

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA EN NIÑOS

Lic. Eduardo Bunge*



Resumen: En el siguiente artículo se hace una breve mención a la terapia cognitiva en general y las particularidades que presenta la misma cuando se aplica en niños. Debido a que se hizo énfasis en cuales son los pasos generales de dicha modalidad y no se profundiza en detalle cada concepto, es probable que quienes estén interesados en dicha práctica no encuentren respuestas a todas sus inquietudes.

INTRODUCCIÓN: Hace ya muchos años que la terapia cognitiva demostró ser eficaz para los tratamientos de diversos trastornos. Es amplia la difusión acerca de la eficacia de **la terapia cognitiva para la depresión** de Aaron Beck y de otros modelos más para diversos trastornos de ansiedad como por ejemplo el Trastorno de Angustia (ataque de pánico). En la **Argentina** la terapia cognitiva empieza a cobrar mayor difusión en los últimos años. Pero, fundamentalmente orientada hacia los tratamientos para pacientes **adultos**.

Distinto es el caso de la terapia cognitiva **en niños** que no cuenta con la misma **difusión y desarrollo**. Son pocas las instituciones donde se practica dicha modalidad psicoterapéutica y no se cuenta con muchos referentes teóricos ni clínicos en nuestro país.

HIPÓTESIS BÁSICA DE LA TERAPIA COGNITIVA: Para quienes no manejan las nociones básicas de la terapia cognitiva, sería importante aclarar que la hipótesis básica de la misma afirma que **“lo que usted piensa determina lo que usted siente”**(7). Es decir, en el mundo hay una serie de acontecimientos que pueden ser tanto positivos, como neutros, o negativos, cada uno interpretará estos hechos con una serie de pensamientos que fluyen continuamente en su mente. A esto se lo llama **“diálogo interior”**. Estos pensamientos y no los hechos reales, son los que determinarán su estado de ánimo. El **objetivo** de la Terapia Cognitiva Comportamental se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no enfermamos por la situaciones en sí, sino por las interpretaciones que de ellas hacemos.

TRATAMIENTOS INVESTIGADOS EN NIÑOS: La terapia cognitiva comportamental (TCC) basa su abordaje en **tratamientos específicos para trastornos específicos** (10). Dichos tratamientos son probados empíricamente para poder determinar su eficacia (9). En el caso de los trastornos infantiles diferentes tratamientos cuentan con evidencia que abala su eficacia: el caso de la TCC para **niños ansiosos** “Kendall et al. (1997)”, el programa de tratamiento de Barkley y Benton para los niños con **Trastorno oposicionista desafiante y problemas de conducta**, el caso de la desensibilización para **las fobias** “Ultee, Griffioen y Schellekens (1982)”, el entrenamiento a padres para los niños con Trastorno por **déficit de atención e hiperactividad (TDAH)** “Pelham et al (1998)” y en el caso de **la depresión** el programa de “Stark y Kendall (1996)”. Actualmente se encuentran trabajando distintos grupos en la validación de otros tratamientos como por ejemplo el tratamiento para el **Trastorno Obsesivo Compulsivo** (John March y Karen Mulle).

A pesar de todas estas pruebas existe cierto prejuicio acerca de que la TCC en niños no se podría realizar por cuestiones referidas al nivel de **desarrollo cognitivo** o a que su **“aparto psíquico”** no es apto para dicha modalidad terapéutica. Respondiendo a esto haría falta aclarar que la TCC en niños cuenta con importantes diferencias de la terapia con adultos que se desarrollan a continuación.

DIFERENCIAS CON LA TERAPIA COGNITIVA EN ADULTOS: El primer aspecto a tener en cuenta sería el referido al estadio del **desarrollo cognitivo** del niño que se trata. En el caso de los niños en un nivel de pensamiento pre-operatorio la limitación para el trabajo cognitivo con el niño va a ser importante y esto significará un mayor trabajo con los padres. En cambio, aquellos niños que ya presenten un nivel de pensamiento operatorio formal (12 años en adelante aproximadamente) van a estar más capacitados para el trabajo cognitivo y la intervención con los padres va a ser menor.

Otra diferencia significativa es la importancia del **trabajo con los padres**, lo cual no difiere de otras escuelas. Éste va a depender del trastorno, la edad del chico, etc. Así, por ejemplo en el caso del

trastorno obsesivo compulsivo, la intensidad de las intervenciones con los padres va a depender de diversos elementos como ser: la edad del niño, la necesidad de implementar estrategias conjuntas de extinción de las obsesiones y compulsiones, la disposición que la familia muestre en colaborar y el grado de interacciones familiares disfuncionales que haya (13).

Por último cabría destacar que en el trabajo con niños **los sistemas diagnósticos operativos** como el DSM IV muchas veces presentan limitaciones y que las manifestaciones sintomatológicas descritas para los distintos cuadros en niños difieren de los cuadros descritos en adultos, lo cual en ciertos casos puede complejizar la labor diagnóstica.

TRATAMIENTO:

1. Rol del terapeuta: El terapeuta adopta una postura activa en dichos tratamientos cumple con diversas funciones: la de **diagnosticar**, la de **consultante**, lo que implica un modelo de trabajo colaborativo con el paciente en la búsqueda de la solución de los problemas y la de **educador** que provee ciertas estrategias para aprender determinadas habilidades cognitivas y comportamentales (12).

2. Evaluación diagnóstica: Debido a que los abordajes de la TCC son específicos para cada trastorno lo primero que debemos realizar cuando consultan los padres será la evaluación diagnóstica. Para ello se pueden realizar **entrevistas clínicas** (algunas de las cuales pueden estar estructuradas, por ejemplo: K-SADS) con los padres, con la escuela y con el paciente. Se cuenta también con diversos **instrumentos diagnósticos**. Estos consisten en **escalas** que pueden ser dirigidas a los padres, a la escuela o administradas por el terapeuta con el niño. Algunos de los casos más conocidos son el de CDI (Inventario de depresión infantil adaptado por M. M. Casullo al castellano en 1995), el Listado de Comprobación de Conductas, que permite recabar información acerca de diversos trastornos (1), el SCAReD, una escala auto aplicada de ansiedad para niños de Boris Birmaher (1995) y la Escala de distracción y actividad-impulsividad de Barkley y Murphy para el TDAH.

Cabe aclarar que si bien los abordajes TCC son específicos para trastornos específicos, muchos pacientes no presentan un trastorno mental como los casos de depresión, ansiedad, TDAH, etc. Los sistemas de diagnóstico reconocen esto y es por ello que diferencian a los **trastornos de los problemas** (11) dentro de los cuales podrían estar los problemas de relación paterno filiales, entre hermanos, problemas académicos o problemas biográficos como los asociados con las distintas etapas del desarrollo u otras circunstancias vitales (2). Para dichos problemas el tratamiento no es algo que esté estipulado de antemano sino más bien se irá desarrollando "artesanalmente" por el terapeuta. Debido a que en estos casos no se puede realizar el diagnóstico de un trastorno mental, cobra un importante papel la conceptualización del caso que se realice.

Una vez **elaborado el diagnóstico se informa a los padres y al niño del mismo**. En el caso de los niños se puede pedir al mismo que le de un nombre a su patología. Se busca un nombre acorde a la edad y a las características del trastorno y se le dice que juntos trabajaremos para combatirlo, como por ejemplo en el caso de los niños con problemas en el control de enojo o Trastorno obsesivo compulsivo.

3. Conceptualización del caso: Una vez informados del diagnóstico se pasa a realizar la conceptualización del caso. La misma provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente. Sería una suerte de hipótesis acerca del modo en que el paciente llegó a desarrollar su trastorno psicológico que abarca los aprendizajes y las experiencias tempranas que contribuyen a sus problemas actuales, las creencias y pensamientos, los factores que contribuyeron a que sus problemas no se puedan resolver y cómo se ve a sí mismo y a los demás (5). En el caso de los niños en los cuales no se cuenta con un trastorno, sino con un problema, este paso cobra especial importancia y podría reemplazar a la devolución diagnóstica.

4. Psicoeducación: La psicoeducación consiste en darle al paciente una breve explicación acerca de su trastorno, sus orígenes, cuán frecuente es en la población, las principales características de la sintomatología, las alternativas de tratamiento y las características del mismo como ser la técnicas específicas y la duración estimada. Este paso es importante para el desarrollo de una fuerte relación terapéutica (14).

5. Técnicas específicas: Algunas de la técnica específicas son:

El entrenamiento en el **reconocimiento de la emociones** ya que muchos niños no diferencian emociones como ser triste de aburrido o de enojado. Uno de los primeros pasos será poder diferenciar y nombrar estas emociones para que pueda darse el siguiente paso.

Se instruye a los pacientes en la **identificación y el monitoreo de los pensamientos automáticos**. Estos son pensamientos que escapan a la voluntad del paciente, que son extremadamente rápidos y poseen una estructura telegramática. Es por eso que no se detienen a cuestionarlos y se los toma como certeros. Estos pensamientos dan lugar a las diversas interpretaciones que cada uno realiza de las situaciones que le toca vivir e influyen en su estado anímico.

Una vez que eso es aprendido lo que sigue es reconocer la **relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta**. Así, por ejemplo, el niño que por las noches piensa que algo le

puede suceder a sus padres cuando dejan su casa es probable que se sienta ansioso y no pueda dormir (ejemplo tomado de los niños con trastornos de ansiedad); el caso del niño que piensa que sería imposible que alguien como el apruebe la evaluación de matemática, es probable que se sienta desganado y por ende, no estudie, el resultado probablemente sea que el niño no apruebe dicha evaluación y esto refuerce dicho pensamiento (ejemplo de trastorno del estado de ánimo); o por último, el caso del niño que piense que sus compañeros se quieren burlar de él, es probable que se enoje con ellos y finalmente los agrede (ejemplo de los niños con dificultades en el control de la ira).

Seguido a esto restaría poder **generar modos alternativos de interpretar las diversas situaciones**. Es decir que el niño que creía que sus padres podrían tener un accidente, realice experimentos orientados a que él mismo pueda desconfirmar dichos pensamientos (es errónea la creencia de que los terapeutas cognitivos decimos a nuestros pacientes lo que tienen que pensar) y que él mismo pueda generar una visión alternativa más adaptativa.

6.Trabajo con la familia: Siempre que se trabaja con niño, mas allá de la escuela, el trabajo con los padres resulta sumamente importante. Hay que tener en cuenta diversos aspectos como ser la intervención sobre la psicopatología paterna. Esto puede hacerse mediante la orientación a padres o la derivación para tratamiento individual si es necesario. El trabajo sobre cuestiones como la impulsividad y la ira que pueden influir en la sintomatología del niño y el trabajo con las creencias disfuncionales de los padres como ser "mi hijo tiene que ser el mejor, si no me **preocupo** por él algo malo le puede pasar, etc.". Sobre cuestiones como el manejo de la conducta y las situaciones problemáticas del hogar y las interacciones con los hermanos y otros significativos.

7.Prevenición de recaídas: En las fases finales del tratamiento se suele realizar un trabajo de prevención de recaídas que consiste en repasar las distintas estrategias utilizadas que dieron resultados en la resolución del conflicto.

Es frecuente escuchar que este tipo de abordajes suele "tapar el síntoma y que éste vuelve a aparecer". Hay una gran cantidad de investigación que demuestra que esto no es así, e incluso que los aprendizajes y resultados obtenidos en una determinada área de la persona se generalizan hacia otras.

COMENTARIO FINAL: A la vista de los resultados que esta modalidad terapéutica demostró en diversas investigaciones sería pertinente poder difundir dichos trabajos con mayor profundidad para que aquellos psicólogos de nuestro país que estén interesados puedan tener acceso a ellos.

*Miembro de la Asociación Argentina de Terapeutas Cognitivo. Posgrado en terapia Cognitiva, Fac. de Psicología, UBA. Psicólogo clínico: I.C.I.D. Centro de atención infanto juvenil .Esmeralda 1376, 7° Cap.Fed; Monseñor Alberti 854, San Isidro, Buenos Aires. Tel:4742-3061. E-mail: lalobunge@yahoo.com

Bibliografía:

1. Ackenbach. Listado de comprobación de conductas.
2. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic,Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington. A.P.A. Press
3. Barkley y Benton (1998) *Hijos desafiante y rebeldes*. Editorial The Guilford Press.
4. Barkley, Murphy y Bauermeister (1998) *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Editorial The Guilford Press.
5. Beck, J (1995) *Terapia cognitive, Conceptos Básicos yProfundización*. Editorial The Guilford Press.
6. Birmaher. B. (1995) *Escala de ansiedad para niños autoaplicada para padres*.
7. Burns, D. (1980) *Sentirse bien*. Edición Altaya, pg. 44.
8. Casullo, M. M. (1995) *Inventario de depresión infantil María Kovacs*.
9. Echeburúa, C. (2001) *Eficacia de la terapias psicológicas: de la investigación a la práctica*. *Revista internacional de Psicología clínica y de la salud*. Vol. 1 N°. 1. pp. 181-204.
10. Keegan, E. *Las aplicaciones de la psicoterapia*.
11. Keegan, Rutzstein (2003) *Justo y necesario*. *Revista perspectivas bioéticas*. Ediciones del signo, Vol.8.
12. Kendall, P. (2000) *Child and adolescent therapy*. Editorial The Guilford Press.
13. March, J. y Mulle, K. *OCD in children and adolescents*. Editorial The Guilford Press.
14. Sacco, W y Beck, A. (1995)*Handbook of depression*. Editorial The Guilford Press.

