una pareja. Su hija de seis años (Magda) acaba de morir debido a una leucemia. Están muy preocupados por su hijo pequeño. Cada vez que los progenitores hablan de Magda y de su enfermedad, sobre todo si la madre empieza a llorar, noto un nudo en el estómago. Sutilmente redirijo la conversación a otro tema.

Hoy es Pol (el hermano pequeño de Magda) quien acude a la sesión. Me explica que la madre está muy triste y se enfada por todo. El padre no está nunca en casa, «ya no juega conmigo». Cuando le pregunto por qué cree que la madre está triste me dice que porque Magda está enferma en un hospital.

Reflexión

En este caso, ¿qué emociones creéis que podríais sentir como profesional de la psicología del caso? ¿Cómo autogestionáis el tema de la muerte y el de la muerte con niños? ¿Os interferiría en la sesión? ¿Cómo podríais manejar estas emociones? ¿Derivaríais el caso?

Otro aspecto muy ligado a la autorregulación es el **equilibrio emocional**. ¿Sin un equilibrio emocional podemos ser capaces de autoobservarnos y autorregularnos? El equilibrio emocional nos permite tanto controlar los estados de tensión como nuestro comportamiento. A continuación tenéis dos casos en los que se puede ver alterado.

Caso 4

Tenemos en consulta a un niño de cuatro años que ha sufrido malos tratos por parte del padre. Ha sufrido traumatismos craneoencefálicos graves y tiene un retraso en el desarrollo. A la sesión acude la madre con el niño por iniciativa de servicios sociales. La madre justifica la conducta del marido, con quien todavía vive. Dice que el niño nunca está quieto y es muy «malo».

Reflexión

- ¿Qué emociones podéis tener en esta situación?

- ¿Qué pensamientos sobre la madre os pueden pasar por la cabeza?
- ¿Podéis elaborar un listado de los pensamientos que fomentan la aceptación incondicional y la empatía, y de los que no?
- ¿Cuándo los leéis experimentáis emociones positivas o negativas? Anotad cuáles experimentáis junto a cada pensamiento. En el caso de las negativas, ¿podéis buscar otros pensamientos alternativos? ¿Cómo os hacen sentir cada uno de estos? Sí... nos estamos autoaplicando la reestructuración cognitiva.

Habéis acabado la jornada laboral, salís de la consulta y vais hacia casa pensando en el niño, en el caso del día anterior...

- ¿Qué podéis hacer para cuidaros y no llevaros a casa el caso?
- ¿Os resultaría positivo ir al gimnasio a hacer zumba? ¿O mejor *kick-boxing*, tras un día en que hemos experimentado frustración y rabia? ¿Yoga? ¿*Mindfulness*? ¿Recibir psicoterapia?

Cada cual debe elegir aquello que le ayuda a mantener el equilibrio emocional y a «desconectar» del trabajo.

Caso 5

Laura se dirige a su consulta, donde trabaja como profesional de la psicología. El día antes su pareja le comunicó que quería el divorcio y se marchó de casa. Llevaban quince años juntos. Tienen dos hijos pequeños. Laura no para de recordar la situación vivida el día antes. Llega a la consulta con síntomas de crisis de ansiedad. Decide anular las visitas.

Aprender a cuidarnos también es una habilidad imprescindible que un profesional de la psicología debe desarrollar, así como establecer la distancia emocional con el paciente y la familia, manteniendo la empatía, la autenticidad y la calidez. En ocasiones todo un reto. Para conseguirlo nos puede ayudar recordar que un profesional de la psicología no es un juez, tampoco es un amigo, ni tenemos una varita mágica. El resultado de nuestro trabajo no depende únicamente de nosotros sino de la interacción de varios factores, como por ejemplo el grado de implicación del paciente y la familia, y de su percepción, motivación y necesidad de cambio. Nosotros podemos fomentar la confianza y la alianza terapéutica, pero si los progenitores no quieren seguir unas pautas porque en el fondo están «acomodados» con la situación, no asumen realmente su responsabilidad, no lo consideran realmente un problema o creen que lo resolverán por sí mismos, no podemos hacer más. En tal caso, de nuevo debemos aplicar la aceptación incondicional y la empatía.

Aceptar que los progenitores no quieren seguir un tratamiento, que el niño/a no recibirá el tratamiento que necesita y que seguramente la situación empeorará con el tiempo no es fácil. La **empatía** nos ayuda a intentar sentir y «pensar» con los esquemas, valores y creencias de los progenitores, pero solo lo podemos hacer hasta cierto punto. Realmente no podemos sentir y pensar lo que ellos sienten. Tratarlos con respeto, comprensión, proximidad y autenticidad nos ayudará. Quizás, si en un futuro la situación se agrava, les sea más fácil acudir a nosotros de nuevo con una motivación diferente para el cambio. Debemos respetar el momento de cada cual. Cada persona tiene su ritmo para «asumir las cosas» y cuando los niños/adolescentes tienen problemas, los pro-

genitores suelen tener sentimientos de culpa, rabia e impotencia que les dificultan entender lo que les explicamos y seguir las pautas de actuación, además de negar en muchos casos la existencia del problema o minimizarlo para hacer frente a su dolor.

Todo esto es un aprendizaje sobre la **aceptación incondicional**. Aceptamos la decisión de los progenitores de no querer en este momento seguir la terapia que les proponemos para cambiar la situación, aunque no nos guste. Además, entra en juego nuestra **tolerancia a la frustración**, basada en las propias expectativas. Nuestras expectativas no se forman únicamente a partir de los objetivos terapéuticos establecidos sino de otros aspectos personales. Nuestro ego desempeña aquí un gran papel. La autoobservación y el autoconocimiento nos ayudarán a ver de dónde provienen. La **flexibilidad** nos permitirá adaptarnos a los cambios provocados al no lograr las expectativas y a gestionar la frustración.

¿Qué hay que hacer en situaciones como la descrita anteriormente?

Después de hacer nuestro pequeño proceso de duelo por la pérdida, podemos preguntarnos qué podríamos haber hecho diferente. Eso sí, siempre manteniendo una perspectiva constructiva para aprender de la situación. Algunas de las preguntas de autoobservación retrospectiva que nos podemos hacer son:

1) ¿Expuse claramente, de manera comprensiva, sin juicio de valores y con calidez, a la madre y al padre:

- la información sobre el problema, cómo se mantiene y sus consecuencias?
- el papel que juegan en la situación?
- el porqué de la psicoterapia y de su papel en esta?
- el pronóstico esperado con y sin intervención?

2) ¿Dejé que expresaran sus dudas, sus opiniones sobre lo que les decía? ¿Les di respuestas claras y empáticas?

3) ¿Lo que yo les ofrecía coincidía con su demanda inicial?

4) Si los progenitores me querían «traspasar» su responsabilidad, ¿les dejé claro lo que puedo asumir como psicóloga? ¿Asumí una responsabilidad que no me correspondía?

5) ¿Cuáles eran mis expectativas? ¿Se basaban en los objetivos terapéuticos? ¿Eran realistas? ¿Interferían en la terapia?

La **aceptación incondicional** no implica que nosotros no podamos tener nuestras opiniones personales sobre los pacientes, es muy difícil que no nos formemos alguna. Sino que estas no nos guían durante las sesiones. La aceptación incondicional implica no hacer juicios de valor. Recordemos que estos

juicios pueden provocar culpabilidad y otras emociones negativas en los clientes/pacientes, que no les ayudarán a cambiar la conducta. Recordad que no somos jueces y lo que podemos hacer para los clientes/pacientes es guiarlos para que vean las consecuencias de sus acciones y ayudarlos a descubrir otras opciones más adaptativas de comportamientos. Lo cual no conlleva que en las sesiones no podamos establecer límites e indicar los comportamientos no deseados, siempre desde una visión y finalidad terapéutica.

La aceptación incondicional implica transmitir al paciente/cliente que nosotros «lo aceptamos como persona». No implica compartir o aprobar sus comportamientos, valores, creencias o ideas. Basta con que las respetemos y, en el supuesto de que sean disfuncionales, desadaptativas o problemáticas, entonces podemos guiarlos en el proceso de cambio, siempre que ellos así lo acepten. En estos casos es muy importante tener en cuenta la demanda que nos hacen los progenitores, dado que está muy ligada a su nivel de participación y a su posterior implicación y a la del propio paciente.

Caso 6

Una chica de trece años acude a la consulta por bajo rendimiento escolar asociado a sospecha de dislexia. La demanda inicial del padre/madre es disponer de un informe con el diagnóstico y «mejorar las notas». El estilo educativo de los padres es permisivo y no han establecido normas ni límites claros. Los suspensos no tienen consecuencias y la hija cada día llega a las ocho de la tarde por diferentes actividades extraescolares o porque está fuera de casa con amigos. La hija afirma: «no tengo ganas de estudiar». Después de llevar a cabo la evaluación y confirmar el diagnóstico, el psicólogo comunica a los progenitores los resultados y los diferentes focos de trabajo: coordinación con el instituto, trabajar con la chica técnicas de estudio para minimizar las consecuencias de la dislexia, trabajar con el padre/madre mediante técnicas de modificación de la conducta y establecer pautas que refuercen hábitos de estudio.

En la primera sesión de intervención con los progenitores únicamente acude la madre. Con ella hablamos de la necesidad de establecer una serie de normas, un contrato conductual para reforzar el cumplimiento de las actividades que le da el terapeuta, etc. La madre nos dice en la sesión que el único problema que tiene su hija es la dislexia y que confía en ella, por eso no hay que establecer normas ni tampoco cree necesario reducir las actividades extraescolares. Lo único que quiere es que «la niña trabaje la lectura, por lo que hemos decidido solo hacer las sesiones de la niña». No nos da permiso para que nos coordinemos con el instituto, «ya hemos llevado el informe», señala. Explicamos nuevamente en qué consiste la intervención, sus objetivos y qué los motivan. Ante la negativa del padre/madre a acudir a las sesiones y seguir el tratamiento planteado, se les deriva a otro centro únicamente logopédico.

Reflexión

En este caso, ¿qué preguntas de autoobservación nos podemos hacer a nivel retrospectivo sobre lo que hemos hablado y recogido del padre/madre antes de iniciar la psicoterapia?

Caso 7

Es la primera vez que Pedro acude a una sesión psicoterapéutica. Tiene nueve años. Los progenitores han hecho la consulta porque «no sabemos qué hacer para que nos haga caso, nos obedezca». Los progenitores muestran un estilo educativo permisivo. Pasan poco tiempo en casa y cuando están «quieren tranquilidad y disfrutar de su hijo pequeño». En la escuela el niño sigue las pautas que le da la maestra sin problemas. El problema empezó hace unas cuantas semanas, cuando los progenitores le dijeron que la madre estaba embarazada. Todo nos indica que no hay un trastorno de conducta.

En la primera sesión que está con nosotros, Pedro empieza a tocar unas figuras de cristal situadas en el estante alto de la librería. Para hacerlo, se pone de pie encima de una silla. Tras lo cual nosotros le explicamos los peligros que conlleva lo que ha hecho y que

cuando estemos en aquel espacio los dos debemos seguir una serie de pautas que nos ayudarán. Una de estas es no subirse a las sillas si no se lo pedimos.

Cuando el niño sale de la consulta, guardo las figuras en un cajón.

Reflexión

¿Creéis que el profesional de la psicología ha actuado correctamente marcando pautas al niño desde la primera sesión?

El **compromiso** con el paciente/cliente se basa en nuestra implicación y no en asumir responsabilidades que no nos corresponden, dado que asumirlas no beneficia a nadie. Así pues, hay que ser cautelosos con las expectativas de los progenitores. Nosotros no podemos establecer normas cuando la tarea es propia del rol del padre y la madre. Como profesionales podemos indicar a los progenitores cómo proceder y revisar el modo en que establecen las normas y los límites, pero no impartir nosotros las pautas a sus hijos o hijas. Nuestro compromiso con el paciente/cliente nos lleva a aplicar nuestras competencias profesionales (basadas en conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes), a esforzarnos, a disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo con éxito la terapia y a realizar formación continuada.

Nuestro objetivo es guiar al padre y la madre para que tras la intervención sean independientes. Si nosotros hacemos el trabajo que corresponde al padre/madre (asumimos su rol y responsabilidad), ayudamos a perpetuar el problema y a crear dependencia de nosotros. En este sentido, cuando detectéis progenitores que «intentan traspasaros su responsabilidad» insistentemente, pensad en la aceptación incondicional, la tolerancia, la autoobservación y la autorregulación. Es muy fácil que estén sobrepasados por la situación o no sepan qué más hacer, por eso acuden a vosotros.

Reflexión

En el caso 2, ¿encontráis indicios en el texto que nos indiquen que se puede producir este problema de «confusión» de responsabilidades? ¿Cómo creéis que debería actuar el profesional en este momento de la psicoterapia?

¿Tendría que actuar de la misma forma en el caso 3? ¿Y en el caso 15?

Como psicoterapeutas tenemos **independencia** y no debemos seguir las indicaciones de los progenitores sobre cómo proceder. Nosotros, como profesionales establecemos las normas de la sesión, podemos explicarlas a los progenitores y ser **flexibles**, pero siempre debemos mantener nuestro rol profesional y seguir el código ético y deontológico.

Caso 8

Un padre separado con un hija de siete años nos pide hora. La hija vive con la madre. Están actualmente en vías del proceso legal de divorcio. Nos explica que no puede ver muy a menudo a su hija y que está preocupado porque la ve triste. Nos refiere que está muy angustiado. También nos dice que su ex no se ocupa mucho de la niña ya que trabaja y la niña entonces está con los abuelos maternos. Nos comenta que cree que le iría bien a la niña hacer terapia y nos pide hora. Cuando le decimos que hace falta el permiso de la madre para ver a la niña y que también nos gustaría que viniera la madre para poder hacer la evaluación, el padre dice que la madre no querrá. Añade que la abogada le ha pedido un informe en el que conste que la niña tiene problemas emocionales, y que «no

Ved también

Encontraréis el caso 15 al final del presente apartado.

es necesario que la madre lo sepa con mucha antelación, se le puede comunicar el mismo día de la evaluación si hace falta».

Caso 9

Estamos acabando la primera visita con la madre de una chica de diecisiete años. La madre ha acudido a la consulta porque su hija muestra, según dice, síntomas de depresión y ansiedad. Las dos tienen una relación conflictiva y de desconfianza desde hace años. La madre solicita hora para su hija y nos pide que le digamos a la hija que la cita la ha pedido por teléfono y que no hemos hablado de nada, porque si no no acudirá a la sesión.

En este caso podemos ser **auténticos** y **asertivos**. Podemos explicar a la madre que esto que nos pide no nos hace sentir bien y que no lo podemos hacer, tanto por temas éticos como deontológicos. La relación con el paciente se ha de basar en la honestidad y no en un engaño, que no fomentaría su confianza. La **confianza** es un aspecto clave en la psicoterapia. A la vez, utilizamos la empatía para entender que la preocupación por su hija la lleva a buscar una solución para que acuda a la terapia y que según sus valores dicha forma de actuar estaría justificada.

La **asertividad** no implica decir constructivamente al paciente siempre cómo nos sentimos. La **auténticidad** en terapia implica ser honesto, pero se ha de elegir el momento y al oyente. Debemos valorar si es el momento oportuno, si su finalidad es terapéutica para el paciente y si le beneficia. ¿El paciente puede asumir lo que le queremos decir? ¿Le generará resistencias? ¿Puede afectar al vínculo terapéutico? ¿Qué objetivo psicoterapéutico conseguimos con esa comunicación?

Cuando actuamos con asertividad y autenticidad, las sesiones nos pueden ayudar a observar e, incluso, a trabajar aspectos de nosotros mismos, pero siempre se ha de centrar en el otro, no en nosotros. Evitemos hacernos «autoterapia» durante las sesiones.

Caso 10

Es lunes por la mañana. El día antes por la noche he llegado de un largo viaje de trabajo. La agenda está llena de visitas. La primera visita la tengo con los progenitores de un niño de nueve años diagnosticado de TDAH subtipo hiperactivo. El niño no permanece quieto en las sesiones y a menudo muestra una conducta negativista. Es la tercera sesión que hacemos. Estamos trabajando las autoinstrucciones y se me hace muy repetitivo. No me apetece en absoluto hacer esta visita, quiero tranquilidad. Lo he valorado y no anulo la visita porque sería poco responsable y respetuoso hacia los clientes/pacientes.

Llego al despacho, me preparo y hago pasar a Marco. «Hola, Marco, ¿qué tal el fin de semana?». Marco, poniendo mala cara, me dice: «No tengo ganas de trabajar hoy». Le respondo: «Yo tampoco, Marco, estoy cansada». Sonrío. «¿Qué te parece si hoy jugamos un poco?». Decido trabajar las autoinstrucciones mediante un juego.

Reflexión

¿Qué características de la tabla 1 ha aplicado la psicóloga?

La **autorrevelación** «estoy cansada» que hacemos al paciente nos ayuda a ser más conscientes de la situación, nos facilita la autogestión y busca la compli- cidad del paciente. Muchas veces el simple hecho de reconocer una emoción nos ayuda a no vivirla como una carga y a gestionarla. Dejamos de luchar

Ved también

Encontraréis la tabla 1 en el apartado «El profesional de la psicología infantil y juvenil».

contra la emoción y de darle atención. En este caso, además, nos ayuda en el **vínculo terapéutico** con el niño y a ser **auténticos**. Hacer autorrevelaciones es una forma de mostrar la autenticidad.

Como sabéis, la relación psicólogo-paciente/cliente no es de amistad y es una relación asimétrica. Debemos incluir siempre a los progenitores en la terapia, evitando caer en la trampa de ser excesivamente directivos. Hemos de negociar y pactar con los progenitores, manteniendo nuestro criterio y teniendo en cuenta lo que ellos pueden y quieren asumir, y gestionarlo. Trabajar la alianza terapéutica es básico, pero si no llegamos a un consenso en los objetivos terapéuticos y las técnicas, y continúan sus resistencias, nos podemos plantear el alta o la derivación a otro profesional de la psicología con un modelo psicoterapéutico diferente y más adecuado al caso. Nuestro **altruismo** nos permite poner al paciente/cliente por delante de nuestro beneficio personal, junto al interés sincero en ayudarlos.

El altruismo está muy ligado a la empatía, a la tolerancia, a la apertura y a no juzgar a los demás (Bermejo et al., 2014).

El **interés sincero** implica tanto el interés «por el caso» como por las personas que forman parte de él. Los psicoterapeutas simplemente somos un elemento que ayuda a la familia en este proceso de cambio. Hay que estar atentos a nuestro ego y también a no caer en la trampa de actuar como «profesional gran experto» por encima de nuestros clientes/pacientes. Nos interesa tanto comprender y resolver el problema, como las personas que están inmersas en este. Por eso es básico que los objetivos terapéuticos estén consensuados con todos los integrantes: padre, madre, niña/adolescente y la escuela. Es cierto que debemos mostrarnos seguros en nuestras afirmaciones para generar confianza, pero sin caer en una actitud inflexible y cerrada.

La **apertura** es un elemento clave para un profesional de la psicología. Nos ayuda a tener diferentes perspectivas del mismo hecho, a tener curiosidad, a investigar el problema, a buscar nuevas herramientas terapéuticas, a no tener prejuicios y a ser tolerantes, entre otros aspectos.

La **seguridad en uno mismo** se basa en la confianza en el modelo y las técnicas terapéuticas seleccionadas, en el propio autoconocimiento sobre nuestros puntos fuertes y limitaciones, en el grado de responsabilidad que asumimos en aquella terapia y en los propios recursos de los clientes/pacientes (Riquelme et al., 2014). Sin la inclusión y el compromiso de los progenitores y la niña/adolescente, la psicoterapia no funciona. De la seguridad en uno mismo y del autoconocimiento surge la capacidad de reírse de uno mismo y de nuestras tendencias de pensamiento o acción. El **humor** como característica del terapeuta nos facilita ser auténticos y contactar con el otro como personas, favorecien-

do la proximidad y calidez, y aliviando la ansiedad en ciertas situaciones. No hablamos de utilizar el sentido del humor como recurso terapéutico sino de una actitud personal hacia la vida.

Caso 11

Estamos en sesión con una niña de seis años, la niña nada más entrar se sienta encima de la alfombra en lugar de en la silla. Pensamos: menos mal que hoy han pasado la aspiradora. Nos sentamos en el suelo riendo. Llevamos un rato sentados en el suelo y las piernas empiezan a dormirse. Nos tocamos las piernas y decimos: «toc, toc, ¿estáis despiertas?».

Reflexión

¿Qué características del terapeuta de las recogidas en la tabla 1 se han descrito en esta situación?

Caso 12

Llego corriendo a la consulta, pues tengo visita y voy con el tiempo justo. Está cayendo una gran tormenta y estoy empapada. Nada más cruzar la puerta patino y doy un golpe a un paciente de otro psicólogo. Me disculpo pero el paciente se muestra muy desagradable. Mantengo la calma y voy hacia mi despacho. Entro en el despacho y me preparo para la sesión. Diez minutos después la nueva visita no ha venido. Me dispongo a aprovechar el tiempo corrigiendo las PEC de los estudiantes, pero se va la luz y el ordenador no tiene batería. Sonrío, pienso que todo ello parece una película cómica y me cojo el resto del día libre. Cuando abro la puerta del despacho para marcharme, la recepcionista me dice que el paciente acaba de llegar.

Reflexión

¿Creéis que la profesional de la psicología del caso 12 reaccionaría de la misma forma si la situación le sucede el mismo día que la situación del caso 5?

Nuestras **experiencias vitales** nos facilitarán comprender mejor las situaciones vividas por los progenitores y la niña/adolescente. Además podemos utilizar las autorrevelaciones para favorecer el vínculo terapéutico. Como ya hemos explicado, es importante estar atentos a la contratransferencia.

Caso 13

Estamos en la primera sesión con una niña de doce años que ha sufrido *bullying* en la escuela. La niña no quiere hablar de ello. Llevamos un rato en silencio. La terapeuta le explica lo que sufrió en la escuela y que respeta que no quiera decir nada. Se acerca a la niña y le coge la mano. La niña levanta la vista, la mira con sorpresa, le estrecha la mano y empieza a hablar.

Reflexión

¿Qué características y actitudes de la tabla 1 está aplicando la terapeuta?

Caso 14

La misma terapeuta del caso anterior (caso 13) está ante un chico de catorce años a quien han pillado haciendo *bullying* a niños más pequeños de ocho años. Cuando ve al chico le recuerda mucho a su acosador de la escuela...

Reflexión

- ¿Creéis que la terapeuta se puede beneficiar de su experiencia personal en este caso?
- ¿Qué características de la tabla 1 la podrían ayudar?
- ¿Es buena idea que revele al chico su experiencia?

- ¿Creéis que en la primera sesión sería buena idea que la terapeuta fuera asertiva con el chico?

Es imprescindible incluir al niño/adolescente en el establecimiento de los objetivos terapéuticos y en la dinámica de la terapia, en la medida en que se pueda.

Decisiones terapéuticas

Para valorar hasta qué punto podemos incluir a la niña/adolescente en las decisiones terapéuticas, debemos tener en cuenta su nivel de desarrollo y madurez cognitiva y emocional.

Necesitamos su cooperación para conseguir el cambio. Hay que negociar sobre las actividades que queremos realizar y los compromisos a adquirir. Es recomendable estar atentos a no asumir el rol de los progenitores.

Caso 15

Acuden a la consulta una pareja con su hijo de once años. El niño presenta problemas de conducta. Pero no tienen suficiente gravedad ni interfieren en la vida diaria como para poder hablar de un trastorno del comportamiento. Los progenitores refieren que se enfada cuando tiene que hacer alguna actividad que no quiere, especialmente hacer los deberes en lugar de jugar a la Play. Cuando no quiere hacer los deberes y se enfada, ellos le explican que debe hacerlos para poder estudiar y conseguir un buen trabajo más adelante. Como la conversación y las pataletas duran un rato y ya es hora de cenar e ir a dormir, hacen los deberes con él. Le explican lo que debe hacer y «le ayudan» en las respuestas para acabar antes. No hay ninguna consecuencia (ni castigos ni retirada de premios). El niño cada día realiza actividades extraescolares y llega tarde a casa. Además, como viven en un pueblo, se ha de levantar temprano cada mañana.

Después de explicar el resultado de la evaluación a los progenitores, ellos acceden a seguir el programa de Escuela de Padres que estamos impartiendo. También asistirán a sesiones terapéuticas individuales focalizadas en su caso. Durante el programa, uno de los ejercicios propuestos consiste en establecer un contrato terapéutico con su hijo. En este caso, se centraría en establecer acuerdos sobre las tareas escolares. Durante la sesión individual les recordamos que los ayudaremos con el borrador, pero que ellos deberán consensuarlo con su hijo, además de velar por el cumplimiento de los acuerdos tomados. Los progenitores comentan que no lo sabrán hacer y que lo ven muy complicado. Temen que el niño se enfade y después no quiera hacer los deberes. «Es un buen niño, solo le cuesta hacer los deberes». Nos piden que hablemos nosotros con el niño y le indiquemos las pautas del contrato porque «seguro que lo haréis mucho mejor que nosotros y por eso venimos».

Reflexión

¿Cómo creéis que debe actuar el terapeuta en este caso? Pensad una respuesta que tenga en cuenta algunas de las características de la tabla 1.

Actuar de forma reflexiva también nos facilitará transmitir una actitud tolerante, cálida y empática. Evitar la impaciencia y las respuestas impulsivas o no suficientemente meditadas es un aspecto fundamental. También nos ayuda a no tomar decisiones apresuradas y a esperar a tener toda la información antes de tomar decisiones terapéuticas. La **reflexividad** es una característica básica a la hora de resolver problemas.

Reflexión

En el caso 2, ¿creéis que el profesional de la psicología ha obrado con reflexividad al inicio y al final de la sesión?

2.2. Habilidades comunicativas

El **vínculo terapéutico** es un elemento clave de la alianza terapéutica, junto a los objetivos y las actividades terapéuticas.

Establecer un vínculo afectivo seguro del terapeuta con el niño/a o adolescente es el objetivo principal del psicólogo infantojuvenil. Es básico para el buen desarrollo del proceso terapéutico. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el niño/adolescente no suele acudir a la intervención por decisión propia, sino del padre/madre y que, además, no nos conoce. El vínculo se tiene que construir. La aceptación, la confianza y la confidencialidad (bidireccionales) son algunos de los aspectos imprescindibles para establecer el vínculo (Riquelme, Ortigosa y Méndez, 2014; Majoros y Postigo, 2018). Conseguir un *rapport* adecuado es el primer paso en su construcción. El lenguaje y el estilo de la comunicación que utilizamos son básicos para establecerlo y para mostrar las actitudes terapéuticas deseadas (empatía, aceptación incondicional, compromiso y autenticidad).

Una forma simple de definir el *rapport* es «estar en sintonía». Es un elemento indispensable en toda relación terapéutica, ya que nos permite conectar con el otro en una relación de respeto y confianza mutuas (Mohl, 2003).

En cualquier tipo de conversación la **escucha activa** es determinante para hacer saber al otro que estamos pendiente de él y que nos interesa lo que nos dice. También nos permite saber qué y cuándo preguntar. La escucha activa implica mostrar al otro que, además de recibir las informaciones y procesarlas, estamos atentos. Por eso debemos estar pendientes tanto del lenguaje verbal como del no verbal, del propio y del ajeno.

2.2.1. Habilidades en el lenguaje verbal

Hay diferentes técnicas y habilidades que podemos aplicar durante la intervención psicológica y relacionadas con la escucha activa, saber preguntar, etc. En las tablas 3 y 4 encontraréis algunas **técnicas verbales** de tipo directivo y no directivo. Las diferencias principales entre ambos tipos radican en que en las **directivas** los contenidos que expresa el terapeuta se basan en su sistema de referencia, en las hipótesis elaboradas por el psicólogo. En cambio, en las **no directivas** las expresiones del terapeuta se fundamentan en el sistema de creencias y valores del otro, son menos estructuradas y el grado de directividad del terapeuta sobre el otro es mucho menor. Elegir qué técnica aplicar depen-

de del modelo terapéutico que seguimos, del momento de la terapia, de las características personales del otro y de nuestras habilidades, principalmente (Roji y Cabestrero, 2018).

Tabla 3. Técnicas de intervención verbal no directivas

Técnica	Objetivo
Clarificación: pregunta aclaratoria.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si hemos entendido bien lo que nos decía el otro. • Promover que el otro elabore los contenidos de los que hablaba.
Reflejo: comunicación donde expresamos con nuestras palabras y con el lenguaje no verbal el contenido emocional del mensaje del otro (sentimientos y emociones).	<ul style="list-style-type: none"> • Anima al otro a expresar sus sentimientos. • Amplifica la vivencia de sus propios sentimientos. • Ayuda al otro a darse cuenta de sus sentimientos más frecuentes o dominantes.
Paráfrasis: enunciado donde repetimos el contenido cognitivo del mensaje del otro con nuestras palabras.	<ul style="list-style-type: none"> • Centrar la atención del otro en el contenido del mensaje. Ayuda a «ordenar las ideas». • Centrar la atención en el contenido, en lugar de en los aspectos emocionales. Evitamos «desbordamientos».
Resumen: cognitivo o emocional. Incluye dos o más paráfrasis y/o reflejos. Puede recoger información verbal y no verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir divagaciones largas. • Enlazar diferentes elementos de varias comunicaciones del otro. • Identificar el mensaje o tema común de las comunicaciones del otro. • Al finalizar la entrevista, etapa o un largo parlamento del otro, nos permite verificar la correcta comprensión. • Introducir un tema nuevo o tocado de refilón.
Autorrevelación: el terapeuta comunica al otro una información concreta de sí mismo, en el momento oportuno y conscientemente.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la colaboración y una actitud abierta. • Aumenta las autorrevelaciones del otro. Modelado. • Facilita percibir al terapeuta como persona y no solo como «un experto». • Incide sobre el posible cambio del otro.
Inmediatez: el terapeuta describe en el momento que aparecen sentimientos, observaciones o problemas respecto a él, el otro o su relación. Es una constatación limitada al aquí y el ahora.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar <i>feedback</i> inmediato sobre un instante concreto. • Debatir con el otro sobre sentimientos o problemas hasta entonces implícitos.

Fuente: B. Roji y R. Cabestrero (2018). *Entrevistas y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.

Caso 16

El padre y la madre de Manuel, Luisa y Pablo, acuden por primera vez al psicólogo. Exponemos un fragmento de la primera sesión, en la que elaboramos la historia clínica y determinamos el motivo de la visita.

(...)

Terapeuta: Luisa, me explicabas que Manuel siempre ha sido un niño con miedos. ¿A qué tenía miedo?

Luisa: Sí, desde pequeño tenía un punto de luz en la habitación y debía quedarme con él un rato en su cama hasta que se durmiera. El año pasado ya no tenía que hacerlo, pero desde hace 2 meses lo he vuelto a hacer. Me lo pide.

Terapeuta: ¿Te lo pide?

Luisa: Bueno, ahora no me lo pide. Los primeros días sí que me lo pedía. Ahora me quedo más tranquila si estoy con él hasta que se duerme.

Terapeuta: ¿Te sientes mejor?

Luisa: Casi no lo veo desde que estoy en el nuevo trabajo. Así paso un rato con él.

Pablo: A ella le gusta hacerlo porque se siente culpable desde que ha empezado otra vez a trabajar.

Luisa: No sé si he hecho bien en volver a trabajar, Manuel me necesita tanto.

Pablo: Luisa, Manuel ya tiene siete años, no es un niño pequeño.

Suena el teléfono móvil del padre. Contesta la llamada después de disculparse. Cuando acaba la llamada nos comenta que tiene que ir al despacho por una urgencia. Luisa y él deben marcharse, porque han venido con el mismo coche.

Terapeuta: Bien, pues continuaremos el próximo día. Para cerrar la sesión, si os parece, hago un poco de resumen rápidamente.

Si no lo he entendido mal, Manuel no se quiere quedar a comer en el comedor escolar. Hasta ahora comía en casa, pero desde hace unos meses, por vuestros horarios de trabajo, no puede comer en casa y ha de comer en la escuela. Desde entonces se ha incrementado el miedo a la oscuridad. Miedo que tiene desde pequeño. ¿No?

Luisa: Sí.

Terapeuta: El próximo día hablaremos con más detalle de todo esto, si os parece. Necesitaremos un poco de tiempo para hacerlo, por si tenéis que organizaros.

Reflexión

- ¿Qué técnicas creéis que ha aplicado el terapeuta de las expuestas en las tablas 3 y 4?
- ¿Creéis que utiliza prioritariamente técnicas directivas o no directivas? ¿Lo hace por alguna razón?
- ¿Qué creéis que pretende el terapeuta en el último fragmento? ¿Qué actitudes y aptitudes muestra de las trabajadas en el apartado «Características, aptitudes y actitudes»?

Tabla 4. Técnicas de intervención verbal directivas

Técnica	Objetivo
Sondeo: implica una pregunta abierta, directamente focalizada en los problemas del otro.	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la entrevista. • Identificar el problema. • Instigar al otro a comunicar o elaborar información. • Favorecer que el otro exponga sus opiniones o sentimientos.
Confrontación: describimos las contradicciones o incongruencias del otro. Se refiere a una conducta concreta.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las distorsiones que emite normalmente el otro. • Promover en el otro percepciones alternativas de la misma situación.
Interpretación: ofrecemos una explicación verbal diferente a la del otro, sobre el problema, conducta o actitud.	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar y enseñar las relaciones entre mensajes y conducta. • Analizar la conducta del otro desde otro ángulo. Ofrecer una explicación alternativa. • Mejorar la propia comprensión.
Instrucciones: dirigimos, indicamos o enseñamos cómo hacer algo al otro. Debe incluir: indicar los objetivos, exponer el procedimiento que se ha de seguir, especificar qué hay que hacer y qué se debe evitar. Podemos aludir a conductas, sentimientos o ideas.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar al otro la realización de una conducta concreta. • Dar la información al otro para que pueda incorporar, suprimir o mantener una conducta específica.
Encuadre: queremos que el otro considere una situación o hecho desde otra perspectiva concreta. Encuadramos la situación terapéutica, describimos las bases de la terapia y exponemos las características y los objetivos del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar la entrevista o el tratamiento. • Ayudar a comprender los objetivos de la intervención.
Afirmación de capacidad: verbalmente exponemos la capacidad del otro para hacer una tarea o actividad específica, después de que el otro nos haya indicado su deseo de actuar.	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al otro cuando le falte iniciativa o confianza. • Aumentar la perspectiva del otro sobre sus propias capacidades o habilidades. • Destacar una acción beneficiosa para el otro.
Información: facilitamos información objetiva sobre hechos, experiencias, sucesos o personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Describir y valorar alternativas. • Eliminar falsas creencias o ideas.

Fuente: Roji, B. y Cabestrero, R. (2018). *Entrevistas y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.

Caso 17

Son las cuatro de la tarde del primer día de trabajo después de las vacaciones de verano. Es el mes de agosto y hace mucho calor. Estamos en sesión con un chico de diecisiete años. Acude porque no quiere continuar estudiando y no le motiva ningún trabajo. Sus progenitores no saben cómo gestionar la situación. Es la tercera sesión de intervención que hacemos con el chico.

Terapeuta: ¿Qué tal, José, cómo va todo? Hace un mes que no nos vemos. ¿Nada nuevo?

José: No.

Terapeuta: ¿No? ¿Has hecho alguna de las actividades que comentamos?

José: No. No he tenido tiempo.

Terapeuta: ¿No has tenido tiempo en todo un mes? ¿No exageras un poco?

José: Estaba de vacaciones.

Terapeuta: ¡Vacaciones! ¿Y cómo han ido?

Al terapeuta se le escapa un bostezo...

José: Bien, he salido algunos días con los amigos y fuimos a... bla, bla, bla... y mi madre... bla, bla, bla... me castigó... pero después salí igual.

(«bla, bla, bla» indica que el terapeuta no capta el contenido de la conversación).

Terapeuta: ¿Tu madre te castigó?

José: Ya te he dicho que fue mi padre, ¿es que no me escuchas?

Terapeuta: ¿Y tú a mí? ¿Haces lo que te pido?

Reflexión

- ¿Qué actitudes y características no muestra el terapeuta de las expuestas en la tabla 1?
- En este fragmento, ¿qué transmite el terapeuta al chico?
- ¿El terapeuta utiliza correctamente la técnica de la confrontación?
- ¿Qué emociones crees que puede sentir el terapeuta? ¿Y el chico?
- Reformula el texto para transmitir al chico la escucha activa del terapeuta.

Caso 18

Mireya presenta TDAH combinado. Tiene once años. Acude a la consulta con sus progenitores derivada de la escuela para mejorar el rendimiento académico, las funciones ejecutivas y la autoestima. Hemos realizado ya unas cuantas sesiones con ella. Hoy Mireya trabajará la atención dividida y las autoinstrucciones. Sabemos que le cuesta mantener este tipo de atención.

Mireya: ¡Estoy contenta porque ayer me dieron el examen de ciencias de la naturaleza y saqué un 8! Mis padres me han felicitado y también mi tutora. ¿Qué haremos hoy?

Mireya sonrío.

Terapeuta: Estás muy contenta.

Mireya sonrío.

Terapeuta: Te has esforzado y has sacado un 8, ¿eh?

Mireya: Sí, he trabajado mucho.

Terapeuta: Te lo has ganado.

Terapeuta: Hoy haremos un ejercicio aplicando la técnica de autoinstrucciones, aquella de los dibujos que hiciste. ¿La recuerdas?

Mireya: Ah, sí, ¡la de los pasos! Ya la hago muy bien.

Le doy la ficha y Mireya empieza a trabajar.

Mireya lleva un rato moviéndose en el asiento y apretando los labios.

Terapeuta: ¿Va bien el ejercicio, Mireya?

Mireya: Sí.

Terapeuta: ¿Seguro? Te estás moviendo mucho y aprietas los labios, como cuando estás nerviosa.

Mireya: Sí, me cuesta un poco.

Terapeuta: Ya sabes que lo puedes hacer bien. ¿Recuerdas qué hacemos cuando te pones nerviosa, cuando te mueves y aprietas los labios?

Mireya: Sí, tengo que...

Reflexión

- En este caso, ¿el terapeuta ha utilizado adecuadamente la confrontación?
- Si fuera la segunda sesión a la que acudía Mireya, ¿hubiérais utilizado la confrontación?
- ¿Se utiliza alguna otra/s técnica/s de las tablas 3 y 4 en el fragmento?
- ¿En el fragmento de la sesión se utiliza la escucha activa y saber preguntar?

Caso 19

Hemos realizado una evaluación a un chico de diecisiete años, José, que ha terminado 1.º de bachillerato, para orientarlo en la elección de su profesión. Este curso aprobó muy justo la mayoría de las asignaturas y dos las superó en septiembre. En la evaluación se objetiva la falta de hábitos y técnicas de estudio, y también un estilo educativo permisivo por parte de los padres, sobre todo en temas escolares. En la entrevista de devolución hemos explicado al padre/madre y al chico sus puntos fuertes y débiles, y lo hemos relacionado con los estudios que le interesan. Para mejorar su rendimiento académico les recomendamos sesiones para trabajar hábitos y técnicas de estudio, y sesiones dirigidas a los progenitores para trabajar técnicas de modificación de la conducta (reforzadores, consecuencias, contrato conductual, etc.). Se pretende que mejore la media del bachillerato. Acordamos que se lo pensarán y me comunicarán si deciden seguir el tratamiento propuesto.

La semana siguiente la madre (Marta) me comunica que quieren seguir el tratamiento y le doy hora para el hijo.

Al día siguiente de la conversación con la madre, me llama por teléfono fuera de horas de visita, alterada y nerviosa porque su marido no quiere que su hijo haga el tratamiento ya que «no le hace falta». Explica que lo cogió «en un mal momento» y añade que quiere que su marido (Paco) venga a hablar conmigo para que yo «le convenza», que le explique el porqué de la intervención. Han discutido «como siempre» y le ha dicho que «haga lo que ella quiera».

Conocemos a la madre desde hace dos meses, pues acude a un grupo de educación emocional dentro de la Escuela de Padres que tenemos en el centro. Acude sola al grupo.

Reflexión

A continuación os ofrecemos tres posibles actuaciones del psicólogo infantojuvenil en esta situación. Indica cuál crees que es la opción más adecuada de las tres. Asimismo, anota las actitudes, aptitudes y habilidades del terapeuta que aparecen en los fragmentos y cuáles claramente no se tienen en cuenta.

Opción A

Terapeuta: No te preocupes, Marta, te doy hora y hablo con él para explicárselo, ya que es importante que venga. ¿Os va bien el día 2 a las 12 horas?

Opción B

Terapeuta: Lo siento Marta, pero es un tema que tenéis que hablar los dos, ya se lo expliqué el día de la sesión y tiene la información necesaria. Es él quien debería llamarme para pedir hora, no tú. Creo que lo mejor es que hables con él en un momento de tranquilidad y si quiere venir me lo decís.

Opción C

Terapeuta: Hagamos una cosa, Marta, para que pueda entender mejor la situación y ayudarte, ¿me explicas cómo fue la situación?

Marta: Bueno, sé que no era un buen momento... él acababa de llegar cansado del trabajo y no tenía buena cara. Apenas se había sentado en el sofá.

Terapeuta: ¿No tenía buena cara?

Marta: No, se lo veía enfadado. Se quejaba de no sé qué. Entonces le dije que el lunes iría con José a la psicóloga y le pregunté que cuándo le iría bien que fuéramos los dos. Me contestó enfadado que no hacía falta que José fuese al psicólogo, ya que había sacado buenos resultados en el test, que haría lo que yo quisiera «como siempre» y se fue del comedor. No hemos hablado más del tema. Estoy muy enfada con él.

Terapeuta: A ver si he entendido bien la situación, Marta. Si he hecho una buena «foto». Paco estaba «enfadado» y tú le dijiste que José tenía fecha de visita y le preguntaste cuándo le iba bien ir a la visita contigo. Discutisteis y acabasteis los dos enfadados. ¿Lo he entendido bien?

Marta: Sí, todavía estoy enfadada.

Terapeuta: Marta, ¿hablasteis los dos de si queríais seguir o no el tratamiento?

Marta: No, no le pregunté qué le parecía... no hablamos de ello, se lo dije cuando yo ya había hecho las gestiones.

Terapeuta: Es decir, diste por hecho que haríais el tratamiento y actuaste. ¿Puede ser que por eso te dijera «que haces siempre lo que quieres», las palabras que te dolieron tanto? ¿Puede ser que él lo interprete como que no le tienes en cuenta, que no te importa su opinión?

Marta: Podría ser, pero yo no lo hacía por eso. Quería empezar ya para que José no pierda más tiempo de estudio, ahora que ha empezado el curso.

Terapeuta: ¿Entonces no habéis tomado ninguna decisión conjunta?

Marta: No, no lo hemos hecho. Tendríamos que hablar de ello. Quizás el viernes, que no trabaja por la tarde, sería un buen momento. Ya hablaré con él, pero tú también le tienes que explicar el porqué, para que él lo entienda.

Terapeuta: Marta, ¿recuerdas el día que hicimos la devolución, cuando os di los resultados? Os expliqué a los tres la necesidad de trabajar los hábitos y técnicas de estudio. Si recuerdas hablamos de las notas que había sacado José, Paco dijo una cosa y José dijo otra. Es decir, ellos participaron en la conversación y entendieron el mensaje. Después, os comenté cómo le podíais ayudar a motivarse y autorregularse a la hora de estudiar, mediante reforzadores y estableciendo un contrato. Recalqué que esto forma parte del trabajo del psicólogo con los progenitores. Justo antes de explicarlo Paco afirmó que José lo podía hacer solo. Entonces le pregunté qué resultados obtenía José con su sistema de estudio actual, si estos resultados eran los deseables, si le permitían escoger la carrera, etc. Después expuse en qué se podría beneficiar José si seguía la intervención. Finalmente os pedí que pensarais y hablarais de si queríais seguir el tratamiento.

Marta, ¿crees que hay algún aspecto que me dejé de exponer a Paco?

Marta: No, está todo explicado.

Terapeuta: ¿Entonces, mi intervención de entrada es necesaria?

Marta: No.

Terapeuta: Si él no tiene dudas y no ha pedido espontáneamente volver a hablar conmigo, ¿cómo reaccionará si le dices que tenemos que hablar?

Marta: No le gustará. Quizás sea mejor que hable yo con él y no decirle nada de hablar contigo.

Terapeuta: Ya sabes que hablar sobre seguir o no el tratamiento os corresponde a vosotros. Yo solo os puedo resolver dudas, pero recuerda que podemos quedar cuando sea necesario. Yo puedo ayudar a José enseñándole hábitos y técnicas de estudio, y a vosotros enseñándoos estrategias para motivarlo a estudiar y cómo establecer límites. No basta con trabajar solo con José, dado que hay que trabajar con reforzadores y otras técnicas conductuales para conseguir mejorar las notas.

Sobre todo recuerda que Paco tiene otra perspectiva y que debéis hablar desde los dos puntos de vista para poder tomar una decisión conjunta. Piensa que, para que las técnicas de modificación de la conducta funcionen, los dos progenitores han de ir a la par y estar convencidos. Si uno de los dos no lo está, es mejor no empezar. Si él no lo ve claro, es mejor saberlo y respetarlo.

Marta: De acuerdo. Hablo con él y te digo algo. Gracias

2.2.2. Habilidades en el lenguaje no verbal

Además de las técnicas verbales, el psicólogo también ha de disponer de **habilidades en lenguaje no verbal**. Es otro aspecto que contribuye a establecer el *rapport* y el vínculo afectivo, y que nos guía durante la intervención. Por medio de la observación del lenguaje verbal y no verbal del otro y de nosotros mismos, podemos ajustar nuestro lenguaje corporal al del otro, favoreciendo lo que pretendemos conseguir en cada momento de la sesión. También nos permite obtener información sobre el otro y el problema.

El lenguaje no verbal, tanto el nuestro como el del otro, incluye:

- **Movimientos corporales:** gestos, expresiones faciales, contacto ocular y postura.
- **Paralingüística:** calidez de la voz, tono de voz, vocalizaciones, silencios, velocidad del habla, etc.
- **Conductas proxémicas:** distancia interpersonal, cómo disponemos una estancia, modo de sentarse, etc.

Por medio del lenguaje no verbal podemos indicar: ansiedad, tristeza, felicidad, aburrimiento, cansancio, atención, preocupación, incertidumbre, tensión, relajación, ganas de hablar, agresividad, frustración, rigidez, evitación, vergüenza, alegría, sorpresa, impaciencia, miedo, etc. (Roji y Cabestrero, 2018).

Reflexión

En los casos siguientes podéis encontrar algunas de las posibles manifestaciones emocionales. ¿Las podéis identificar?

Caso 20

Estamos en una sesión de intervención con Oriol, de siete años. Llevamos 30 minutos de sesión. Oriol empieza a moverse en la silla. Empieza a estar nervioso. Continuamos

con el ejercicio pero al cabo de 5 minutos se mueve mucho más. Paramos el ejercicio y le preguntamos si le pasa algo.

El niño contesta que necesita ir al baño.

Reflexión

- ¿Pensábais que Oriol tenía un TDAH? No tenemos suficiente información para saber qué le pasa. Debemos observar y estar atentos tanto al lenguaje verbal como al no verbal.
- ¿Qué habría podido pasar si el psicólogo no hubiera observado al niño y no hubiera interrumpido el ejercicio? ¿Hubiera favorecido a la creación del vínculo terapéutico?

Caso 21

Lucas tiene dieciséis años y es la primera vez que acude a una consulta psicológica. Cuando le pregunto el motivo de la visita me dice «porque mis padres me han traído» y calla. Llevamos diez minutos en silencio... Se escucha el ruido del ordenador y el tictac del reloj. El despacho está muy silencioso.

Estamos sentados delante de Lucas. Él está sentado en la punta del asiento con una postura tensa, los brazos cruzados sobre el pecho y una expresión muy seria. Se ha sentado en la silla más alejada de nosotros y más cerca de la puerta.

Reflexión

- ¿Qué mensaje nos transmite el lenguaje no verbal de Lucas?
- ¿Pedirías a Lucas que se sentara más cerca?
- ¿Cómo os sentiríais en esta situación? ¿Podrías sostener el silencio? ¿Qué pensamientos, distorsiones cognitivas, os podrían pasar por la cabeza sobre vuestra actuación profesional?

Caso 22

Gerardo, el psicólogo, está en sesión con Esther, de catorce años. Él está sentado tras la mesa con los brazos cruzados, expresión seria y moviendo la cabeza de izquierda a derecha.

Reflexión

- De las interpretaciones siguientes elige las que creas que transmite el psicólogo a Esther, e indica en qué fragmento del texto lo detectas: desaprobación, preocupación, proximidad, comodidad y atención.
- ¿Crees que se podría tratar de la primera visita?

Caso 23

En un momento dado de la sesión Gerardo se inclina hacia delante, mira a los ojos a Marta (paciente de ocho años) y sonríe.

Reflexión

- De las interpretaciones siguientes elige las que creas que transmite el psicólogo a Marta e indica en qué fragmento del texto lo detectas: desaprobación, preocupación, proximidad, comodidad y atención.
- ¿Crees que se podría tratar de la primera visita?

Caso 24

Gerardo está en sesión con Pol, de diecisiete años. Pol está sentado en la silla con las piernas cruzadas. Sus manos descansan sobre los brazos de la silla. No se observa tensión muscular, mira a los ojos a Gerardo, asiente con la cabeza y sonríe. Quedan pocas sesiones

para el alta. Gerardo «adopta» la misma postura de piernas que Pol y con las manos en la silla.

Reflexión

- ¿Qué expresa el lenguaje corporal de Pol?
- ¿Cómo crees que repercute esta «imitación de la postura del otro» en esta interacción? ¿La facilita o la perjudica?
- ¿La imitación provocaría el mismo efecto en la interacción si el otro presentara síntomas de psicosis? ¿Recomendarías aplicarla?

Caso 25

María, de trece años, acude al psicólogo por *bullying* en el instituto. Sus padres y la escuela han respondido rápidamente a la situación, apoyándola y protegiéndola. Se han tomado medidas hacia su agresora (Sandra). Es la segunda sesión que realiza con Noemí (la psicóloga). María empieza a explicarle una situación que sucedió en el patio de la escuela. Es la primera vez que habla del hecho.

María: Cuando me quedé sola, Sandra me dio un empujón contra la pared. No me dejaba pasar por la puerta. Me decía que era un perrito y que si no le lamía los zapatos no me dejaría pasar.

Terapeuta: mm-hmm

María: No sabía qué hacer. No podía gritar, no me salía la voz.

La voz de María era temblorosa y floja. Con la cabeza baja. Apenas se la podía oír.

Noemí (terapeuta) mueve el tronco hacia adelante y se inclina hacia María. Observa cómo reacciona. María no se aparta.

María: Me decía que ladrara y cuando lo hacía me pedía que lo hiciera más alto. Después me pidió que me pusiera a gatas.

María empieza a llorar.

Noemí toca el hombro de María. Esta no se aparta, se acerca a Noemí. Entonces Noemí la abraza.

Reflexión

- ¿Qué comunica Noemí a la niña en el fragmento?
- ¿Habría podido comunicar lo mismo con lenguaje verbal?, ¿qué pensáis?

Caso 26

Pedro tiene doce años. Acude a terapia para mejorar la gestión de las emociones, especialmente la tolerancia a la frustración y la tendencia a enfadarse. No presenta un trastorno de conducta.

Terapeuta: Hola, Pedro.

Pedro: Hola.

Pedro se deja caer sentado en la butaca, resoplando.

El terapeuta mira a los ojos a Pedro y le sonrío.

Terapeuta: ¿Quieres hablar?

Pedro: ¿Por qué? Siempre es igual, no importa lo que yo diga, él siempre tiene la razón.

Terapeuta: Se te ve enfadado.

Pedro: ¡No es para menos!

Pedro lo dice gritando y frunciendo el ceño.

Terapeuta: ¿Te puedo ayudar?

El terapeuta le dice con un tono de voz suave y calmado.

Pedro: No tengo ganas de hablar. ¡Es que no hay derecho!

Pedro continúa gritando.

Pedro se levanta de la butaca y empieza a andar por el despacho rápidamente.

El psicólogo no le dice nada, con la mirada lo acompaña por la sala y continúa sentado. Pedro empieza a hablar mientras anda.

Pedro: Estábamos en la cocina cenando y porque jugué en la mesa con el móvil me castigó sin móvil dos semanas. ¡No es justo! ¡Yo ya había acabado de cenar y era viernes!

Pedro se sienta en la butaca y mira hacia el suelo.

Terapeuta: Pedro, ¿estás mejor?

Pedro dice que sí con la cabeza.

Terapeuta: Ya que no quieres hablar de ello, lo dejaremos de lado y hablaremos del resto de la semana. ¿Te parece bien?

Pedro: Sí.

Terapeuta: Dejando de lado lo que me comentabas, ¿cómo ha ido la semana? ¿Has podido aplicar lo que practicamos de técnicas de relajación?

Pedro: Bueno, he practicado cada día como quedamos, excepto el sábado. No me apetecía.

Pedro habla con un tono de voz normal, sin ir rápido y mirando a los ojos al terapeuta.

Terapeuta: Está bien que te des cuenta de que no te apetecía y que lo digas.

¿Recuerdas lo que trabajamos hace unas semanas sobre ser asertivo y honesto con uno mismo? Este es un buen ejemplo. Muy bien.

Pedro sonríe y descruza las piernas.

Terapeuta: A todos nos pasa algún día que no tenemos ganas de hacer algo. El pasado sábado no fui a natación. Vi que llovía y me dio mucha pereza, me quedé algo más en la cama. Eso sí, no me he escaqueado ningún otro día.

Pedro mira al terapeuta con los ojos más abiertos y la boca medio abierta por la sorpresa. El terapeuta sonríe.

Terapeuta: Pedro, volviendo al ejercicio de relajación, ¿te ha costado hacer alguna parte concreta de la actividad? ¿Has tenido algún problema?

Pedro: No, el vídeo lo explicaba muy claro. Lo único que me costaba era hacerlo al mismo tiempo, nada más.

Terapeuta: No te preocupes por eso, no hace falta que lo hagas igual de rápido. A medida que lo practiques te saldrá más fácilmente y acabarás no necesitando el vídeo. Continúa así.

Pedro, ¿quieres que hablemos ahora de lo que ha pasado con tu padre? Quizá te pueda ayudar.

Pedro: De acuerdo.

Pedro resopla un poco y se sienta más recto en la butaca.

Terapeuta: Antes me decías que te habían castigado por utilizar el móvil en la mesa. ¿Es así?

Pedro: Sí.

Pedro tiene los brazos cruzados.

Terapeuta: También me decías que creías que el castigo no era justo, ¿verdad?

Pedro dice que no con la cabeza y mira hacia el suelo.

Terapeuta: Pedro, ahora que ya no te domina el enfado, porque lo has gestionado, ¿quieres añadir nada más?

Pedro: Bueno, es verdad que no hice caso a mi padre.

Terapeuta: Está muy bien que lo veas y lo digas, Pedro. ¿En qué no le hiciste caso?

Pedro: Me había avisado de que si continuaba con el móvil me castigaría.

Pedro mira a los ojos al terapeuta y separa los brazos.

Terapeuta: Pedro, ¿recuerdas que hablamos de decirnos la verdad?

Pedro dice que sí con la cabeza.

Terapeuta: Me parece que te dejas una parte importante. El tema del móvil en la mesa y el castigo lo hablasteis cuando hicisteis el contrato hace dos semanas. Si no recuerdo mal tú aceptaste el contrato, ¿verdad?

Pedro mira hacia el suelo y aprieta con la mano el brazo de la butaca.

Pedro: Sí, tienes razón, ¡pero mi padre me lo dijo de mala manera!

Terapeuta: Entonces entiendo que te supiera mal. ¿Por eso te enfadaste?

Pedro suelta el brazo de la butaca.

Pedro: Estaba enfadado porque me gritó y no me dejaba jugar.

Terapeuta: Gracias por decírmelo Pedro. ¿Te puedo comentar una cosa sobre tu padre?

Pedro: Sí

Pedro frunce el ceño y se sienta más al fondo de la butaca, me mira directamente a los ojos.

Terapeuta: Creo que tu padre te contestó enfadado porque no le gusta castigarte. Te había avisado y ya no sabía qué podía hacer para que le hicieras caso, en lugar de castigarte. No le quedó más opción que castigarte. A él no lo hace sentir bien eso, aunque lo hayáis acordado.

Pedro pone cara de sorpresa. El terapeuta sonrío a Pedro y Pedro le devuelve la sonrisa.

Reflexión

- ¿Puedes identificar las emociones que se describen en el lenguaje no verbal del terapeuta y en el del niño a lo largo del texto?
- ¿Qué técnicas verbales de las descritas en las tablas 3 y 4 observas en el texto?

Caso 27

Estamos en sesión con los padres y su hijo, Víctor, de dieciséis años. Víctor aprieta los labios y frunce el ceño cuando escucha la voz de su padre. Gesticula poco y sus brazos y piernas están rígidos. Está callado. Mira de reojo a su padre y empieza a retorcerse los dedos, mientras el padre va hablando. La madre, callada, mira hacia el suelo, tiene los ojos húmedos y se la ve ojerosa.

Reflexión

El lenguaje no verbal de Víctor, ¿qué nos está indicando? ¿Y el de la madre?

Ved también

Encontraréis las tablas 3 y 4 en el apartado «Habilidades en el lenguaje verbal».

La sesión continúa. La madre de Víctor rompe a llorar cuando escucha lo que dice su marido. Víctor se mueve en el asiento y se coge con fuerza a los brazos de la silla. Mira directamente a los ojos a su padre y...

Reflexión

¿El lenguaje no verbal de Víctor que acabamos de exponer es congruente con el del fragmento anterior o se han producido cambios?

A continuación tenéis el lenguaje verbal y no verbal del padre en los fragmentos descritos.

El padre dice que han venido porque ya no sabe qué hacer con Víctor. Lo han probado todo y no ha funcionado. Afirma que su hijo es un vago, ya que no estudia ni trabaja. «A su edad yo ya trabajaba. Lo pondré a trabajar en una fábrica y ya verá... Se ha acabado el chollo». Durante la conversación el padre va subiendo el tono de voz y habla más rápido. Es un tono de voz seco y contundente. Casi todo el rato mira al psicólogo cuando habla, únicamente mira un momento a su hijo (cuando dice que es un vago). Sus ojos entonces están muy abiertos, miran fijamente al hijo sin parpadear y aprieta los labios.

Reflexión

- ¿Qué emociones expresa el lenguaje no verbal del padre?
- ¿El lenguaje no verbal del padre está en consonancia con su lenguaje verbal?
- ¿Crees que el lenguaje no verbal y verbal del padre contribuye al lenguaje no verbal de Víctor? ¿Y al de su madre?
- ¿Sientes «simpatía» por el padre? ¿Cómo va tu aceptación incondicional hacia el padre?
- ¿Puedes hacer alguna interpretación sobre el caso? ¿Cuál sería?

A continuación continuamos proporcionando más información sobre este caso.

Víctor acudía a la consulta «obligado» por su padre por consumo abusivo de «maría» y sintomatología importante de trastorno de conducta. Destacaba su falta de conciencia de enfermedad y de motivación para el cambio.

Su madre recibía tratamiento psicológico y farmacológico por un trastorno ansioso-depresivo. Su padre era camionero y estaba muchos días fuera de casa. El padre había consumido ocasionalmente «maría» a la edad de Víctor. Cuando pilló a Víctor consumiendo no lo castigó, sino que fumó con él. Ahora se siente culpable por no haber actuado de forma diferente, se siente impotente por no poder ayudar a Víctor y a su mujer. Actúa haciendo lo que él cree que habría hecho su padre.

Reflexión

- ¿Tienes la misma valoración-opinión sobre el padre? ¿Y sobre Víctor?
- ¿Qué piensas de la interpretación que has hecho antes del caso?
- ¿Qué emociones te surgen después de leer el texto anterior?

Recordad estar atentos a lo que sentís para evitar que os interfiera en vuestras interpretaciones y a la hora de actuar en la intervención. Hay que estar atentos tanto a nuestro lenguaje verbal como al no verbal.

Proseguimos con el caso. Reescribimos el fragmento en el que hablamos del lenguaje verbal y no verbal del padre. Imaginemos que en lugar de lo descrito anteriormente fuera lo siguiente:

El padre expone que han venido porque ya no sabe qué hacer con Víctor. Lo han probado todo y no ha funcionado. Afirma que su hijo es un vago, dado que ni estudia ni trabaja. «A su edad yo ya trabajaba. Lo haré trabajar en una fábrica y ya verá... se ha acabado el

chollo». Durante la conversación el padre habla con voz baja y despacio. Casi todo el rato mira hacia el suelo, únicamente mira un momento a su hijo y enseguida desvía la mirada.

Reflexión

- ¿Qué emociones transmite el padre con el lenguaje no verbal?
- ¿Qué emociones transmite el padre con el lenguaje verbal?
- ¿Los mensajes verbal y no verbal que el padre transmite a Víctor son congruentes?
- En este caso, ¿qué información consideras más relevante, la del mensaje verbal o la del no verbal, o ambas?
- En esta nueva situación, si Víctor muestra el lenguaje no verbal descrito anteriormente, ¿realizas la misma interpretación sobre las causas de su lenguaje que en el caso anterior?

2.2.3. El diálogo terapéutico

En las sesiones con las familias, niño/adolescente, padres y maestros es especialmente importante que estemos atentos a cómo se comunican entre ellos y cómo lo hacen con nosotros. Hay que observar tanto el lenguaje verbal como el no verbal de cada uno de ellos, además del nuestro. Hacerlo nos ayudará a saber cómo debemos dirigirnos a ellos, qué resistencias presentan y qué hay que evitar y reconducir.

Tabla 5. Algunos errores que hay que evitar en un diálogo y sus consecuencias en el otro

Errores que hay que evitar en un diálogo	Consecuencias en los otros
Puntualizar: el emisor estudia y debate desde la razón las sensaciones y emociones. Forma de control de la relación.	Rabia y ganas de incumplir las normas o llevar la contraria al otro.
Recriminar: el emisor puntualiza sobre las «culpas» del otro para «aclararlo».	Sensación de juicio y condena que lleva a una reacción de rebeldía, a sentir rechazo emocional y rabia. La culpa no es nuestra, sino del otro y aparece el anhelo de huir o atacar.
Echar en cara: el emisor asume el papel de víctima y utiliza su sufrimiento para que el otro modifique lo que lo ha ocasionado.	Agrava lo que quiere corregir. Provoca intensa rabia, rechazo o ataque.
Sermonear: el emisor indica lo que moralmente es justo o no y, en función de estas indicaciones, analiza criticando el comportamiento de los otros.	Querer infringir las normas indicadas en el sermón.
«Te lo dije»: el emisor hace saber al otro el error que ha cometido porque no le ha escuchado.	Inmediatamente genera en el otro provocación, rabia y descalificación.
«Lo hago solo por ti»: el emisor reclama al otro un sacrificio que ha hecho sin que se lo hayan pedido. El emisor muestra necesidad de ser reconocido y recompensado. Hace sentirse al otro en deuda, «lo obliga» a recibir una cosa no pedida y a mostrar agradecimiento.	Rabia. Ingratitud.
«Ya lo hago yo»: el emisor sustituye con cortesía al otro en una tarea.	Descalifica las capacidades del otro.
Reprochar: el emisor felicita al otro y también le indica que lo habría podido hacer mejor, que no es suficiente.	Rabia y alejamiento.

Fuente: Nardone, G.(2006). *Corrigeme si me equivoco. Estrategias de diálogo en la pareja*. Barcelona: Herder.

En el lenguaje verbal os recomendamos estar atentos a los errores que tenéis en la tabla 5, dado que generan rabia y otras emociones que no ayudan a conseguir un frente común en la intervención. Estos errores son muy frecuentes en cualquier tipo de diálogo, por lo tanto, debemos estar atentos a su aparición para redirigir sutilmente la conversación cuando sea necesario. Recordad que no se trata de hacer terapia de pareja a los padres ni intervención psicológica a los maestros, ya que no lo han solicitado. Se trata de estar alerta a sus comunicaciones para evitar los efectos no deseables que interfieren en nuestro/s objetivo/s terapéutico/s. Incluso, puede ser muy recomendable explicarles todo lo que puede provocar en el otro nuestra forma de expresarnos. Pensad que el origen de dichos errores está en la forma de comunicación y no en una intención consciente y premeditada del emisor. Generalmente estos errores surgen, en palabras de Nardone (2006), «de las mejores intenciones» (p. 36). Además, el hecho de no dejar expresarse al otro y ver las propias ideas como verdades absolutas y correctas contribuyen a las formas de comunicación disfuncional, obstaculizan a los dialogantes a descubrir conjuntamente los puntos en común y a encontrar un acuerdo (Nardone, 2006).

¿Cómo podemos hacer frente a estos errores?

Mediante la aplicación de las habilidades comunicativas y terapéuticas adquiridas por el profesional de la psicología. Un claro ejemplo del papel imprescindible de la comunicación en la intervención terapéutica lo encontramos en el diálogo estratégico del grupo de Palo Alto y en la terapia breve estratégica de Nardone, en la que la comunicación mediante el diálogo es el elemento clave de la actuación del psicólogo desde el primer momento en que el paciente/cliente acude a él.

Esta propuesta de diálogo estratégico incluye una secuencia de pasos protocolizada (Nardone, 2006) en la que recurre a las preguntas con ilusión de alternativas, a las paráfrasis reestructurantes, a evocar sensaciones y a actuar antes que pensar. Estas son estrategias habituales en la terapia breve estratégica (Nardone y Salvini, 2011) y que pretenden evitar la resistencia del otro, y los enfrentamientos, además de favorecer las ganas de dialogar y colaborar (tabla 6). Aspectos anhelados y perseguidos en la intervención psicológica. Nosotros no pretendemos aplicar propiamente la terapia breve estratégica ni sus protocolos, ya que hacerlo requiere una formación, entrenamiento y supervisión específicas; no obstante, el modelo nos proporciona estrategias comunicativas bastante útiles para el diálogo terapéutico. A continuación exponemos algunas de ellas. ¿Podéis comparar dichas estrategias comunicativas con el contenido de las tablas 3 y 4?

Tabla 6. Algunos elementos del diálogo estratégico

Preguntar antes de afirmar	Pedir confirmación antes de sentenciar
<p>Recurre a formular preguntas que incluyen diferentes alternativas de respuestas. En lugar de afirmar lo que nosotros creemos, pedimos ayuda al otro por medio de las preguntas, mientras lo dirigimos y se autopersuade. Esto permite crear una actitud de colaboración y comprensión hacia la situación. Evita la resistencia del otro y el enfrentamiento, y favorece las ganas de dialogar.</p>	<p>Consiste en parafrasear el contenido de las respuestas. Permite consolidar y establecer un acuerdo de lo que se ha descubierto conjuntamente hasta ahora. Fomenta la colaboración del otro. Por ejemplo, «corrígeme si me equivoco, de lo que me has dicho me parece que...» Las parafrasis también favorecen describir y planificar los pasos para llegar al objetivo.</p>
Evocar antes de explicar	Actuar antes de pensar
<p>Implica evocar sensaciones y emociones intensas en lugar de recurrir a argumentos racionales y lógicos. Permite persuadir e inducir ciertas sensaciones que provocarán las reacciones que buscamos. Favorece la comprensión y justifica las reacciones emocionales, aumenta la motivación para superar el problema.</p>	<p>No basta con comprender el problema y saber qué hay que hacer, debemos poder actuar de otro modo para conseguir el cambio.</p>

Fuente: Nardone, G. (2006). *Corrígeme si me equivoco. Estrategias de diálogo en la pareja*. Barcelona: Herder.

Caso 28

Marta y Luis son los padres de Eric, de ocho años. Los padres han ido por primera vez a la psicóloga porque Eric muestra dificultades para hacer sus tareas en casa (ordenar la habitación, poner la mesa, etc.) y no saben cómo actuar. A continuación exponemos un fragmento del diálogo de los padres y la psicóloga en el que encontraréis diferentes errores en la comunicación y cómo la psicóloga «fabrica» un diálogo constructivo. Recordad que no estamos aplicando el método del diálogo estratégico ni su protocolo.

(...)

Marta: Siempre acabo yo fregando los platos y limpiando la cocina por cansada que esté o a la hora que sea.

Psicóloga a Marta: ¿Crees que Luis no quiere fregar los platos o que lo quiere hacer y se despista con otras cosas?

Marta: No creo que no lo quiera hacer sino que no se organiza el tiempo y entonces no lo hace y me toca a mí.

Luis: Marta, ¿recuerdas ayer por la noche? Me puse a fregar los platos, entonces llegaste tú a casa, me dijiste que ya lo harías tú y no me dejaste acabar.

Psicóloga a Luis: Luis, ¿crees que Marta actuó así porque no te tiene en consideración o porque se molestó cuando vio que no lo hacías como a ella le gusta?

Luis: Creo que sí que me tiene en consideración, pero yo no lo hacía como ella quería.

Marta: Luis, estabas utilizando el cepillo de fregar las ollas en lugar del de los platos. Según el artículo de la organización de consumidores del mes de enero, el hecho de utilizar un estropajo con materiales metálicos hace que gastemos al año un 25 % más de cepillos. Este hecho contribuye al cambio climático y produce un desgaste innecesario a los platos del 2 %, desapareciendo gradualmente su dibujo, por lo que debemos tirarlos antes de tiempo porque nos parecen feos, y de ese modo contribuimos al cambio climático.

Psicóloga: Marta, si lo he entendido bien, ya me corregirás en caso contrario, comentas que estás preocupada por el medio ambiente y que tu forma de no contribuir a aumentar el cambio climático es no tirando cosas que no hacen falta. Por eso tienes cuidado a la hora de fregar los platos con los estropajos y los platos. ¿Es así?

Marta: Sí.

Psicóloga: Entonces, cuando no dejaste acabar de fregar los platos a Luis, ¿actuaste movida por el deseo de no contribuir al cambio climático o porque tú lo haces mejor?

Marta: Es una preocupación de los dos no contribuir a la emergencia climática. No pensé en quién los friega mejor.

Luis: Sí, a los dos nos preocupa mucho la emergencia climática. No pensé en el hecho de que utilizar un estropajo o el otro repercutiera tanto en el medio ambiente.

Marta: Ya sé que no lo pensaste, por eso me puse a fregar. Seguramente fui brusca, llegaba del trabajo y había tenido un día duro.

Psicóloga a Luis: Entonces, si no lo he entendido mal, Marta acababa de llegar hecha polvo del trabajo a casa y se encuentra con trabajo por acabar que no era responsabilidad exclusiva de ella. ¿Es así?

Luis: Sí, era yo quien tenía que fregar aquel día y me había distraído mirando el correo.

Psicóloga a Marta: Entonces, cuando viste que estaba fregando, trataste a Luis como si fuera un sirviente, a quien puedes amonestar porque no te había hecho caso. ¿Es así?

Marta: Sí; lo siento, Luis.

Luis: ¿Qué te parece si de ahora en adelante hacemos un horario de la distribución de las tareas de casa y lo ponemos en la nevera? También puedo poner etiquetas a los estropajos para saber de qué son. ¿Qué te parece?

Marta: Has tenido una muy buena idea. Cuando llegemos a casa nos ponemos a hacerlo los dos.

Reflexión

- Identifica los errores comunicativos que hay en el texto.
- Nombra las estrategias que utiliza la psicóloga en el fragmento.
- ¿Puedes completar el texto con el lenguaje no verbal que esperarías de cada personaje a lo largo del fragmento?
- De las estrategias explicadas en la tabla 4, ¿utilizarías alguna para añadir o cambiar el diálogo del psicólogo?

Al leer el fragmento quizá penséis que es más propio de la terapia de pareja que de la psicología infantojuvenil. Lo que ocurre es que las situaciones problemáticas con los hijos/se repercuten en la pareja y al revés, las dificultades de la pareja se proyectan en los hijos/as. Por lo tanto, más de una vez os encontraréis redirigiendo situaciones como esta en la que lo menos importante es el motivo de la discusión.

2.3. El *setting* terapéutico

El **encuadre** o ***setting* terapéutico** se refiere al contexto que fabricamos para llevar a cabo la intervención psicológica y que favorece el cambio, el *rappor*t y la alianza terapéutica.

Los términos de ***setting* interno** incluye los límites y objetivos de la intervención, y el de ***setting* externo** el lugar donde se lleva a cabo la intervención psicológica y su ambiente y organización (Majoros y Postigo, 2018). Están explicados en los apartados siguientes.

2.3.1. El cuidado del espacio terapéutico, *setting* externo

Con los términos **encuadre**¹ o **setting** externo denominamos el lugar y el ambiente donde se produce la intervención. Construir un contexto que favorezca el cambio y el *rappor*t es una de las bases para una buena intervención infantojuvenil (Majoros y Postigo, 2018). Para poder construir y cuidar este espacio terapéutico nos ayudará entender qué es para la niña/adolescente este espacio.

⁽¹⁾Es importante no confundir el *setting* o encuadre terapéutico con la técnica de encuadre explicada en el apartado «Habilidades en el lenguaje verbal».

El espacio terapéutico es un lugar sanador para el niño/adolescente, un lugar significativo donde se siente protegido. Un lugar que le despierta un sentimiento de acogida, donde puede conectarse con sus emociones y sentimientos, donde descubre otras formas de hacer y nuevos aspectos de sí mismo, donde vive buenos momentos y también alguno difícil, donde lo aceptan y donde puede ser él mismo.

Para nosotros, como terapeutas, este espacio es una herramienta de trabajo muy valiosa que debemos cuidar especialmente. Es el lugar donde observamos al niño/joven, donde nos da a conocer su mundo más íntimo y donde trabajamos con él. Es el espacio donde se establece la alianza terapéutica entre el psicólogo y el niño/adolescente. Es un espacio de protección, seguro, acogedor, confortable, cercano, cálido, que inspira confianza y confidencialidad (Haeussler, Léniz, Bunge y Bonfill, 2018).

El espacio terapéutico suele ser un espacio **polivalente**, donde, generalmente, realizaremos tanto la evaluación como la intervención psicológica. Es un espacio donde acogeremos a diferentes participantes de la terapia: padres, niña/adolescente, otros familiares o profesionales implicados. Es el lugar donde realizaremos diferentes actividades con muchos tipos de materiales y utensilios. Será tanto una sala de juego como un espacio para trabajar la atención y las autoinstrucciones, un espacio para hablar de nuestras emociones y expresarlas, un espacio para explicar cosas a los padres, reír y llorar, para explicar a los padres qué le sucede a su hijo/a, etc.

Espacio del centro

Considerando las dimensiones actuales de los locales, raramente dispondremos de espacios específicos para llevar a cabo las diferentes actividades y funciones como psicólogos. Por lo tanto, deberemos adaptarnos a las limitaciones de espacio del centro.

¿Qué características ha de tener un espacio tan flexible?

- **Tamaño suficiente para realizar lo que queremos hacer.** No hace falta el mismo espacio para trabajar con movimiento que para hacer un dibujo o para una sesión individual que grupal. El espacio ha de permitir que cada cual se pueda mover cómodamente cuando realiza la actividad, manteniendo su espacio vital, y que el psicólogo no esté muy alejado de los niños/adolescentes. En el caso de grupos, es recomendable que también haya libre un espacio para poder estar sin los otros, si la actividad y el modelo terapéutico que seguimos lo permiten.
- **Buena iluminación,** preferiblemente natural. Mejor si podemos regular la intensidad de la luz mediante un regulador, persianas, cortinas, etc. Re-

ducir la luminosidad nos ayudará en la práctica de la relajación, creando un ambiente más íntimo y menos estimulante. Si queremos hacer una actividad estimulante entonces recomendamos más cantidad de luz.

- **Sin vista al exterior**, tapamos las ventanas con cortinas, persianas venecianas, etc., para evitar que se vea desde fuera el interior y que los niños/adolescentes se distraigan mirando hacia el exterior. También lo hacemos con las puertas si son transparentes.
- **Buena ventilación**. Mejor si podemos abrir ventanas para ventilar cuando haga falta. Ayudará tanto a eliminar olores como a renovar el aire y evitar que nos entre sueño, por ejemplo. Hay que disponer de medidas de seguridad para que no las puedan abrir los pacientes/clientes (por ejemplo, una llave para poderlas abrir).
- **Libre de ruidos que puedan distorsionar la actividad**. Incluye valorar si ponemos música de fondo en la sesión. Recordemos que cada uno tenemos un gusto musical diferente y que la música nos promueve diferentes emociones a cada uno de nosotros.
- **La acústica del local ha de permitir que desde el exterior no se pueda escuchar lo que se habla en el interior**. Recordemos la confidencialidad y privacidad, además de evitar las preocupaciones de los padres si escuchan un grito de su hija o hijo.
- **Que haya espacio entre el mobiliario** que nos facilite el movernos libremente y nos ahorre el tropezar o darnos golpes con los muebles.
- **Objetos colocados ordenadamente en la estancia**.
- **Evitamos tener multitud de cosas en el espacio**, que genera una sensación de abarrotado y de mercadillo. También evitamos la sobreestimulación.
- **Espacio seguro**. Hay que minimizar los riesgos de accidentes (por ejemplo, enchufes a prueba de niños, material no tóxico, etc.) y guardar los objetos potencialmente «peligrosos» bajo llave. También incluye la seguridad de los dispositivos electrónicos que utilizamos.
- **Temperatura confortable para el paciente y para el terapeuta, y adecuada para la actividad**. Hay que adaptarla a cada persona y situación. Recordemos que cuanto más calor más posibilidad de somnolencia.
- **Adaptación del espacio a las discapacidades físicas o problemas de salud o médicos de la persona**. Hay que recabar esta información en la primera consulta y tenerla presente.

Reflexión

¿Recordáis alguna música muy famosa que no soportáis? ¿Os sentís cómodos cuando la escucháis? ¿Os ayudaría a establecer el *rapport*?

- **Mobiliario no delicado, fácil de limpiar, libre de ángulos y resistente.** Los muebles que tengan que ser accesibles para las niñas y los niños han de ser bajos para que puedan llegar a los objetos desde el suelo (por ejemplo, estanterías con los materiales).
- **Sillas cómodas, difíciles de volcar y a la medida de nuestros pacientes, al igual que la mesa.** Un sofá también es un buen elemento complementario.
- **Suelo resistente que nos permita ir descalzos y sentarnos sin pasar frío, además de fácil de limpiar** (imaginad que utilizamos arena). Un buen recurso son las baldosas de vinilo o las piezas grandes de goma eva que encajan como rompecabezas. Ambas son más fáciles de limpiar que las alfombras de tela, las podemos quitar o cambiar fácilmente, y nos evitan tropezar o resbalar.
- **Los colores de los muebles y de la estancia deberían ser luminosos, ni muy oscuros ni muy intensos para evitar la sobreestimulación.** Antes de pintar las paredes debemos preguntarnos qué queremos que transmita el espacio (calidez, proximidad, seguridad, serenidad, etc.) y consultar qué colores y combinaciones ayudan a lograrlo, además de saber cuáles tenemos que evitar (por ejemplo, el color azul transmite serenidad pero también frialdad, los rojos se relacionan con calidez y atractivo, etc.) (Heller, 2010).
- **El olor del lugar también es un aspecto relevante, ya que nos ayuda a sentirnos cómodos.** Por ejemplo, recordad cómo os sentís cuando notáis olor de cloaca. Podemos disponer de difusores de aceites esenciales para conseguir un ambiente más agradable (por ejemplo, la lavanda se asocia a la relajación) (Duran, Manolles y Pascual, 2019). Recordad las precauciones de seguridad, mejor un difusor eléctrico que uno de cerámica con una vela encendida y guardar los aceites bajo llave. También es imprescindible saber previamente si el paciente tiene problemas respiratorios, alergias u otras enfermedades.
- **El tacto también es un aspecto importante que hay que cuidar.** ¿Qué pensáis del tapizado áspero y rugoso de una silla cuando nos sentamos en ella llevando pantalones cortos?
- **Los objetos de decoración de la estancia no han de ser delicados ni muy estimulantes o distractores.** Evitemos materiales que se pueden romper (cristal, porcelana, etc.) y aquellos objetos que son «recuerdos nuestros» y que nos puede disgustar si se estropean.

- **La limpieza correcta del espacio también es indispensable**, ya que muchas veces nos sentaremos en el suelo, además de disponer de una papetera fácilmente identificable y visible.

Referencias bibliográficas consultadas

Las fuentes bibliográficas consultadas en la construcción de este apartado son:

Haeussler, I. M., Léniz, I., Bunge, C. y Bonfill, M. (2018). *Psicoterapia de niños y adolescentes. Actividades para la práctica clínica*. Santiago de Chile: Catalonia.

Landreth, G. L. (2018). La sala de juegos y los materiales. En G. L. Landreth, *La terapia del juego. El arte de relacionarse jugando* (pp. 197-227). Barcelona: Obelisco

Majoros, S. y Postigo, S. (2018). La intervención psicológica infanto-juvenil. En R. González y I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide.

¿Qué aspectos de la organización del espacio debemos cuidar?

- **Únicamente utilizaremos la sala para realizar evaluación o intervención psicológica**, no se utilizará para otras finalidades no terapéuticas ni tampoco como sala de espera de los niños mientras los progenitores están en sesión con el psicólogo.
- **Delimitar e indicar claramente los espacios permitidos y los no permitidos al niño/joven dentro de la sala**. Un modo de hacerlo puede ser dividir la sala en zonas por medio de letreros (por ejemplo, «zona de juegos»), objetos, colores, disposición de los muebles, etc. Así tenemos espacios permitidos para el niño y espacios exclusivos para el terapeuta (zona archivo, librería con test, zona próxima a la ventana, etc.) o espacios para los padres. Podemos crear espacios para podernos mover y espacios para estar sentados.
- **Explicar claramente «las normas del espacio»**, si es posible en la primera sesión, o una a una en diferentes sesiones a medida que sea necesario. Pueden estar en las paredes con carteles, las podemos hacer escribir y dibujar al niño, podemos inventar una canción, etc. No se trata de elaborar un listado enorme de normas sino de los aspectos básicos para la convivencia y el respeto mutuo. El niño ha de saber qué puede y no puede hacer allí, por ejemplo, cuando acabamos la sesión colocamos en su lugar el juguete con el que hemos estado jugando.
- **Tener ordenados todos los materiales u objetos** en estanterías, fáciles de coger y localizar para el niño y para nosotros. Una ubicación para cada cosa y cada objeto en su lugar.
- **Los juegos y juguetes deben estar en buen estado y limpios**. Es necesario que lo revisemos cuando acabamos las sesiones, si los hemos utilizado.
- **Nos aseguramos de que los materiales, como por ejemplo las pinturas, rotuladores, etc., pinten**. Al terminar las sesiones revisamos que estén

bien tapados. También nos aseguramos de reponer los materiales cuando se acaban.

- **Tenerlo todo listo antes de invitar al paciente/cliente a entrar en la sala.** Implica que:
 - Revisemos antes de cada sesión los aspectos relacionados con la **comodidad**: temperatura, luminosidad, olores, ruidos, etc.
 - **Revisemos antes de cada sesión la disposición de los elementos en la sala**: si todo está en su lugar, si queremos dejar a mano algún elemento (por ejemplo, un cuento sobre el problema del paciente, en la mesita), si queremos eliminar algún material/juego de la estantería, si debemos modificar la disposición de las sillas en la sala, etc.
- Al utilizar tabletas u otros **dispositivos electrónicos**, nos aseguramos de tener activado el **control parental** antes de utilizarlo y desactivamos la conexión a internet si no la necesitamos para la actividad.
- **Acordémonos de silenciar/apagar el volumen de nuestro móvil antes de empezar la sesión.** Se puede realizar junto con el paciente/cliente.

¿Qué materiales y objetos podemos necesitar?

1) **Pañuelos de papel** al alcance del cliente/paciente.

2) **Documentos en papel y en formato electrónico con las instrucciones, pautas o explicaciones para los padres.** Por ejemplo, el cuento de la tortuga que queremos que practiquen con su hijo/a, los autorregistros que deben cumplimentar, modelos de contrato terapéutico, explicaciones psicoeducativas sobre el problema de su hija o hijo, etc.

3) **Documentos en papel y en formato electrónico que queremos compartir con la niña/adolescente.** Por ejemplo, los pasos con dibujos de la técnica de autoinstrucciones, enlace del vídeo del YouTube de relajación que debe practicar, instrucciones de las actividades prescritas para casa, etc.

4) **Materiales creativos para diferentes edades, gustos y aficiones.** Es importante que la niña/adolescente tenga donde elegir. Preferiblemente materiales que no ensucien, fáciles de limpiar y de recoger. Por ejemplo, lápiz, gomas, rotuladores no permanentes, ceras, plastilina, pegamento no tóxico, tijeras de punta roma, pegatina, folios de colores, reglas, globos, pizarra, papel de diario, almohadas, serpentinas y disfraces (nariz de payaso, diadema, fular, maquillajes, joyas, etc.), etc.

Tanto los materiales como los juegos permiten a los niños expresarse y explorar, comunicar, relacionarse y ser creativos (Landreth, 2018). Antes de añadir un juego a nuestro repertorio, debemos preguntarnos si aquel juego o actividad le ayuda a expresarse, cuál es el objetivo terapéutico que pretendemos conseguir y cómo encaja con el modelo terapéutico que seguimos.

Mediante actividades podemos trabajar diferentes aspectos, por ejemplo: el reconocimiento y la expresión de las emociones, la autorregulación emocional, las habilidades sociales, los recursos internos de independencia y autonomía personal, la resolución de problemas y ampliar el autoconocimiento y la autoaceptación (Haeussler et al., 2018). Es necesario que tengamos diferentes materiales y juegos para trabajarlo, así como planificadas las diferentes actividades que llevamos a cabo con ellos. Tener claras las posibles actividades que realizaremos en ese espacio nos permitirá seleccionar los materiales y juegos que necesitamos.

5) Juegos y juguetes. Recomendamos disponer de una selección minuciosa de diferentes juegos diseñados o no con finalidades terapéuticas, para diferentes edades y niveles evolutivos. Se recomienda que sean atractivos, interesantes, resistentes, que el niño/adolescente tenga donde escoger, que los puedan manejar sin ayuda y que no sean complejos, ni frustrantes. Han de despertar la creatividad y la comunicación, y también un amplio abanico de emociones y expresiones. A veces nos permitirán explorar situaciones de su entorno (de su familia, la escuela, etc.). En cuanto a los juegos de mesa hay que tener en cuenta que el niño necesita a alguien más para poder jugar y muchas veces jugará con el psicólogo, además de que suelen ser competitivos. Son aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de escoger un juego. Recordemos que los juegos también nos pueden servir de reforzadores tras realizar una tarea que le cuesta o haber conseguido un objetivo deseado, además de ayudarle a relajarse después de una actividad exigente.

Algunas posibilidades son: muñecas-muñecos y su ropita, biberón, una familia y su casa con muebles, utensilios de cocina y comida, juegos de construcción, coches, martillo con figuras para clavar, monedero, juegos de mesa (construir palabras, etc.), juegos de cartas (de familias, de emociones, etc.), peluches, títeres, tableta con juegos, etc.

Evitamos: los juegos de piezas muy pequeñas y los que tienen muchas piezas, ya que se pueden perder o nos costará recogerlas, y pueden alargar mucho la actividad.

6) **Un peluche grande, un asiento especial o un rinconcito de la sala escondido pueden ser el refugio de la niña/adolescente.** La pueden ayudar a sentirse segura cuando lo necesite. Debe tener un acceso a este fácil y libre.

7) **Cuentos terapéuticos**, comprados o elaborados por nosotros en colaboración con el niño, a partir de los materiales de los que disponemos. Es importante que únicamente estén disponibles en la sala los relacionados con el problema del niño/adolescente.

8) **Espejo de cuerpo entero.**

9) **Ordenador, equipo de biofeedback y equipo de realidad virtual** son otras herramientas que nos pueden ayudar, dependiendo del caso, y son opciones a tener en cuenta y que requerirán su lugar dentro de la sala, además de enchufes.

Caso 29

Dunia, de ocho años, entra en la sala por primera vez. Tras pisar el umbral de la puerta ve una sala enorme donde hay juguetes por el suelo. Sigue al psicólogo y se sienta donde él le indica. La luz le da de cara y la deslumbra, no puede leer el texto escrito en la pizarra. El psicólogo le insiste en que lo lea en voz alta porque son las normas de la sesión. Dunia baja la cabeza y se encoge en el asiento.

Reflexión

- ¿Qué opináis del espacio de la sesión? ¿Cambiaríais algo?
- ¿Qué nos dice el lenguaje no verbal de Dunia?
- ¿Qué aspectos relacionados con las características, aptitudes, actitudes y habilidades del terapeuta trabajadas a lo largo de todo el módulo, cambiaríais?

Caso 30

Vanesa tiene quince años y es nuestra segunda sesión. Acaba de entrar por la puerta del despacho y frunce el ceño, mira la estantería de la izquierda llena de muñecas y juegos de pequeños. Observa con atención la sala y escoge sentarse en una silla minúscula, en la que apenas cabe, lejos de la psicóloga y de la zona infantil de la sala. Mira hacia la terapeuta, que está sentada en la zona de adolescentes de la sala, en una butaca junto a otra libre. Vanesa empieza a hablar desde donde está sentada dando la espalda a la psicóloga.

Después de un rato Vanesa se levanta y se sienta en la butaca. Cuando se levanta, la pierna no le responde bien, parece que la tenga dormida pero no se queja. Le pedimos que elija uno de los objetos de la estantería de la derecha si quiere. Se levanta y coge una rana gelatinosa para estrujarla. Empieza a manipular la rana, la retuerce, la aprieta, la estira y, finalmente, la tira diciendo «¡rana estúpida!».

Reflexión

- ¿Qué nos dice el lenguaje no verbal de Vanesa?
- Empieza a hacer calor, ¿encenderías el aire acondicionado o lo dejaríais apagado?
- ¿Encenderíais la luz a máxima intensidad?
- ¿Pondríais música de fondo tipo *chill out*, si no sabéis si a Vanesa le desagrada esa música?
- ¿Habríais con Vanesa de las normas de la sala en ese momento?

- ¿Qué actitudes y habilidades del psicólogo tendríais especialmente en cuenta en esta situación?

2.3.2. El encuadre o *setting* interno

El **encuadre o *setting* interno** ayuda a delimitar y enmarcar la actuación del psicólogo en un contexto y facilita una estructura a la relación que se establece con el paciente/cliente.

El *setting* interno implica una serie de variables (Nahoul y González, 2016), entre las que destacamos:

1) Horario de atención y citas

Hay que especificar el horario general en el que realizamos las consultas: días de la semana y horas, si hay que concertar previamente la visita y si visitamos en fines de semana y festivos. Igualmente hay que indicar si hacemos visitas de urgencia, cuándo las hacemos (días y horarios) y cómo actuar en estos casos (llamar por teléfono, acudir directamente a la consulta dentro del horario establecido, etc.).

En lo concerniente a las sesiones, especificaremos el horario de la sesión, la frecuencia semanal/mensual y su tiempo máximo. Aconsejamos citar a los niños más pequeños a primeras horas de la tarde y no a las últimas, siempre que sea posible. Evitaremos así su cansancio y alterar la hora y su rutina a la hora de ir a la cama. Recomendamos respetar el tiempo máximo de uso del espacio o del tiempo máximo de sesión establecido. El tiempo máximo establecido depende tanto de la edad (45 minutos para niños más pequeños y hasta 60 minutos para los adolescentes) como del problema/trastorno sobre el que intervenimos.

Reflexión

Si trabajamos con un chica de dieciséis años con TDAH inatento, ¿haríais sesiones de 45 o de 60 minutos?

2) Establecimiento de los roles

Rol profesional del psicólogo y rol del participante (cliente/paciente). Indicamos que es una relación profesional y no de amistad.

3) Coste y pago

Es muy aconsejable ser muy claros en los precios, las formas de pago, el momento de hacerlo y si se producen cambios de tarifa periódicamente. Es mejor facilitar las tarifas por escrito. También es preciso indicar el coste de cualquier tipo de sesión que podemos realizar, es decir, el precio de las sesiones que realizaremos con el niño/adolescente, padres, maestros y otros profesionales implicados, si cobramos las entrevistas o coordinaciones telefónicas, etc.

Es básico destacar la necesidad de **continuidad y constancia** en el tratamiento. Acordaos de recalcar que la frecuencia de las sesiones está establecida para conseguir los objetivos terapéuticos.

Otro tema relevante es el hecho de que en la intervención psicológica en niños/adolescentes el paciente no es la misma persona que el cliente. Este hecho puede implicar tanto un sentimiento de culpa del niño/adolescente por «hacer gastar dinero a los padres» como el hecho de no poder acudir al psicólogo porque los pacientes no tienen independencia económica. Es muy importante establecer la alianza terapéutica tanto con los padres como con el niño/adolescente. En el caso de adolescentes, recomendamos que paguen ellos sus sesiones (entreguen el dinero al psicólogo) por el valor simbólico del acto.

4) Ausencias, cambios de fecha/hora y vacaciones

Debemos exponer nuestra política sobre los cambios y ausencias, en citas previamente concertadas. Siempre hay que explicar a los participantes que las horas de visita están reservadas para aquella persona, así como las consecuencias de no acudir a una visita programada. Por ejemplo, si cobramos o no la visita, con cuánta antelación se ha de avisar, si otro de los participantes en la intervención (por ejemplo, padres) puede «aprovechar» aquella hora, si se cobra cuando la persona citada no acude porque está enferma, etc. También explicamos por qué motivos podemos aplazar nosotros una visita (motivos de salud, etc.) y cuánto tiempo tardaremos en hacerla.

Respecto a las vacaciones, hay que indicar cuándo las tomamos y si estamos o no «disponibles» por teléfono, correo electrónico, etc., y cuánto tiempo solemos tardar en contestar. También hay que pactar las vacaciones del cliente, sobre todo cuando repercute en la continuidad del tratamiento.

5) Asistencia telefónica, por correo electrónico, mensajes al móvil o videoconferencia

Indicamos el horario en que estamos disponibles y la forma de contacto, y también los días que no trabajamos y el tiempo que podemos tardar en contestar.

6) Confidencialidad

Es imprescindible hablar sobre la confidencialidad de lo expresado durante la terapia y explicar los límites de esta, tanto a los niños/adolescentes como a los padres. Recalquemos que existe el deber de informar en caso de riesgo para los otros o para uno mismo o bien por motivos legales.

7) Objetivo/s de la sesión

A grandes rasgos pueden ser sesiones de evaluación o de intervención, dependiendo del modelo terapéutico que seguimos.

8) Duración esperada de la actuación psicológica

Indicamos a los padres el número de sesiones aproximadas de la evaluación psicológica. Tras lo cual podremos valorar la duración de la intervención, recalcando a los padres que es una aproximación. Recordemos adaptar este punto a las particularidades de cada modelo terapéutico.

Como podéis ver, los puntos tratados hasta aquí forman parte de los aspectos más prácticos de la actividad del psicólogo. Es imprescindible que los clientes y el paciente, si su madurez cognitiva lo permite, los conozcan y los tengan claros desde la primera sesión, para contribuir al establecimiento de una **buen** **alianza terapéutica**. Recordemos que estamos estableciendo las bases de una relación profesional y que cuanto más claras estén mucho mejor. Puede ayudarlo a lograrlo, el establecer un contrato terapéutico en el que la información principal queda por escrito y la pueden consultar en cualquier momento.

Al mismo tiempo, en la primera sesión también debemos explicar los aspectos de confidencialidad propios del Reglamento general de protección de datos (RGPD) y pedir a los progenitores que firmen conforme han sido informados de sus derechos en esta materia, así como a todos aquellos que participan en la evaluación e intervención psicológica (maestros, etc.). Además, dado que trabajamos con menores de edad, los dos padres han de autorizar y firmar el consentimiento para poder realizar intervención psicológica con los menores. Con respecto a la evaluación psicológica, según un comunicado del 24 de enero del 2018 de la Comisión Permanente de la Comisión Deontológica del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, la evaluación psicológica, al no ser «invasiva», se puede realizar únicamente con el consentimiento de uno de los progenitores.

9) Contrato terapéutico

El contrato terapéutico lo establecemos con el niño/adolescente y con sus padres, ya que todos ellos participarán en la intervención. Incluye los derechos y deberes de los participantes, muchos de estos figuran en los puntos anteriores, y aspectos más propios de la intervención, como por ejemplo el/los modelo/s terapéutico/s que seguimos, los objetivos terapéuticos, las características generales de lo que haremos, y en qué los podemos ayudar y en qué no. Es importante tratar estos puntos de manera oral con los padres y niño/adolescente y también firmar un contrato por escrito con los puntos principales. El hecho de firmar el documento contribuye a tomar más conciencia del problema y de la necesidad de su implicación en la solución. Es una forma de comprometerse y de asumir la propia responsabilidad en el proceso, aparte de existir motivos legales que lo hacen recomendable.

El contrato terapéutico se establece con cada uno de los participantes en la intervención, incluidos los coterapeutas, es decir, maestros, otros familiares del niño/adolescente, y otros profesionales. Debemos valorar en cada caso las ventajas y las desventajas de hacer firmar el contrato terapéutico.

A continuación encontraréis una serie de aspectos relacionados con la intervención que los psicólogos infantojuveniles debemos tener presentes a la hora de planificarla, y que también hemos de saber transmitir a los pacientes/clientes cuando sea necesario y adaptarla a su lenguaje y nivel comprensivo.

Necesidad de la intervención psicológica

Llevar a cabo una intervención psicológica no está determinada por lo que exponen los padres cuando hablan de las conductas que los preocupan y motivan a ir al psicólogo. Antes de iniciar cualquier tipo de intervención psicológica tenemos que efectuar un análisis del motivo de la consulta para decidir si es necesaria o no. Estudiamos la conducta motivo de la consulta para determinar si presenta una desviación/alteración a nivel evolutivo o social, y sopesamos las posibilidades del éxito terapéutico. En el análisis coste-beneficio podéis recurrir a las preguntas que se exponen a continuación, adaptadas de las pautas de actuación propuestas por Moreno en el año 2002 (citado por Comeche y Vallejo, 2016, pp. 51-52). Estas preguntas están orientadas a determinar si la conducta que motiva la consulta es o no adaptativa, si hace falta y es oportuno intervenir, y cuáles son las posibilidades de llevar a cabo la intervención (Comeche y Vallejo, 2016).

Reflexión

En el caso de un maestro con mucho trabajo y que colabora voluntariamente, observando y haciendo un registro del niño/a en el aula, ¿creéis que es mejor proporcionarle la información del contrato por escrito sin hacerle firmar un documento que puede generar desconfianza y resistencias o hay que hacerle firmar el documento?

Cuestiones a plantearse antes de iniciar una intervención psicológica infantojuvenil. Adaptado de Moreno (2002), citado por Comeche y Vallejo, 2016, pp. 51-52:

- ¿La conducta que preocupa a los padres también es un problema para la niña/adolescente? ¿Qué grado de malestar ocasiona a la niña/adolescente y a los padres?
- ¿Repercute la conducta problema en la niña/adolescente a nivel social, emocional y académico?
- ¿Qué consecuencias positivas para los padres y para el niño/adolescente comportaría solucionar el problema?
- ¿Solucionar la conducta problema comporta una mejoría en otras áreas?
- ¿Se han descartado causas médicas y otras causas no propias de una intervención psicológica?
- ¿La conducta problema se puede describir y cuantificar?
- ¿Existen los recursos y el apoyo familiar, social y escolar adecuados para poder aplicar la intervención?
- ¿Cuáles son las principales limitaciones, obstáculos e interferencias con que nos podemos encontrar en este caso? Disponemos de medios para superarlos?
- ¿Los cambios conseguidos tras la intervención se podrán mantener de forma natural? ¿Hay personas que puedan facilitar la consolidación de los cambios?
- ¿Los cambios obtenidos en la niña/adolescente se podrán generalizar a otras situaciones?

Objetivos de la intervención psicológica

Una vez que hemos determinado que hay que llevar a cabo una intervención psicológica, el próximo paso es decidir cuál debe ser el foco de nuestra intervención. Es decir, establecer los aspectos problemáticos y analizarlos, teniendo presente el modelo terapéutico desde el cual trabajamos. Una vez finalizado el análisis podemos definir los objetivos generales y los específicos para ese caso concreto. Los objetivos, aunque sea a grandes rasgos, tenemos que compartirlos con los padres y nuestro paciente, si bien podemos obviar ciertas informaciones.

Modelos de intervención psicológica

Los padres y el paciente deben conocer qué modelo/s de intervención utilizamos. No se trata de hacer una gran explicación sino de indicar brevemente los rasgos generales de forma comprensiva. Se recomienda hacer lo mismo con las técnicas que aplicaremos.

Reflexión

¿Creéis que en el caso de un trastorno de comportamiento siempre informaremos al paciente de todos los objetivos que pretendemos conseguir? ¿Qué pensáis que puede suceder si lo hacemos?

Con respecto a los modelos de intervención, podemos distinguir el modelo psicoanalítico, el cognitivo-conductual, el humanista y el sistémico. Además de la integración de todos ellos. La elección del modelo determina el enfoque de la entrevista, la evaluación, el diseño y las técnicas y estrategias que utilizaremos en la intervención psicológica.

1) El modelo cognitivo-conductual

El **modelo cognitivo-conductual** recurre al análisis funcional de la conducta problema en el que determinamos cuál es el problema, por qué ha surgido y cómo se mantiene.

Emplea autorregistros para poder definir la conducta problema (intensidad, duración, frecuencia, etc.), sus antecedentes y sus consecuencias. Busca conocer los estímulos, los pensamientos (distorsiones cognitivas) y las conductas que mantienen el problema, tanto desde el punto de vista de los padres como del hijo/a. Utiliza diferentes técnicas, como la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, las autoinstrucciones, la economía de fichas y el contrato conductual, con objeto de promover otra respuesta emocional o cognitiva y una conducta más adaptativa. También recurre a programas de entrenamiento para padres en los que realizan la psicoeducación y se les instruye en la aplicación de técnicas operantes como el modelado, el reforzamiento, la extinción, la sobrecorrección, etc. Este entrenamiento les permite aprender a ser independientes de las pautas prescritas por el psicólogo y saber cómo actuar ante las conductas de su hijo/a y prever las consecuencias de sus conductas. Estos aspectos también se trabajan con los maestros implicados como coterapeutas (Comeche y Vallejo, 2016; Majoros-Postigo, 2018).

2) Los modelos sistémicos

Los **modelos sistémicos** se centran en el sistema familiar en el que sucede el problema del niño/adolescente.

Trabajan con los miembros significativos del sistema familiar en el que se detecta el problema. Ocasionalmente, esta terapia puede incluir a otros miembros de la familia o personas cercanas, además de a otros profesionales implicados en el caso (maestros, trabajadores sociales, etc.). También puede conllevar el trabajo en equipo por parte de los profesionales (coterapia). La intervención se focaliza tanto en las secuencias de las interacciones o la estructura familiar que le rodea, como en las realidades construidas. El psicólogo se centra tanto en el problema como en la realidad deseada por la familia. La finalidad última es ayudar a la familia a crear nuevos patrones de sentimientos y nuevas formas de actuar, de interactuar y de percibir la realidad. Las técnicas que utilizan incluyen: el reencuadre y la redefinición, la connotación positiva, la

intención paradójica, las metáforas o analogías, la prescripción de actividades, la escenificación, las estatuas, el cuestionamiento circular, etc. (Majoros-Postigo, 2018; Moreno y Fernández, 2014).

3) Los modelos humanistas

Los **modelos humanistas** se fundamentan en el hecho de que toda persona tiende al crecimiento y a la autorrealización, y tienen lugar en el contexto de una relación humana facilitadora del cambio.

Utiliza técnicas no directivas y centradas en la persona. La aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad del psicólogo son fundamentales. Recurren a técnicas como la silla vacía, el *role-playing*, las cartas terapéuticas, los dibujos, los cuentos, el teatro, los títeres, el trabajo con polaridades, el diálogo socrático, la intención paradójica, derreflexión, etc. (Majoros-Postigo, 2018; Roji y Saúl, 2014).

4) Los modelos psicodinámicos

Los **modelos psicodinámicos** actuales se focalizan principalmente en la expresión de las emociones y el afecto, en explorar las defensas y resistencias del niño/adolescente, identificar los temas y patrones recurrentes, en la experiencia pasada, en las relaciones y experiencias interpersonales (vinculación afectiva), en la relación terapéutica y en la exploración de deseos y fantasías.

Recurren a técnicas como el juego libre, la asociación libre, la mentalización, la recapitulación, la clarificación, la elaboración, la persuasión y la interpretación, entre otras (Roji y Saúl, 2014).

5) La integración de modelos

Si observamos los cuatro modelos podemos ver que hay aspectos compartidos por todos ellos. Conceptos relacionados con el establecimiento del *rapport* y la alianza terapéutica, y con la actitud del terapeuta (congruencia, empatía y aceptación incondicional) son entidades comunes a todos ellos. La necesidad de formar un vínculo entre el psicólogo y el niño/adolescente también es un aspecto compartido, así como la necesidad de establecer y definir objetivos terapéuticos, de mantener y generalizar los resultados de las intervenciones, y de constatar que se han conseguido los objetivos y que ha habido una mejoría en el objetivo trabajado. Igualmente, observamos que hay técnicas compartidas. De hecho, todos incitan a tener una visión más global y a la vez **integra-**

dora que nos permita lograr una intervención psicológica más individualizada, teniendo en cuenta las características y las particularidades de cada caso concreto.

2.4. El trabajo terapéutico con los padres y madres

2.4.1. Competencias parentales, apego, estilos educativos y tipos de madres y padres

Las competencias prácticas de los progenitores relacionadas con un desarrollo saludable de su hijo/a se engloban dentro del concepto de **parentalidad social** y no de la biológica, que es meramente procreativa. Una parentalidad social competente implica: alimentar-nutrir, dar afecto, cuidar, estimular, educar, proteger, socializar y promover la resiliencia. El hecho de proporcionar al niño/a experiencias sensoriales, emocionales y de afecto, además de los aspectos alimentarios, permite al niño construir un **apego seguro** y percibir el mundo social y familiar que lo rodea como seguro. El afecto, la comunicación, el apoyo y el control son los contenidos básicos de un modelo educativo parental cualificado. El autoconcepto y la autoestima positiva, así como la resiliencia del niño, están íntimamente ligados a las experiencias de **parentalidad competente** (Barudy et al., 2010).

Las **competencias parentales** implican la empatía y capacidad de apego, además de un conjunto de habilidades designadas como modelos de crianza y la habilidad para participar en la red social y para utilizar recursos comunitarios (Barudy et al., 2010). Todos estos son aspectos de los progenitores que hay que conocer y tener en cuenta en el proceso de intervención psicológica.

La **capacidad de apego** de los padres depende de los recursos emocionales, cognitivos y conductuales de los cuales disponen para apegarse al niño y reaccionar a sus necesidades. Estos son factores que hay que considerar como posibles objetivos de trabajo en la intervención psicológica, además de una mejor red de apoyo familiar, social o institucional o el acceso a recursos (Barudy et al., 2010).

Resiliencia

La **resiliencia** es el conjunto de capacidades que permiten afrontar los desafíos de la existencia, incluidas las experiencias traumáticas, siguiendo un proceso de desarrollo dentro de la normalidad (Barudy et al., 2010).

Apego

Bowlby (1997) definió el apego como «la destreza del niño para tener confianza en sí mismo y en los otros cuando lo necesite, pudiendo diferenciar en quién confiar, así como la habilidad de considerar que merece amor, tener seguridad en sus capacidades para lograr lo que precisa y resolver las dificultades que se le planteen» (citado por Montoya-Castilla, 2018, p. 55). Las relaciones que establece el niño con sus padres son básicas para el desarrollo del apego.

Comeche y Vallejo (2016) definen los **estilos educativos o pautas de crianza** como «un patrón conductual complejo que incluye numerosas conductas específicas que funcionan de forma individual y sinérgica para conseguir determinados cambios en los niños, cambios que están dirigidos a lograr su adaptación emocional y conductual en una sociedad concreta» (p. 457). Implican un proceso bidireccional entre padres-hijo/a y dinámico, puesto que lo modifican factores como la experiencia.

MacCoby y Martin (1983) dividen los estilos educativos en cuatro, dependiendo del nivel de control (grado de exigencia o presión que ejercen los progenitores sobre los hijos/se para conseguir los objetivos educativos requeridos) o de afecto de los padres (percepción y receptividad a las demandas de los hijos/as). Los subtipos son: autoritario (muy exigente y poco receptivo), democrático (exigente y receptivo a la vez), permisivo o indulgente (muy receptivo y poco exigente) e indiferente (poco exigente y poco receptivo) (citado por Comeche y Vallejo, 2016, pp. 458-459).

Como hemos expuesto, los estilos educativos de los progenitores forman parte de las habilidades parentales y repercuten en aspectos como el desarrollo del apego, la autoestima, la competencia social y el rendimiento académico del niño/adolescente. Además de actuar como factores de protección y factores de riesgo de trastornos mentales (depresión, trastornos del comportamiento, etc.) (Comeche y Vallejo, 2016). Por lo es imprescindible determinar el estilo de los padres al realizar una intervención psicológica en su hijo/a.

Tabla 7. Arquetipos de padres (Fodor, Moleres y Morán, 2004)

Arquetipos de padres	Padre/madre	Hijos/as
Padres maduros	Tolerantes, no permisivos; tienen autoridad y no son autoritarios.	Responsables, autónomos; se sienten queridos, respetados y tenidos en cuenta.
Padres autoritarios	Rígidos, poco flexibles; uso del autoritarismo.	Reprimen la agresividad o son rebeldes; no saben dar o recibir afecto.
Padres sobreprotectores	No dejan elegir al niño, lo hacen por ellos.	Baja tolerancia a la frustración, impacientes, tiránicos con los padres, inseguros y sumisos con el resto; con baja autoestima.
Padres directivos	Dirigen todas las actividades del hijo, invasivos, perfeccionistas y con elevada exigencia.	Sumisos, ansiosos, no creativos; consideran el respeto al otro como sinónimo de imposición de normas.
Padres permisivos	Ausentes, permisivos; no saben imponer su autoridad.	Inseguros, perezosos; no saben interiorizar normas morales; ansiosos y con falta de motivación.
Padres ansiosos	Dramatizan las situaciones, manipuladores, evitan responsabilidades y ven el mundo como amenazante.	Miedosos, se bloquean ante problemas vitales, sienten angustia, somatizan, no asumen responsabilidades; resultan conflictivos en las relaciones con los otros.

Fuente: Fodor, E. y Morán, M. (2012). Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño. En L. Llavona y F. Méndez, *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 97-114). Madrid: Pirámide.

Otra información básica que hay que recoger sobre la forma de actuar de los padres, se basa en la clasificación más reciente de Fodor, Molerés y Morán, 2004 (Fodor y Morán, 2012). Estos autores nos hablan de seis **arquetipos de padres**.

Reflexión

¿Con qué arquetipo os identificáis como padres o cuáles habéis experimentado como hijos/as?

Conocer los **estilos educativos** que utilizan los padres de la niña/adolescente y el **tipo de padres** que son nos ayudan a determinar:

- El posible grado de implicación y responsabilidad que podemos pedir a los padres y qué pueden/quieren asumir.
- Qué pautas les podemos pedir y cuáles son poco realistas que cumplan.
- Cómo hemos de plantear la intervención.
- Qué aspectos provocarán su rechazo inmediato y cuáles aceptación.
- La estrategia comunicativa para dialogar con los padres.
- Cómo nos tenemos que dirigir al niño y cómo trabajar con este.

2.4.2. Dificultades frecuentes que pueden surgir en las sesiones

Ezpeleta (2016) menciona que el éxito de la intervención psicológica infanto-juvenil se asocia a los siguientes factores:

- Las consecuencias o grado de afectación del problema en el funcionamiento del niño/adolescente y en el funcionamiento familiar.
- El malestar subjetivo que provoca en la niña/adolescente y progenitores.
- La complejidad del problema.
- La motivación para el cambio de los progenitores y del niño/adolescente.
- Las expectativas de los progenitores y del niño/adolescente con respecto a la intervención.
- Las resistencias del niño/adolescente y padres/madres.
- La percepción de apoyo social con que cuentan.
- Los estilos de afrontamiento del estrés por parte de los progenitores (centrados en el problema origen de estrés o en las emociones negativas que surgen).

Como podéis ver, la mayoría de dichos factores están relacionados con los progenitores. Por lo tanto, si queremos finalizar una intervención con éxito, los progenitores son un ingrediente clave. Además del papel indiscutible de los padres/madres en la génesis, evolución y mantenimiento de los problemas infantojuveniles.

Es fundamental que en la primera visita los progenitores se sientan acogidos, tranquilos, no juzgados, comprendidos, respetados y que puedan expresar sus preocupaciones. Es decir, es necesario establecer un buen *rapport* para fomentar la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, cuando se trabaja con padres y madres es habitual que surja un conjunto de dificultades y resistencias. Las resistencias de los progenitores y de la niña/adolescente afectan claramente a la adherencia y al éxito de la intervención psicológica. Es importante que el psicólogo infantojuvenil las pueda prever y esté preparado para evitarlas, reconducirlas o afrontarlas cuando sucedan. Mantener la calma es imprescindible, y también recordar la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad en la interacción con los progenitores.

Algunas fuentes de dificultades con que os podéis encontrar al trabajar con los progenitores

- Discrepancia entre las informaciones facilitadas por los progenitores y por el niño/adolescente. Hay un bajo acuerdo entre las informaciones proporcionadas por los adultos y por los niños/adolescentes, especialmente en problemas interiorizantes. Generalmente los padres son mejores informadores de los aspectos externalizantes y el niño/adolescente de los internalizantes, a pesar de que los padres también tienden a otorgar más aspectos negativos a sus hijos/as y a enfatizar las conductas exteriorizantes (Ezpeleta, 2001). Los progenitores también son preferibles como informadores de las fechas y datos de la historia del niño/adolescente (del Barrio, 2009).
- Existencia de discordia parental.
- Proceso de separación o divorcio de los progenitores.
- Estado psicológico alterado o psicopatología de uno o ambos progenitores.
- La consulta se lleva a cabo por motivaciones económicas (solicitar ayudas, becas, pensiones en caso de separaciones, etc.) o a instancias de organismos oficiales (servicios sociales, de justicia, etc.).
- La intervención psicológica que planteamos es compleja, larga o con posibles efectos secundarios negativos, aunque sean temporales. En las intervenciones en casos de trastornos del comportamiento es frecuente que, al inicio de establecer los límites, la conducta empeore para posteriormente

disminuir. En estos casos es importante avisar previamente a los progenitores y facilitarles recursos para gestionar sus emociones.

- Los padres/madres deben asumir un papel activo en la intervención como coterapeutas.
- Intentos previos fallidos para solucionar el problema. Se incluyen todo tipo de terapias, tratamientos médicos o farmacológicos intentados por los progenitores.

Algunas dificultades y resistencias de los progenitores que os podéis encontrar a lo largo de la intervención

- Los padres perciben una conducta como problemática pero es adecuada desde el punto de vista evolutivo. Una posible causa es que los padres con problemas muestran una mayor tendencia a percibir problemas en sus hijos.
- Los progenitores dudan de la existencia del problema o trastorno. Acuden a la consulta porque se lo han indicado (maestros, servicios sociales, etc.) o para conseguir un informe y no por interés en la intervención psicológica. Repercute en una baja motivación, baja adherencia y elevado abandono.
- Los progenitores no confían en la eficacia de la intervención o en el terapeuta. Pueden dudar de los objetivos y de las conductas sobre las cuales hay que intervenir indicados por el psicólogo. Ante los progenitores «más resistentes» se recomienda una intervención no directiva. También nos puede ayudar facilitar más información sobre el problema y la intervención.
- Durante el proceso de evaluación destaca la impaciencia de los padres/madres por empezar ya la intervención psicológica, conseguir una mejoría o solucionar el problema.
- Los progenitores intentan preservar su imagen y no facilitan toda la información.
- Los progenitores se cuestionan la propia capacidad de llevar a cabo las pautas indicadas por el psicólogo.
- Todo tipo de quejas de los padres/madres sobre aspectos económicos, horarios, frecuencia de las sesiones de los padres, etc.
- Incertidumbre de los padres sobre si hay que continuar la intervención, dadas las consecuencias vividas hasta el momento.

- Quejas de los padres/madres sobre la falta de apoyo familiar, de la escuela, de las instituciones, etc. Los progenitores perciben más dificultades de las previstas inicialmente para llevar a cabo la intervención y se plantean la finalización.
- Imprevistos o cambios que han surgido y que dificultan poder continuar la intervención.
- Los padres no realizan las actividades para casa o no siguen las indicaciones del psicólogo.
- Cambios frecuentes de citas, no seguir la frecuencia de las visitas recomendadas, etc.
- Expectativas sobre la mejoría del hijo/a y sobre su implicación en el tratamiento que no están basadas en la información proporcionada por el psicólogo. Es decir, expectativas no realistas. Dado que las expectativas se asocian a la adherencia terapéutica y a la eficacia de la intervención, cuando las expectativas no se ajustan a la realidad de la intervención es frecuente el abandono.
- Quejas y dificultades para entender la necesidad de las evaluaciones de seguimiento previstas durante la intervención y cuando finaliza.
- Los padres no se implican en el seguimiento si no hay indicios importantes de reaparición del problema u otros motivos de consulta. No conciertan citas de seguimiento, las anulan, no informan de los aspectos detectados que podrían indicar una intervención psicológica.

Imprevistos

Por ejemplo, el padre se ha fracturado una pierna y no puede moverse, un cambio de trabajo de la madre, etc.

Todos estos puntos nos sirven como señales de alarma de un posible abandono. No siempre está en nuestras manos evitarlo. La tasa de abandono de las intervenciones psicológicas infantojuveniles es importante y una de las principales dificultades a las que se enfrenta el psicólogo (Olivares-Olivares, Macià y Olivares, 2014).

Referencias bibliográficas consultadas

Las fuentes bibliográficas consultadas en la construcción de este apartado son:

Del Barrio, V. (2009). Problemas Específicos de la Evaluación Infantil. *Clínica y salud*, 20(3), 225-236.

Ezpeleta, L. (2016). La evaluación de los trastornos infantiles. En I. Comeche y M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 75-108). Madrid: Dykinson.

Majoros, S. y Postigo, S. (2018). La intervención psicológica infanto-juvenil. En R. González y I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide.

Montoya-Castilla, I. (2018) La evaluación psicológica en la psicología clínica infanto-juvenil. En R. González y I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp.41-64). Madrid: Pirámide.

Moreno, I. (2016). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En I. Comeche y M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 25-74). Madrid: Dykinson.

Olivares-Olivares, P., Macià, D. y Olivares, J. (2014). El papel de los padres en los tratamientos psicológicos. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez y A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 47-61). Madrid: Pirámide.

2.4.3. Recomendaciones básicas

- Aplicar las características, aptitudes y actitudes de la tabla 1.
- Recurrir a las técnicas comunicativas tratadas en el apartado «Habilidades comunicativas».
- Tener en cuenta el *setting* interno y externo, expuesto en el apartado «El *setting* terapéutico».
- Conocer los estilos educativos, arquetipo y apego con el hijo de cada uno de los progenitores.
- Tener mucha paciencia y comprensión. Los padres están preocupados por su hijo/a y acuden a un extraño que los ayudará a solucionar el problema, y en su cabeza podemos encontrar pensamientos como: «nos juzgará y nos dirá que no lo hacemos bien como padres». Es importante identificar las distorsiones cognitivas y falsas creencias para trabajar con estas en la medida de lo posible, recordando que los padres no han pedido intervención psicológica como pacientes, sino para su hijo/a.
- Estar atentos a las actitudes y a su lenguaje no verbal durante las sesiones.
- Ofrecerles información clara, detallada y no ambigua.
- Facilitar la información por escrito, aunque sea resumida y con contenido visual que facilite la comprensión.
- Dar la información a medida que la pueden asumir.
- Proporcionar información adaptándola a su nivel cultural y educativo. Deben comprender la información. Podemos utilizar palabras técnicas pero el menor número posible y siempre explicándolas.
- Entregar una guía o folleto psicoeducativo sobre el problema o trastorno psicológico de su hijo, publicada por una fuente externa fiable (ayuntamiento, ministerio, consejería, asociaciones de enfermos, hospital, etc.) y que hayamos leído previamente. Su finalidad es múltiple. Permite a los progenitores acudir a fuentes externas para ratificar la información que les hemos facilitado y consultar la información cuando haga falta. También podemos facilitar las páginas webs de asociaciones de enfermos, donde,

además, pueden conocer la experiencia de otros progenitores, pacientes, etc.

- Explicar en qué consiste la intervención, si hay actividades para casa, las técnicas y sus posibles efectos, tanto deseados como no deseados. Especialmente importante en la intervención de trastornos de conducta. También el posible número de sesiones y su frecuencia.
- Respecto a las actividades para hacer en casa es mejor limitarlas a las mínimas posibles. Si tienen que rellenar autorregistros que estos sean claros, fáciles, rápidos de rellenar y durante poco tiempo. Plantear la posibilidad de rellenar autorregistros mediante una aplicación para el móvil y que incorporen las medidas de seguridad necesarias.
- En los casos de intervenciones grupales para los padres/madres, establecer un horario y periodicidad de las sesiones que faciliten la asistencia. También hay que incentivar su participación activa en las sesiones (*role-playing*, etc.) y promover la creación de un grupo informal de apoyo entre los participantes que pueda sobrevivir a la finalización del programa.
- Rehuir las discusiones con los padres.
- Evitar llevar al terreno personal lo que sucede en las sesiones como profesional.
- Aplicar estrategias para fomentar la asistencia y continuidad en el tratamiento.
- Hacer un seguimiento telefónico cuando prevemos dificultades para asistir presencialmente. Según la información proporcionada, podemos programar una visita si hace falta. Se trata de facilitar el seguimiento a los progenitores. Hay que tenerlo presente a la hora de hablar del coste y pago de la terapia. Una posibilidad es que cuando finalicen las visitas paguen el seguimiento por adelantado. También buscamos motivarlos a realizarlas.
- Ser honestos.

Cuando percibimos que los progenitores obstaculizan la intervención con sus resistencias (falta de seguimiento de las pautas, falta de asistencia a las sesiones, etc.) os recomendamos hablar con ellos. Es mejor acordar no seguir la intervención si ellos no lo tienen claro o no se pueden comprometer a continuar, que continuar y que acaben abandonando, justificando su abandono en aspectos de la intervención o del psicólogo. Esta forma de proceder deja la puerta abierta a futuras intervenciones psicológicas, tanto realizadas por nosotros como por otros profesionales de la psicología. Recordemos que nuestra prioridad es el bienestar del niño/adolescente. También los podemos derivar a otros profesionales de la psicología con un modelo/s terapéutico/s diferente

Algunas ideas

Para fomentar la continuidad en el tratamiento podemos recurrir a: realizar descuentos en el precio a partir de x sesiones, fijar una matrícula que se devuelve cuando acaban las sesiones de entrenamiento para los padres si no ha habido faltas de asistencia, etc.

y más cercano a las expectativas y demandas de los padres/madres. Recordad que es importante explicar a los progenitores nuestro modelo y sus implicaciones tanto para ellos como para los niños/adolescentes antes de iniciar la intervención. Por ejemplo, si seguimos el modelo cognitivo-conductual tienen que saber que deberán aplicar ellos límites y estrategias operantes en los hijos/as, para lo cual deberán realizar un programa de entrenamiento para padres dos veces a la semana durante x tiempo y con x coste.

2.5. El trabajo terapéutico con los maestros

La niña/adolescente está muchas horas en la escuela o en el instituto, por lo que necesitamos saber si el problema también existe en este ambiente, además de las características de dicha conducta problema y los aprendizajes conductuales relacionados con esta u otras conductas preocupantes. Dicha información la obtendremos de los maestros y aunque sería muy recomendable obtenerla de los compañeros, no suele ser factible, puesto que hace falta el permiso de sus progenitores. ¿Os podéis imaginar la reacción inicial de unos padres cuando se les pide permiso para que su hijo/a hable con el psicólogo de un compañero sobre este último? Además necesitaríamos el permiso de los progenitores de nuestro paciente para hablar con los compañeros de clase, puesto que estamos reconociendo que acude al psicólogo (confidencialidad) y muy probablemente tampoco quieran hacerlo público.

El papel de los maestros y maestras en el mantenimiento de las conductas problema en la escuela/instituto y en su disminución o extinción es fundamental desde el modelo cognitivo-conductual. El maestro no solamente puede intervenir directamente sobre las conductas del niño/adolescente, sino sobre sus compañeros, rompiendo así la secuencia de mantenimiento de las conductas problema, al actuar sobre las contingencias de reforzamiento. Asimismo, es un observador externo a la familia que nos facilita información de un ambiente no accesible para los progenitores (Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar y Parada, 2014). No obstante, debemos tener presente que los adultos tienden a coincidir entre ellos en las informaciones facilitadas y no con las expuestas por el niño/adolescente (del Barrio, 2009).

Es recomendable que los maestros conozcan el problema del niño/adolescente porque puede aparecer en la escuela o repercutir indirectamente en los deberes, etc. Es deseable que conozcan los aspectos principales (no con todo lujo de detalles) del trastorno o problema, y también de la intervención (papel psicoeducativo del psicólogo) y así puedan cambiar sus falsas creencias. También es importante que dispongan de técnicas y estrategias que les permitan actuar ante el problema y modificar ciertas conductas, además de otras que los ayuden a gestionar el propio estrés. La actitud y comprensión del maestro con el niño/adolescente es fundamental para la intervención, cuando actúa como coterapeuta (Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar y Parada, 2014).

La mayoría de las recomendaciones del trabajo con padres del apartado «El trabajo con los padres/madres» las podemos aplicar a los maestros. Es importante recordar que la actividad que realiza el maestro con nuestro paciente es voluntaria a nivel laboral, pero que le pedimos que la haga como parte de su trabajo. Es imprescindible motivarlo y evitar sobrecargarlo con un montón de tareas. Si percibe la posible mejoría en el comportamiento en la clase como un bien común, será más fácil implicarlo en la intervención. Además, lo aprendido le puede servir para otros niños/adolescentes con problemas similares o para prevenir que aparezcan ciertas conductas y mejorar así la «calidad de vida» en el aula.

Los problemas más frecuentes con los maestros suelen ser (Rosa-Alcázar, Rosa-Alcázar y Parada, 2014):

- No asistir a las sesiones programadas.
- No realizar las actividades para casa.
- No rellenar los registros observacionales en la escuela/instituto.
- No continuar con las técnicas aprendidas una vez finalizado el entrenamiento.
- Olvidar el seguimiento programado.

Como podéis ver, son muy similares a los que ocurren con los progenitores.

2.6. El trabajo terapéutico con el niño o adolescente

A la hora de participar en una intervención psicológica con niños/adolescentes debemos tener presentes sus **derechos**. El derecho a ser informados, a que se les diga la verdad, el derecho a la intimidad y a la confidencialidad y el derecho a participar en las decisiones.

Recordad que estos derechos siempre dependen de la madurez cognitiva y emocional del niño/adolescente y de su comprensión de la situación. Por ejemplo, no siempre es aconsejable facilitar toda la información disponible al niño/adolescente, previamente habrá que determinar si puede asimilarla y si es imprescindible para la intervención (Riquelme et al., 2014).

Previamente a la intervención psicológica con los niños/adolescentes hemos de tener siempre en cuenta su grado de **desarrollo cognitivo, conductual y emocional**. Su edad nos orientará en el grado de desarrollo esperado en aspectos como la memoria, el lenguaje (comprensión, capacidad expresiva, etc.), la atención, la orientación temporal, la comprensión de emociones, la cognición social, el autoconcepto, etc. Además, necesitamos la evaluación psicológica para determinar la capacidad y madurez cognitiva, emocional y conductual de la chica/chico (Ezpeleta, 2001). Toda esta información nos ayudará a decidir cómo comunicarnos con él/ella, el tipo de intervención y las técnicas que uti-

lizaremos (terapia de juego, mentalización, reestructuración cognitiva, etc.). En esta decisión también hemos de considerar el problema o trastorno, las individualidades de la niña/adolescente y de su familia, y nuestro/s modelo/s de intervención.

Siempre hemos de tener en mente que nuestro paciente es el niño/adolescente y, por lo tanto, necesitamos conocer la información que nos puede aportar. Hemos de evitar dar más credibilidad a los padres que a los niños/adolescentes. ¿Quién mejor que los propios niños/adolescentes para explicarnos su mundo interno? (del Barrio, 2009). La niña/adolescente y sus progenitores pueden no coincidir en las informaciones por muchos motivos, por lo que necesitamos disponer de diferentes informadores. Recordemos que los niños/adolescentes se suelen comportar de modo distinto en diferentes ambientes, situaciones y personas. Además de que cada cual tenemos diferentes percepciones e interpretaciones de las situaciones, valores y esquemas mentales que condicionan lo que observamos y comunicamos (Ezpeleta, 2001).

Conocer el tipo de apego **paterno/materno**, los **estilos educativos y arquetipos** de los progenitores, nos ayudará a comprender y comunicarnos con el niño/adolescente. Igualmente, podemos aplicar las habilidades comunicativas del apartado «Habilidades comunicativas», siempre teniendo en cuenta la edad y la madurez del niño/adolescente.

El **vínculo terapéutico** que se forma entre el psicólogo y el niño/adolescente es uno de los aspectos más relevantes de la intervención psicológica y que hay que cultivar. Ya sabéis que va ligado a la **alianza terapéutica** y al abandono (real o en forma de actitud de renuncia). Aspectos como la empatía, la honestidad y la confianza son básicos para su establecimiento, además de los expuestos en el apartado «Características, aptitudes y actitudes», «El *setting* terapéutico» y «Habilidades comunicativas». Saber escuchar y saber preguntar son aspectos fundamentales para comunicarse con los niños/adolescentes, al igual que con los adultos. Recordemos que a los niños no les gustan «los interrogatorios» de los adultos y mucho menos a los adolescentes. Debemos utilizar un vocabulario adecuado a su edad y nivel de comprensión, y también evitar el uso de refranes, frases hechas o que impliquen ironía o terceras intenciones. Mejor preguntas cortas, claras, no ambiguas y con un tema por pregunta. Pronunciaremos claramente y sin recurrir a un habla infantil. Si no estamos seguros de lo que nos dicen pediremos una aclaración, evitaremos «adivinar» lo que quieren decir. Antes de hacer una pregunta valoraremos si es precisa considerando cómo se puede sentir emocionalmente el niño/adolescente cuando la hacemos. Le proporcionaremos tiempo para que responda, sin interrumpirlo. También es importante incluir el nombre de las personas en las preguntas, en lugar de los pronombres (Ezpeleta, 2001; Roji, 1994).

Una forma muy recomendable de promover la **adherencia terapéutica** del niño/adolescente es incluirlo en el establecimiento de los objetivos terapéuticos, siempre que sea posible por factores como la edad y la madurez cognitiva y emocional. La participación en el establecimiento de los objetivos puede implicar desde consensuar con ellos las consecuencias de realizar una acción, hasta definir el objetivo específico a trabajar. Buscamos motivarlo y que se involucre en la intervención. Recordemos que los niños/adolescentes no suelen pedir la intervención psicológica, ni acudir voluntariamente y muchas veces no son conscientes de sus problemas. También es recomendable hablarles de las actividades y técnicas que nos ayudarán a cumplir con los objetivos (metas). Cuanto más atractivas le resulten las actividades o técnicas empleadas al niño/adolescente, más fomentaremos su participación. Podemos recurrir a la terapia de juego, dibujos, *role-playing*, etc., o a reforzadores para participar en las actividades propuestas (Riquelme et al., 2014). Recordad que las explicaciones las debemos hacer siempre de una forma comprensible para su edad y capacidad.

Un aspecto relevante en la intervención psicológica con niños y jóvenes es la necesidad de establecer límites en el niño/adolescente. Los **límites** en las sesiones forman parte del *setting* interno de la estructura terapéutica y son imprescindibles, puesto que como afirma Landreth (2018):

- Facilitan la seguridad física y emocional al niño/adolescente.
- Protegen el bienestar físico del psicólogo y lo ayudan a poder mantener la empatía y la aceptación del niño/adolescente.
- Promueven el desarrollo del autocontrol, de la responsabilidad y de la toma de decisiones en el niño/adolescente.
- Conectan la sesión con la realidad y facilitan la generalización de los aprendizajes y experiencias a la realidad existente fuera de las sesiones.
- Refuerzan el hecho de que la relación psicólogo-niño/adolescente es una relación profesional.
- Protegen los materiales y la sala.

Es necesario que cuando los establecemos lo hagamos con seguridad, paciencia, tranquilamente y con firmeza. Es fundamental que los límites sean claros, por lo tanto, evitaremos los límites condicionados puesto que confunden a los niños y niñas (por ejemplo, «No subas encima de las sillas pequeñas»). También hemos de dirigirnos a ellos de forma que les transmitamos claramente su responsabilidad. Evitaremos hacer frases como: «Nosotros no subimos al sofá», «Los niños no cogen las figuras», etc. Recordemos especialmente que debemos ser coherentes con los límites que hemos establecido, con nuestros

comportamientos y actitudes. El sentimiento de seguridad, tanto de los niños como de los adultos, también se relaciona con la capacidad de realizar predicciones sobre lo que nos rodea (Landreth, 2018).

A la hora de establecer los límites debemos tener presentes las características del niño/adolescente y de su problema o trastorno. No estableceremos los mismos límites en el caso de un niño con timidez que en un niño con trastorno del comportamiento. Recordemos que no se trata de hacer un listado enorme y que, en caso de niños con oposicionismo o rebeldía, se les puede plantear como si se tratara de un reto. Es básico que no se plantee como una prohibición, sino que la niña/número sea la responsable de cambiar la conducta (por ejemplo, «La mesa no está para que le pegues; con el juego del martillo puedes golpear fuerte»). Recomendamos establecer límites ante conductas peligrosas o perjudiciales, muestras inapropiadas de afecto, llevarse objetos de la sala, comportamientos que interfieren con la dinámica de la sesión (entrar y salir del despacho, pedir marchar antes con insistencia, etc.) o romper o destrozarse objetos, muebles, etc. (Landreth, 2018).

En el caso de que un niño rompa los límites se recomienda no amenazarlo y que las consecuencias solo se apliquen a aquella sesión. Una posible forma de actuar la encontraréis en el ejemplo siguiente:

Si eliges tirar el zapato al espejo otra vez, eliges no jugar con la pelota los diez minutos que faltan para terminar la sesión de hoy. Si eliges no tirar el zapato, escoges continuar jugando con la pelota los diez minutos que faltan para acabar la sesión de hoy.

Como podéis ver, hablamos de las consecuencias y de la responsabilidad del niño/a chico, sin rechazar ni castigar al niño/adolescente y solo hablando de la sesión de hoy. Es imprescindible que el psicólogo mantenga lo que ha dicho (Landreth, 2018).

Landreth (2018), en su terapia del juego centrada en el niño/a, nos propone diez **principios para relacionarnos** con los niños y las niñas que os recomendamos recordar durante las intervenciones psicológicas con ellos.

Principios para relacionarse con los niños y niñas (Landreth, 2018, pp. 74-75)

- 1) Los niños no son adultos en miniatura.
- 2) Los niños y niñas son personas.
- 3) Los niños y niñas son únicos y dignos de respeto.
- 4) Las niñas y niños son resilientes.
- 5) Las niñas y niños tienen una tendencia inherente hacia el crecimiento y la madurez.
- 6) Las niñas y niños tienen la capacidad de dirigirse a sí mismos de una forma positiva.
- 7) El lenguaje natural de los niños y niñas es el juego.
- 8) Los niños y niñas tienen derecho a permanecer en silencio.
- 9) Los niños llevarán la experiencia terapéutica hacia donde ellos necesitan.
- 10) No se puede acelerar el crecimiento de los niños y niñas.

Bibliografía

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). Parentalidad, buenos tratos y competencias parentales. En J. Barudy y M. Dantagnan, *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental* (pp. 31-51). Barcelona: Gedisa.
- Bermejo, A., Estevez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Cruz, J., Polo, A., Sueiro, M. J. y Velázquez, F. (2014). *CUIDA. Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadoras*. Madrid: TEA.
- Comeche, M. y Vallejo, M. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.
- Del Barrio, V. (2009). Problemas Específicos de la Evaluación Infantil. *Clínica y salud*, 20 (3), 225-236.
- Duran, N., Manolelles, M. y Pascual, R. (2019). *Guia de plantes medicinals dels Països Catalans*. Valls: Cossetània Edicions.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Ezpeleta, L. (2016). La evaluación de los trastornos infantiles. En I. Comeche y M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 75-108). Madrid: Dykinson.
- Fodor, E. y Morán, M. (2012). Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño. En L. Llavona y F. Méndez, *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 97-114). Madrid: Pirámide.
- Haeussler, I. M., Léniz, I., Bunge, C. y Bonfill, M. (2018). *Psicoterapia de niños y adolescentes. Actividades para la práctica clínica*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Heller, E. (2010). *La psicología del color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.
- Landreth, G. L. (2018). *La terapia del juego. El arte de relacionarse jugando*. Barcelona: Obelisco.
- Majoros, S. y Postigo, S. (2018). La intervención psicológica infanto-juvenil. En R. González y I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 65-98). Madrid: Pirámide.
- Mohl, A. (2003). *El aprendiz de brujo. Manual de ejercicios prácticos de programación Neurolingüística*. Málaga: Sirio.
- Montoya-Castilla, I. (2018). La evaluación psicológica en la psicología clínica infanto-juvenil. En R. González y I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 41-64). Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2016). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En I. Comeche y M. A. Vallejo, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 25-74). Madrid: Dykinson.
- Moreno, A. y Fernández, I. (2014). Destrezas terapéuticas sistémicas. En A. Moreno, *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 211-258). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nahoul, V. y González, J. (2016). *Técnicas de entrevista con adolescentes. Integrando modelos psicológicos*. Argentina: Brujas.
- Nardone, G. (2006). *Corrígeme si me equivoco. Estrategias de dialogo en la pareja*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: Herder.
- Olivares-Olivares, P., Macià, D. y Olivares, J. (2014). El papel de los padres en los tratamientos psicológicos. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez y A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 47-61). Madrid: Pirámide.
- Riquelme, A., Ortigosa, J. y Méndez, F. X. (2014). La relación terapéutica con el niño y adolescente. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez y A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 25-46). Madrid: Pirámide.

Roji, B. (1994). *La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED.

Roji, B. y Cabestrero, R. (2018). *Entrevistas y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.

Roji, B. y Saúl, L. A. (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores*. Madrid: UNED.

Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, A. y Parada, J. L. (2014). La colaboración de los profesores en la escuela. En J. M. Ortigosa, F. X. Méndez y A. Riquelme, *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 63-81). Madrid: Pirámide.