

Implementación de Metáforas en la Terapia Cognitiva con Niños

Eduardo Bunge: Equipo de Terapia Cognitiva Infanto-juvenil (ETCI). Asociación Argentina de Terapia Cognitiva. Mail: eduardobunge@psi.uba.ar

Martín Gomar, Equipo de Terapia Cognitiva Infanto-juvenil (ETCI). Universidad de Belgrano. Mail: martingomar@hotmail.com

Javier Mandil, Equipo de Terapia Cognitiva Infanto-juvenil (ETCI). CEMIC. Mail: jmandil@uol.com.ar

ETCI: cognitivainfanto@gmail.com

Resumen:

En el presente artículo se consideran las particularidades evolutivas y motivacionales que dificultan la aplicación de la Terapia Cognitivo Comportamental en poblaciones infantiles. A partir de la revisión de literatura basada en evidencia, se sugiere que la utilización de metáforas, historias, analogías y otras formas lingüísticas acordes al momento evolutivo e intereses de los niños constituyen algunos de los recursos óptimos para superar estas dificultades. Se describen algunas intervenciones acordes a las diferentes etapas del tratamiento y se ejemplifica con dos viñetas clínicas.

Palabras Claves: Metáfora-Comunicación-Terapia cognitiva con niños-Alianza-Técnicas

Introducción: Limitaciones en la implementación de la Terapia Cognitiva con Niños:

En toda psicoterapia la comunicación es una de las herramientas principales. Poder participar en una interacción fluida y adaptada a las necesidades del paciente es fundamental para el logro de los objetivos. En los tratamientos con niños esto se vuelve un desafío especial para los terapeutas. El uso de un lenguaje adulto puede obstaculizar el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica y la asimilación de las intervenciones. Así mismo, para el adulto utilizar un lenguaje acorde al nivel evolutivo e intereses del paciente suele ser dificultoso.

A continuación se resaltan algunos obstáculos que los terapeutas enfrentamos al trabajar con niños:

- En los albores del pensamiento operatorio concreto, las nociones de causalidad se desarrollan en manera rudimentaria, pudiendo aplicarse a las situaciones en las cuales el niño participa en el momento presente.
- Reflexionar acerca de las consecuencias de su propia conducta, elemento esencial a toda terapia cognitiva, puede constituir un desafío que exceda las capacidades del paciente.
- La perspectiva egocéntrica de los niños dificulta la reflexión sobre las necesidades y motivaciones de los otros, y la diferenciación e interrelación de sus conductas, pensamientos y emociones.
- Por último, las diferencias en su capacidad atencional, memoria y motivación limitada harían impracticable un enfoque abstracto y demasiado formal (Grave y Blisset, 2004).

Todo esto impone importantes restricciones a la implementación de un tratamiento cognitivo comportamental tradicional. Sin embargo, diferentes investigaciones sugieren la viabilidad de la TCC con poblaciones infantiles a partir de ciertas modificaciones, siendo la utilización de metáforas una de las principales herramientas.

Investigaciones sobre la utilización de las metáforas en TCC con Niños

Shaffer (1996) afirmó que la producción de adaptaciones en las formas verbales utilizadas y en la modalidad de las preguntas, pueden ayudar a sortear diversas particularidades del desarrollo, permitiendo la toma de perspectiva social, la reflexión respecto a diversos estados emocionales y la capacidad de entender que las creencias de un otro podrían diferir de las propias.

Un interesante estudio se realizó con el objetivo de investigar la preferencia y el mayor compromiso de los niños en la implementación de instrucciones de relajación metafóricas en comparación a las literales. Se expuso a una muestra de 33 chicos en edad pre-escolar a entrenamiento en relajación muscular con instrucciones directas y también metafóricas, como por ejemplo: "Jugá a que sos una tortuga metiéndose en su caparazón". Se los encuestó acerca de sus preferencias respecto a qué tipo de ejercicio fue su favorito. Los resultados fueron que todos los chicos prefirieron las instrucciones metafóricas antes que las literales (Heffner, Greco y Eifert, 2003).

Otros datos aportados por la investigación fueron que los niños con estilo atribucional internalizante y buen nivel intelectual aceptaban en manera más amplia la implementación de metáforas (Heffner, Greco y Eifert, 2003).

Ronen T. (1993) realizó dos estudios de caso, de tratamientos exitosos para un niño con encopresis de 6 años y una niña con terrores nocturnos de 8 años de edad. En los mismos se verificó que el uso de demostraciones basadas en la vida real y de metáforas usuales al universo de experiencia del niño optimizaron el proceso de enseñar a los pacientes habilidades para manejar sus comportamientos problemáticos (Ronen, 1993a; Ronen, 1993b). La autora concluye que al implementar la TCC con niños se deben traducir los conceptos abstractos y holísticos en ejemplos concretos, relacionándolos con los eventos diarios habituales en el entorno del niño (Ronen, 1992).

Tal vez uno de los ejemplos más claros del efecto motivacional que tiene el uso de metáforas, analogías y cuentos (Friedberg, 1994) puede hallarse en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo pediátrico. Ejemplos de ello son el protocolo de tratamiento desarrollado por March y Mulle (1998), y el modelo de abordaje de Pinto Wagner (2003).

La terapia cognitiva conductual es considerada como el tratamiento de primera elección para los niños con TOC tanto severo como moderado (March, Frances, Carpenter y Kahn, 2007)

March y Mulle (1998) desarrollaron un protocolo para el tratamiento del TOC en niños y adolescentes, donde se implementa la "externalización del problema" descrita por White, Epston y otros (Freeman, Epston y Lobovits, 2001). La misma consiste en trazar una analogía entre el trastorno y un enemigo monstruoso al que se tiene que enfrentar.

En un estudio piloto realizado con adolescentes de 13 a 17 años realizado por Thienemann y col. (2001) que se basaba en dicho modelo observaron una serie de datos que apoyarían las hipótesis propuestas acerca del uso de las metáforas. En primer lugar se observó una mejoría clínica y estadísticamente significativa en la sintomatología obsesiva compulsiva medida por la Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Al mismo tiempo, una consistente involucración en el diseño de exposiciones. Y por último, en medidas de auto informe se confirmó la satisfacción de los adolescentes con dicha terapia.

Pinto Wagner (2003) por su parte ha propuesto importantes aportes a la adaptación de la TCC en niños para el tratamiento del TOC. Realizó un protocolo sensible al desarrollo de los niños donde

se explican las intervenciones mediante diversas metáforas. Por ejemplo, el concepto de habituación que se da durante la exposición y prevención de respuesta se explica como “la dificultad que se encuentra al querer subir una montaña en bicicleta”. “Cuesta arriba puede resultar difícil pero luego cuesta abajo resulta más sencillo”. La sensación de domino sobre el TOC que se genera una vez finalizada la exposición se traduce como la sensación que se encuentra luego de haber superado “la montaña de la preocupación”.

Consideraciones sobre los hallazgos clínicos

Estos resultados parecen documentar que el cuidadoso uso del lenguaje, adaptado a las particularidades evolutivas y a los intereses usuales de los niños colabora en transformar la terapia en un entorno de aprendizaje adecuado.

Desde la epistemología evolutiva se entiende que todo proceso de aprendizaje significativo se realiza en un nivel de discrepancia óptimo: los estímulos emitidos en el ambiente de aprendizaje plantean problemas cuya resolución favorece el desarrollo del conocimiento, pero han de ser lo suficientemente adecuados al funcionamiento lógico actual para que puedan ser asimilados por las estructuras cognitivas preexistentes (Piaget, 1975).

El razonamiento puede ser demostrado implementando atrapantes historias, analogías y metáforas. A partir de estas, conceptos abstractos como los factores causales adquieren una forma concreta y los procesos introspectivos pueden observarse de manera externa. Las limitaciones de conocimiento, memoria y motivación son superadas a partir del aprovechamiento de personajes, escenarios y situaciones interesantes para el niño (Friedberg, 1994).

Estos recursos provenientes de las perspectivas constructivistas han sido descriptos como un cambio de paradigma en la psicología cognitiva. Sin embargo, esta integración no necesariamente implicaría desechar las técnicas cognitivo-comportamentales establecidas. En realidad, es posible reformular las técnicas clásicas en el marco de un modelo narrativo (Meichenbaum, 1995).

Desde esta perspectiva, sugerimos como **hipótesis principal** del presente artículo que el desafío del terapeuta cognitivo comportamental infanto-juvenil consiste en encontrar la metáfora apropiada para el nivel evolutivo del paciente y construir una narrativa terapéutica alrededor de la misma, teniendo en cuenta sus intereses (Grave y Blisset, 2004). Entendiendo que “la metáfora” en la comunicación interpersonal, tal como la define la Real Academia Española, consiste en:

“La aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto...con el fin de sugerir una comparación...y facilitar su comprensión” (Real Academia, 2007).

Implementación de metáforas en el proceso terapéutico

En la etapa de **evaluación** las metáforas pueden: a) facilitar la co-construcción de la alianza terapéutica, b) permitir al niño que comprenda cuál es el rol del terapeuta, y c) facilitar el acceso a la información necesaria para el diagnóstico y la conceptualización.

Durante el **tratamiento**, las metáforas pueden servir para explicar determinadas estrategias y volverlas más atractivas para el niño, logrando así una mayor adherencia a las mismas.

Por último en la **fase de cierre** del tratamiento apuntan a lograr una mayor consolidación de las técnicas y estrategias adquiridas por el paciente.

Algunas **funciones específicas** que pueden cumplir las metáforas durante el proceso terapéutico son las siguientes:

A. Cómo explicar el rol del terapeuta a un niño.

Para hacer más comprensible y motivante nuestro rol, es necesaria la utilización de palabras familiares que se relacionen con la problemática, y a la vez susciten el interés del niño. Por ejemplo, Para niños con trastornos de ansiedad: Doctores del miedo, expertos en valentía.

B. Cómo preguntar durante las entrevistas de evaluación

Para el diagnóstico: Para niños de pensamiento pre-operatorio es más comprensible la descripción de intensidades a partir de imágenes: “poco como una hormiga o mucho como un elefante”. Los niños del operatorio concreto, por su parte, pueden utilizar escalas simples análogas a las de la temperatura o notas del colegio. “Cuanta tristeza tuviste ayer del 1 al 10?”

Para la conceptualización: La referencia a medios audiovisuales favorece la descripción de conductas, interacciones y pensamientos de los personajes involucrados en una situación: “¿Que película te imaginás cuando estas ante esa situación? ¿Cómo es la foto del problema que te imaginás cuando empieza a pasar?”.

C. Cómo realizar la psicoeducación

Para psicoeducar acerca de cómo se pueden originar ciertos cuadros patológicos y cómo se mantienen, puede ser útil la

referencia a imágenes y situaciones que desdramaticen e inyecten de humor lúdico la descripción de problemas: la rueda de los insultos (por círculo vicioso), el remolino de la tristeza (espiral emocional), hacer fierros con la tristeza, la montaña del miedo etc. “Me gustaría que analicemos cuadro por cuadro la película, para que la próxima vez no se repita de la misma manera, y puedas elegir el final que a vos más te interesa” (análisis conductual aplicado).

D. Cómo transmitir las técnicas:

D.I. Técnicas de automonitoreo:

Uno de los ingredientes activos del tratamiento cognitivo es el desarrollo de la capacidad de auto-observación en las situaciones problemáticas. Los registros triple o cuádruple columna, que relacionan situaciones, pensamientos, emociones y conductas han demostrado ser un recurso eficaz en la promoción de habilidades auto-terapéuticas por parte de los consultantes (Beck A., Clark D, 1997). Su simplificación y adaptación a un formato atractivo resulta crucial para ser aceptado por los niños. De esta manera se elude la formalidad de la “tarea terapéutica” para transformarse en un juego de afrontamiento plausible de ser implementado en los momentos conflictivos.

Mecha de la dinamita o la bomba que está por explotar: Permite la observación por parte del niño de las situaciones que lo enojan, detección de las primeras señales de ira y el grado de activación consecuente. “¿Cuándo explota la dinamita? ¿Podés anotarlo? ¿Cómo te das cuenta que la mecha está encendida? ¿Qué hacés para que no explote?”

Termómetro: Es otra metáfora adecuada para medir diferentes grados de activación emocional y evaluar la dificultad del afrontamiento (Kendall, 1992). Es una versión simplificada de la escala de unidades subjetivas de ansiedad. Permite determinar el grado de miedo que le provoca determinada situación, y consensuar con nuestros pacientes diferentes niveles en las jerarquías de exposición graduada.

D. II. Técnicas de reestructuración cognitiva:

¿Cómo hacer más sencillo y atractivo el auto cuestionamiento cognitivo y la búsqueda de formas alternativas para pensar las situaciones? Las metáforas e imágenes no solo constituyen un puente para la comprensión en la comunicación interpersonal. Apuntan también a transformar en actividades lúdicas y estimulantes las propuestas terapéuticas. Se desarrollan a continuación dos grupos de ejercicios, correspondientes a los períodos operatorio concreto (7 a 11 años) y operatorio formal (11 años en adelante) del desarrollo evolutivo (Piaget y Inhelder, 1993):

1) El cuestionamiento socrático y el razonamiento deductivo constituyen sofisticaciones que exceden las capacidades lógicas propias de la etapas pre-operatoria, estadio intuitivo (4 a 7 años) y operatoria concreta (7 a 11 aproximadamente). En estos períodos suele ser más viable tratar las imágenes mentales y auto verbalizaciones disfuncionales a la manera de objetos presentes y concretos. Transformar al pensamiento en una “cosa” maleable y manipulable abre caminos para la modificación cognitiva:

Zapping mental: Imaginar, por ejemplo, que se posee un control remoto para cambiar la forma de pensar una misma situación. “Desde ahora podés contar con una serie de botones para alternar tu forma de pensar: Canal 1, el de las malas noticias (pensamientos negativos o catastróficos). Canal 2, el de las buenas noticias (pensamientos alternativos).

Títeres mentales, el diablito y el angelito: La búsqueda de alternativas para pensar una situación problemática se incorpora en forma más fácil y placentera cuando el paciente puede imaginar dos o más personajes que interpretan un diálogo interno. “El diablo dice no voy a poder. El angelito dice: si pruebo no pierdo nada”

2) A fines de la segunda infancia y/o en la pre adolescencia (10-11 años, este rango varía de acuerdo a las capacidades intelectuales y el entorno sociocultural del niño), en los albores del pensamiento formal, muchos chicos pueden desarrollar una verdadera “actitud científica”, logrando tratar a los pensamientos como teorías cuestionables a un nivel más abstracto.

Detective de pensamientos: Friedberg y Mc Clure propusieron esta modalidad lúdica como una forma entretenida de poner a prueba “teorías mentales” (Friedberg y Mc Clure, 2002). Necesariamente, al interpretarla ensayan el modo de razonamiento hipotético-deductivo en la búsqueda de pistas y pruebas para los pensamientos y creencias disfuncionales que los afectan. “¿Que pistas tengo de que mis compañeros no me quieren?”

Periodista de encuestas: “¿Cuántos de mis amigos piensan lo mismo?” Puede ser una forma atractiva para cotejar las creencias disfuncionales con alternativas adaptativas a partir de saludables reportajes.

Agrandar la lupa: Distorsiones cognitivas como la abstracción selectiva o la minimización impiden tomar en cuenta aspectos importantes de las situaciones problemáticas. Jugar con “zooms” y “lupas” que ayudan al paciente a “enfocar” pensamientos, conductas e interacciones que se habían descartado, permiten tomar en cuenta factores o circunstancias que favorecen formas más adaptativas de procesamiento. “¿Que había pasado antes que tu mamá te rete? ¿Te animás a poner la lupa ahí? ¿Que ves?”

D. III. Técnicas de relajación:

Diferentes técnicas comportamentales de autorregulación emocional pueden transformarse en recursos divertidos que los niños pueden utilizar en circunstancias de afrontamiento

Respiración de la tortuguita: Shapiro propone esta metáfora, con la cual se entrena al niño para que regule el ritmo de la respiración profunda acorde a los pasos que da una tortuga (Shapiro, 2000).

Freezer del enojo: Una vez que los pacientes reconocen las señales de la activación emocional disfuncional, podemos entrenarlos en la producción de auto verbalizaciones y otras estrategias que “enfrien la calentura”.

El refugio: (imaginería) Resulta útil que los pacientes ubiquen situaciones y lugares reales o imaginarios que los ayuden a regular sus emociones. Refugios ideales de algunos chicos: La playa, de vacaciones. Solo en mi cuarto, mirando las estrellas.

D. IV. Técnicas de exposición:

Transformar el afrontamiento gradual de aquello que los niños temen en un desafío de características deportivas y/o competitivas aumenta la motivación para realizar una de las tareas más difíciles que pueden ser propuestas en la terapia.

La escalera del valiente: Diseñar conjuntamente una escalera para graduar los pasos de una jerarquía de exposición ayuda al niño a comprender la idea del afrontamiento gradual y progresivo, fomentando ideas de “avance” y “crecimiento” a medida que sube cada peldaño.

El torneo contra los miedos: Decatlones y “torneos de karate mental” (Freeman, Epston y Lobovits, 2001) le dan un sentido más competitivo a la exposición, pudiendo entregarse premios y reconocimientos a medida que se cumple cada etapa. “Te ganaste un cinturón amarillo ¿Qué tendrías que hacer para llegar al naranja?”

La hinchada de... (nombre del paciente). Imaginar una tribuna que lo alienta puede ser una experiencia de refuerzo para el paciente que se expone. Algunos autores recomiendan el uso de “power cards”, que consisten en tarjetas que funcionan como ayuda memoria de los enunciados de auto-afrontamiento. Sebastián, por ejemplo, fanático de boca bajó de internet imágenes de la hinchada de su club y en ellas escribía los cánticos de aliento que ésta le brindaba para recordarle que pare y piense antes de actuar.

D. V. Técnicas para la impulsividad:

Semáforo: P. Kendall y otros autores (Kendall y Braswell, 1993) proponen el semáforo como metáfora orientada a la promoción de estrategias de resolución de problemas en situaciones conflictivas “Cuando te enojás pensás en la luz roja. Ahí parás. Pasás luego a la luz amarilla. Ahí pensás tres alternativas. Recién cuando las tenés podés pasar a luz verde. Ese es el momento de actuar”

D. VI. Asignación de actividades placenteras:

El ring del aburrimiento y los guantes de la diversión: las metáforas deportivas también pueden ser útiles para motivar la realización de tareas activantes y autorreforzantes, muy útiles en los trastornos del estado del ánimo.

Santiago de 8 años padece de trastorno bipolar. Su madre le manifiesta al terapeuta que por las tardes suele aburrirse debido a que no quiere hacer nada y comienza a pelear con su hermana. Al retarlo se va a su cuarto a dormir la siesta, se despierta de mal humor y no quiere dormir a la noche. De ese modo comienza una rueda de peleas difícil de manejar. Tras una charla con Santiago convenimos que pelearle al aburrimiento podía ser una solución para dejar de lado la rueda de las peleas. Para ello graficamos “el ring del aburrimiento” donde él pelea contra una persona fofa y lenta con “los guantes de la diversión” y anota las diversas actividades placenteras que podría realizar (ver figura 1).

E. Cómo realizar el cierre de los tratamientos

Ciertas perspectivas constructivistas en psicoterapia (Epston y White, 1998) plantean la finalización de los tratamientos a la manera de un “rito de pasaje”, en el que se certifican los logros alcanzados revisando los recursos que el paciente utilizó para llegar a su meta. El uso de diplomas, cartas y grabaciones de video documentan habilidades y características personales que los niños y sus familias pueden implementar, con independencia del espacio terapéutico, en actividades de afrontamiento que continúan día a día.

Matías, de 8 años, luego de vencer su temor a los insectos, se hizo acreedor de un diploma que lo certifica como “Enfrentador de miedos y bichos”. En el mismo se detalla que la “respiración de la tortuga” y “las voces del angelito” son aliados invalorable en esta gesta heroica de valentía.

Viñetas Clínicas

El uso de metáforas facilita la actitud colaborativa y la participación en el descubrimiento guiado incluso en niños de corta

edad. El terapeuta revisa continuamente la conceptualización del caso evaluando las herramientas y recursos lingüísticos que resultan viables para el cumplimiento de los objetivos. A modo ilustrativo, ejemplificamos esta modalidad de trabajo con dos viñetas clínicas que presentamos a continuación.

1) Josefina enfrenta al “bicho loco”

Josefina tiene 11 años, asiste a la escuela primaria en un establecimiento con jornada simple y presenta un Trastorno Obsesivo Compulsivo. Sus padres luego de la primera consulta le informan que irá a ver un psicólogo que se dedica a tratar “**las trabas**” que le hacen repetir las cosas, como peinarse o mirarse al espejo determinadas veces siempre teniendo que resultar en un *número par*.

Al iniciar el tratamiento se le pidió que pusiera un nombre a lo que le pasaba. Lo llamó: “El Bicho Loco”. Luego de esto, junto al terapeuta realizó un “**mapa para la batalla contra el bicho loco**” (March y Mulle, 1998) donde diferenciaron las situaciones en las que ella le ganaba al bicho loco, aquellas en las que la “pelea” era pareja, y aquellas en las que el bicho loco la solía vencer. Dentro de las situaciones donde la pelea era pareja, incluyó sus *esfuerzos por no ordenar su mochila tal cual se lo pedía el bicho loco* y como ejemplo de las situaciones en donde ella perdía las batallas incluyó el *peinarse un número par de veces*.

Durante la Psicoeducación se le explicó entre otras cosas, cómo funciona el bicho loco. Se lo comparó con las circunstancias en las cuales se “tilda la computadora”, ya que la sintomatología del T.O.C. le impedía realizar otras tareas o concentrarse en otras actividades. También con un “hipo mental” que aparece involuntariamente y cuesta dejar de tener, etc.

La paciente presentaba dificultades en reconocer sus obsesiones. Debido a ello se hizo énfasis en las tareas de exposición y prevención de respuesta.

Algunas de las estrategias cognitivas que se pueden utilizar con los niños son la de: renombrarlo, “estas ideas no son mías es el bicho loco que me dice esto”, el auto diálogo constructivo, “hablarle al bicho loco cuando aparece”, etc.

Sí se realizó, por ejemplo “**la encuesta del periodista**”, con el objetivo de normalizar la aparición de los pensamientos intrusivos y lograr que no se asuste de ellos. Durante la misma preguntó a sus familiares si ocasionalmente se les ocurrían pensamientos insólitos con los que no estaban de acuerdo. El obtener mayoría

de respuestas afirmativas le permitió tomar una distancia crítica de los pensamientos que le ocurrieran.

Para que pudiera detectar sus pensamientos intrusivos/obsesiones, antes de prepararla para las sesiones de exposición, se realizó en conjunto el dibujo de los cuadros de una historieta. En el primer cuadro se graficó a ella frente a un plato sucio, en el siguiente un “globito de pensamiento” en blanco para completar con la intrusión/obsesión, luego otro cuadro donde se presentaba a ella con rostro de preocupación y finalmente otro cuadro en el que se alejaba del plato.

Para preparar las sesiones de exposición y prevención de respuesta se utilizaron diversas metáforas. “**La montaña del miedo**” (Wagner, 2003), que cuando la subimos en bicicleta cuesta bastante pero una vez que llegamos a la cima, la bajada es más sencilla. “La montaña de la valentía” que logramos luego de subir muchas veces la montaña del miedo, la cual es cada vez más pequeña y “El termómetro del miedo” para medir la ansiedad.

Josefina se involucró en el afrontamiento gradual. A medida que se realizaba la exposición se le pedía que registrara el grado de ansiedad que sentía y ella misma pudo comprobar cómo se cumplía la “curva del miedo”. Su madre presenció las sesiones de exposición al finalizar las mismas se planeaban exposiciones para practicar en su hogar. El orden de las exposiciones fue el siguiente:

Dejar de ordenar la mochila, la cual “debía” estar ordenada siempre de la misma manera.

Jugar en sesión a estar despeinada frente al espejo, mirarse en el mismo sin contar cuantas veces lo hacía.

Pisar con cualquier pié todas las baldosas rotas de la vereda del consultorio.

Pisar las baldosas rotas de su casa y la escuela.

A esta altura comenzó a desafiar al T.O.C por su propia cuenta y dejó de realizar rituales. En su casa se vestía sin seguir ningún orden, dejó de repetir preguntas a su madre, leía sin contar las palabras, etc.

Al cabo de ocho sesiones Josefina ya estaba en condiciones de ser: “La maestra anti-bicho loco”. Para ello **escribió un cuento** para ser leído a otros niños que les pasara el mismo problema que ella había enfrentado.

Tanto Josefina como sus padres se mostraron sumamente satisfechos por los resultados obtenidos. Se realizó sesión de

prevención de recaídas, en la cual se repasó el funcionamiento del T.O.C y las técnicas trabajadas. Finalmente se anotó en una hoja las estrategias de su “botiquín de primeros auxilios” para hacer frente al “Bicho loco”. Se cerró el tratamiento dejando abierta la posibilidad de volver a consultar en otro momento si fuera necesario.

2) El Entrenamiento en Valentía de Julián

a) Entrevistas diagnósticas y trabajo con padres:

Silvia y Juan Carlos, padres de Julián (6 años) y Ayelén (3 años), acuden a consulta preocupados por las conductas y temores que su hijo mayor presenta hace aproximadamente tres meses.

Julián se niega a separarse de sus padres, llora cuando la mamá se despide de él al dejarlo en el colegio, se niega a quedarse con sus compañeros y amigos en los cumpleaños sin la compañía de alguno de sus padres y rechaza concurrir a los entrenamientos de fútbol en el club. La madre, encargada de cuidarlo durante las tardes, no puede salir a hacer un mandado sin que Julián muestre signos de desesperación. Desde un tiempo previo a la consulta, los padres decidieron acceder a los pedidos de reaseguro del pequeño temiendo que le hiciera mal el obligarlo a exponerse a sus miedos. Recurrentemente, Julián ha manifestado temores de que al papá le ocurriese algo camino a su trabajo (“Y si pincha una goma? Y si se le rompe el auto y no puede volver?”) y varias veces se ha despertado angustiado después de haber tenido pesadillas que no consigue relatar.

Como parte de la evaluación diagnóstica, dada la corta edad del niño, utilizamos el Cuestionario *Scared* en su versión dirigida a padres. Los resultados dieron una puntuación de 12 en las áreas correspondientes a Ansiedad de Separación, reportándose así mismo sensaciones somáticas como las náuseas en los momentos en que está angustiado.

Se les realiza una devolución diagnóstica a los padres definiendo el problema como un Trastorno por Ansiedad de Separación, se los psicoeduca respecto a los factores cognitivos, neurobiológicos y comportamentales que sostienen el trastorno, haciendo **hincapié** en las estrategias evitativas y de búsqueda de reaseguro en las que los padres, inadvertidamente, han participado. Se matiza dicha descripción con redefiniciones normalizadoras y desculpabilizantes.

Se les solicita a Silvia y Juan Carlos que traigan al niño a consulta. Se realiza una primer intervención, señalándoles a los padres que le acerquen la propuesta a Julián redefiniéndola como “un encuentro con *un entrenador en valentía*”.

b) Entrenamiento en habilidades con Julián:

Apenas vi llegar a Julián por el corredor del consultorio me di cuenta que la transmisión de la definición de mi tarea había ocasionado un potente efecto en el pequeño “¿Vos sos el *entrenador en valentía*?”, preguntaba excitado.

Muy poco juego no directivo fue suficiente para entrar en confianza y establecer una buena alianza de trabajo.

Julián tenía un excelente nivel intelectual, buen nivel de lecto-escritura para la edad y una interesante habilidad para realizar expresivos dibujos. Se utilizaron historietas leídas o inventadas por él, con personajes a quienes se les atribuían diferentes “globitos de pensamiento”. Se hizo foco con estos recursos, en los factores que mantienen el problema utilizando como metáfora los “**globitos de pensamiento que les mostraban a los personajes cosas feas que al final no pasaban**” y cómo era su incidencia en la expresión emocional de los personajes de la historieta.

En el siguiente par de entrevistas, Julián y yo investigamos aún más la naturaleza de estos “globitos” rellenándolos de imágenes que representaban sus predicciones catastróficas.

Luego, construimos juntos posibles recorridos positivos y/o soluciones que podían suceder a las diferentes situaciones atemorizantes: “Si papá se queda sin nafta puede llamar a una grúa y en poco tiempo va a volver a casa” “Si mamá se cae en la calle una señora o un señor la va a ayudar”.

En una segunda etapa, realizamos un entrenamiento en el uso de “**la respiración de la tortuguita**” para los momentos en que aumentaba la ansiedad.

Luego de cada sesión, se le entregaban las historietas que desarrollábamos durante el encuentro, con “**globitos tranquilizadores**” con la promesa de mirarlos y respirar como la tortuga en los momentos en que estaba nervioso.

Los padres reportaban **que** Julián utilizaba con frecuencia las herramientas desarrolladas en las situaciones problema. En un primer momento, ellos funcionaban como recordatorio para que las mismas fueran utilizadas. **Al cabo de tres semanas aproximadamente**, el niño se fue habituando a estas modalidades de afrontamiento, integrándolas como parte de su batería de recursos.

c) Exposición graduada:

Las siguientes entrevistas fueron realizadas en conjunto con Julián y sus padres. En estas utilizamos la metáfora de **“las montañas de la preocupación”** (Pinto Wagner, 2003) para explicar la relación entre la intensidad del miedo y el tipo de afrontamiento que se realiza: A medida que uno evita, “la montaña” crece, a medida que uno enfrenta, “la montaña” se hace más pequeña.

Una vez que la familia incorporó el concepto de afrontamiento, pudimos introducir la estrategia de exposición gradual a partir de la **“escalera del valiente”**.

En primer lugar, se le presentó a Julián un dibujo de un hombre fuerte con cara de intrépido, aspecto musculoso y desafiante. A la pregunta de “quién era ese hombre” contestó sin dudar: “¡¡¡Este es un valiente!!!”. Mientras se dibujaba una escalera al costado del dibujo Julián interrumpió afirmando: “¡¡¡Y esa es la escalera que tiene que subir!!!”.

El segundo paso fue establecer un orden jerárquico y gradual de los niveles de exposición a los cuales se afrontaría el niño. Dichos pasos tomaron la forma de “los sucesivos escalones de la escalera del valiente”.

El plan se diseñó de la siguiente manera:

“Primer escalón: quedarse **quince minutos** solo en el entrenamiento”,

“Segundo escalón: quedarse solo, **media hora, en el entrenamiento** mientras papá va a jugar al tenis en el **mismo club**”

“Tercer escalón: quedarse solo, **una hora**, en el cumpleaños de un compañero.”

De allí en más, los diferentes escalones señalarían un peldaño más en su valentía. (quedarse **con la hermanita en casa** mientras la mamá sale de compras, **primero cinco minutos, luego diez**, etc.)

El proceso no fue lineal en su evolución.

Las primeras dos sesiones de exposición, Julián se negaba a realizarla.

Se le concedió el tiempo que necesitara para prepararse para el entrenamiento, haciendo foco en la metáfora de la montaña del miedo. Al mismo tiempo se incluyeron “premios a la valentía” que se acordaron con los padres. Julián aceptó de buen grado el desafío de ganarse un autito cada tres escalones.

La consigna fue “no apurarse; sólo avisar a los papás cuando se sienta preparado y tenga ganas de ganarse los primeros autitos”.

El desafío motivó a Julián para realizar sus primeras exposiciones. Los primeros 3 escalones no fueron difíciles. Cuando Julián se quedó solo con sus amiguitos en el cumpleaños de su compañero Facundo, se ganó el primer juguete.

A medida que Julián acrecentaba sus logros, se dibujaba a sí mismo orgulloso en el escalón correspondiente con leyendas ilustrativas (ver figura nº2).

Durante todo el proceso se estimuló a Julián a que utilizara las historietas que creaban durante las sesiones y que recurriera a la “respiración de la tortuga” cada vez que aumentara su nerviosismo.

Habiendo alcanzado los 6 primeros pasos establecidos para la exposición, se acordó con los padres ajustar la medida en que se “cedía ante los temores” de Julián. Las salidas de la madre representaban los escalones más difíciles de alcanzar. Las primeras veces que la mamá salía “5 minutos a comprar pan”, Julián se angustiaba e intentaba detenerla.

Se definió entonces que “había llegado el momento de dar un paso más para acceder al escalón más difícil”. En cuanto se bajó el mensaje con firmeza, Julián comenzó a exponerse exhibiendo mayor tolerancia. Se utilizaron también estrategias de desfocalización y distracción, como diferentes juegos, programas de TV, etc. durante el tiempo que la madre se encontraba fuera de la casa. Al cuarto día que la mamá salió, Julián ya no dio muestras de gran preocupación.

En la siguiente entrevista conjunta, el niño asentía contento cuando se le preguntaba si se sentía orgulloso de ser “El hombre de la casa mientras mamá va de compras”.

Cuando los papás pudieron dejarlo solo en entrenamiento, en el colegio y en los cumpleaños, y salir de la casa quince o veinte minutos, incluso sin que Julián se diera cuenta, coincidimos en que se habían alcanzado los resultados pactados para el proceso terapéutico.

A los tres meses de tratamiento, realizamos una última entrevista de cierre.

En la misma, se le hizo entrega a Julián de un último autito y de un **diploma** que lo acredita como **“Hombre de la casa experto en valentía”**.

Conclusiones

Las metáforas se utilizan en la literatura y en la comunicación interpersonal con fines estéticos y pragmáticos. La estética fomenta el interés y enriquece el vínculo de los interlocutores. La pragmática apunta a favorecer la comprensión e incorporación de los conceptos intercambiados. En este sentido, encontrar palabras e imágenes que hagan inteligibles y entretenidas situaciones graves y complejas favorece el desarrollo de la alianza terapéutica y potencia la eficacia de las intervenciones.

Tal vez la búsqueda de palabras e imágenes adecuadas sea una de las “llaves maestras” que hagan accesible la terapia cognitivo-comportamental a las poblaciones infantiles. A lo largo del artículo utilizamos tan solo algunas metáforas e imágenes posibles. Invitamos a otros terapeutas a “jugar” con nuevas metáforas orientadas a enriquecer los tratamientos o “aventuras terapéuticas” con los niños.

Agradecimientos:

Los autores desean agradecer a la Lic. Lilian Corrado por sus invalorable sugerencias.

Bibliografía:

- Beck, A. y Clark, D. (1997). El Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. En I. Caro (comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. y Simón, M. A., (2002). *Manual de Psicología clínica Infantil y del adolescente*. Barcelona: Ediciones Pirámide.
- Epston, D. y White, M. (1998). La terminación como Rito de Pasaje: Preguntas para una Terapia de Inclusión, en R. Neimeyer y M.J. Mahoney (Comps). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia Narrativa para Niños*. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R. (1994). Storytelling and cognitive therapy with children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 209-217.
- Friedberg, R. y McClure, J. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents. The Nuts and Bolts*. New York: The Guilford Press.
- Grave, J. y Blisset, J. (2004). Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24, 399-420.
- Heffner, M., Greco, L.A. y Eifert, G.H. (2003). Pretend you are a turtle: Children's responses to metaphorical and literal relaxation instructions. *Child Family and Behaviour Therapy*, 25, 19-33.
- Keegan, E. (2001). La terapia cognitiva. Fundamento teórico, aplicaciones y perspectivas futuras. *Revista Clepios*, 2, (7) 79-83

- Kendall, P. (1992). *Coping Cat Workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. y Braswell, L. (1993). *Cognitive-Behavioural Therapy for Impulsive Children*. New York: The Guilford Press
- Knell, S. (1999). Cognitive-Behavioural Play therapy. En S. Russ y T. Ollendick (Comps). *Handbook of Psychotherapies with children and Families*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- March J., Frances A., Carpenter D. y Kahn D.A. (2007). *The Expert Consensus Guidelines: Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. Tomado de la web el 10 de agosto del 2007. <http://www.psychguides.com/ocgl.html#ExpertConsensusPanel>
- March, J. y Mulle, K. (1998). *OCD in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1995). Changing conceptions of cognitive behaviour modification: Retrospect and prospect. En M. J. Mahoney (Ed). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research and practice*. New York: Springer.
- Ollendick, T.H. y Neville, J.K. (2000). Empirically supported treatments for children and adolescents, en P. Kendall (Comp). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-behavioural procedures. Second Edition*. New York: The Guilford Press.
- Piaget, J. (1975). *Psicología de la Inteligencia*. Buenos Aires: Editorial Psiqué.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1993). *Psicología del Niño*. Madrid: Ediciones Morata.
- Pinto Wagner, A. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 291-306.
- Quakley, S., Reynolds, S. y Coker, S. (2004). The effect of cues on young children's abilities to discriminate among thoughts, feelings and behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 42, (3) 343-356.
- Real Academia Española. (2007). *Diccionario de la Lengua Española, Vigésimo Segunda Edición*. Tomado de la web el 25 de julio del 2007. <http://buscon.rae.es/drael/>
- Reineke, M., Dattilio, F. y Freeman, A. (1996). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Ronen, T. (1992). Cognitive therapy with young children. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, Number 1 / September, 1992, Publisher: Springer Netherlands.
- Ronen, T. (1993). Intervention package for treating encopresis in a 6 year old boy: A case study. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 127-135.
- Ronen, T. (1993). Self-control training in the treatment of sleep terror disorder: A case study. *Child and Family Behaviour Therapy*, 15, 53-63.
- Shaffer, D. R. (1996). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. California: Brooks Cole.

Shapiro L, (2000). *La inteligencia emocional de los niños*. Buenos Aires: Ediciones Javier Vergara.

Stern, M. (2002). *Child Friendly Therapy. Biopsychosocial innovations for children and families*. New York: W.W. Norton & Company.

Thienemann M., Martin J., Cregger B., Thompson H.B. y Dyer Friedman J. (2001). Manual-Driven Group Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: A Pilot Study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, (11) 1254–1260

Wilner, R. y Levy, R. (2000). Terapia Cognitiva en Niños. En Sara Baringoltz (comp). *Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere

Figura nº1. Santiago (8 años) usa sus “Guantes de la Diversión” contra el aburrimiento.

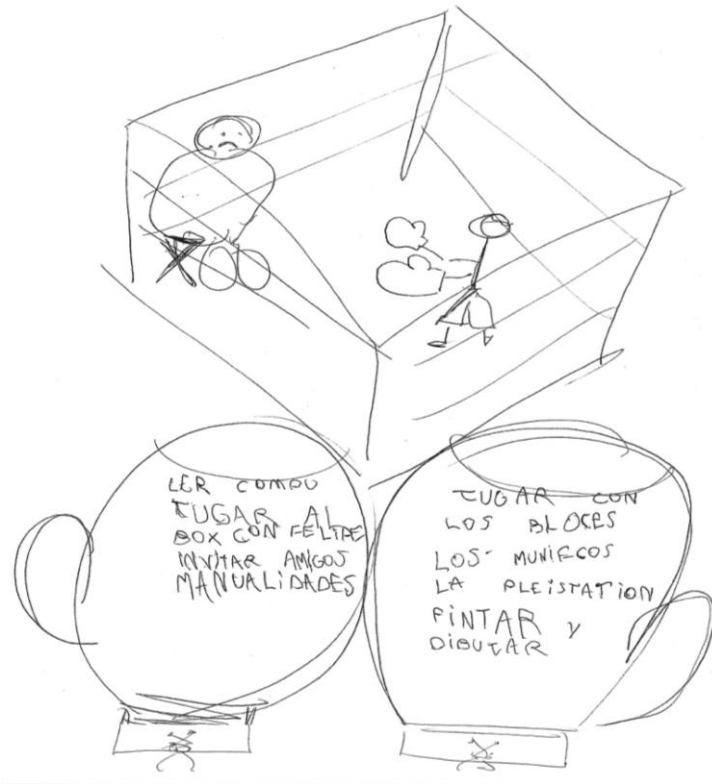


Figura nº2. Julián (6 años) nos muestra que se siente al llegar al segundo escalón en la “Escalera del Valiente”



Figura N°3. Josefina 11 años. Cuento de cierre del tratamiento

EL Bicho loco.



Esta historia cuenta a cerca de una niña muy buena que tenía, en su cabeza, un bicho. Ella la llamaba "el bicho loco". Este bicho le hacía hacer cosas o le hacía decir cosas que ella no quería, era molesto y la hacía muy nerviosa. A veces le hacía decir "mamá" un montón de veces, o también cambiarse o peinarse de tal manera. O sino, le hacía agarrar el cuchara o el plato. A veces, le hacía hacer cosas o movimientos que ella no quería hacer, pero no la podía controlar.

Luego de dos años, va a un psicólogo, que con mucha ayuda de él, de su familia, de Dios, de su perro, y especialmente, de ella, esta niña, ahora la puede controlar a este bicho, pero aunque sigue en su cabeza. Hoy en día ella se siente mucho mejor que cuando el bicho loco la controlaba, y puede jugar la más tranquila con su perro, Barro.

FIN

