

CAPÍTULO 2

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

El primer paso que debemos dar cuando trabajamos con niños es conceptualizar el caso. La conceptualización del caso facilita la tarea del terapeuta a la hora de adaptar las técnicas a las circunstancias de cada pequeño. Determina la elección de las técnicas a aplicar, el ritmo que se seguirá en su aplicación, el modo en que se implementarán y la forma en que se evaluarán los progresos. Cada caso es diferente. La tarea del profesional es definir un marco conceptual general que deje margen a la flexibilidad. En este capítulo, definiremos la conceptualización del caso, la compararemos con el diagnóstico y la planificación del tratamiento, exploraremos los aspectos que consideramos más importantes y comentaremos la relación existente entre ellos.

Cuando supervisamos a terapeutas en formación, nos resulta difícil vender la conceptualización del caso. Muchos terapeutas quieren una «bolsa de trucos» y menosprecian la conceptualización del caso como un ejercicio abstracto. Y, sin embargo, es una de las cosas más útiles que pueden tener en su caja de herramientas. La conceptualización del caso es lo que le dice al terapeuta cómo y cuándo debe utilizar sus herramientas.

Conceptualización del caso: una vez nunca es suficiente

La formulación del caso es un proceso dinámico y fluido que obliga a elaborar hipótesis y verificarlas (J. S. Beck, 1995; Persons, 1989). A lo largo del proceso de tratamiento, debemos revisar y refinar continuamente la imagen que tenemos del niño.

Esta actitud de elaboración y comprobación de hipótesis en la conceptualización del caso hace necesarias unas buenas habilidades de análisis de datos. En primer lugar, las mejores conceptualizaciones suelen ser las más sencillas (Persons, 1995). Es cierto que debemos sopesar un gran número de variables, que van desde las puntuaciones objetivas de los tests psicológicos hasta las variables del entorno cultural, y esto nos impulsa a hacer conceptualizaciones complejas. Y, sin embargo, animamos a que sean tan sencillas como sea posible.

En segundo lugar, una actitud abierta ayuda a hacer una buena conceptualización del caso. En lugar de mantener una actitud cerrada adoptando una sola perspectiva, debemos preguntarnos continuamente: «¿Qué otra interpretación podríamos hacer de los datos que hemos obtenido?». Por otro lado, debemos mantener las explicaciones que se confirman a partir de los datos que obtenemos del cliente y estar preparados para descartar las hipótesis que no se confirman. La colaboración con el cliente facilita la conceptualización del caso. Compartir la conceptualización con los niños y sus familias puede ser una buena forma de obtener una caja de resonancia; sus reacciones a la formulación suelen proporcionar datos muy útiles.

Conceptualización del caso y planificación del tratamiento

La planificación del tratamiento orienta y especifica el camino de la práctica clínica. El *plan de tratamiento* detalla el orden y el momento en que deben realizarse las diversas intervenciones.

Una buena planificación del tratamiento debe basarse, como es lógico, en la conceptualización del caso. Como Persons (1989) sostenía con mucho acierto, la conceptualización del caso dirige las estrategias de intervención, predice los obstáculos que pueden aparecer en el tratamiento, ofrece un camino para superar dilemas terapéuticos y permite superar escollos cuando el tratamiento es infructuoso.

Shirk (1999) lamentaba que los paquetes de tratamiento son muchas veces ingredientes en busca de una receta. El proceso de conceptualización del caso ofrece una receta para conciliar los diversos ingredientes que forman parte del plan de tratamiento. Por ejemplo, en el tratamiento de un niño agresivo puede estar indicado recurrir a métodos de autocontrol y autoinstruccionales. La conceptualización del caso no sólo indicará al terapeuta qué técnicas debe utilizar en cada momento, sino que también le orientará en el proceso de adaptar esas técnicas al tratamiento de ese niño en particular. Si el niño muestra un pensamiento bastante concreto, podrá recurrir a una ayuda visual, como un termómetro de la ira. Si utiliza más el pensamiento abstracto, podrá utilizar una escala tradicional de puntuación. La conceptualización del caso también debería determinar los materiales psicoeducacionales que se utilizan. Por ejemplo, los materiales impresos pueden estar indicados para los niños con buena habilidad lectora. Y las cintas de vídeo pueden ser útiles para los que tienen pocas habilidades de lectura.

Conceptualización del caso y diagnóstico

La conceptualización del caso difiere claramente del diagnóstico. Los sistemas de clasificación diagnóstica sintetizan los síntomas en términos generales. Las conceptualizaciones de casos son retratos psicológicos personalizados. Las clasificaciones diagnósticas son teóricas, mientras que las conceptualizaciones de casos derivan de la teoría. En concordancia con esto, las clasificaciones diagnósticas suelen ser descripciones más que explicaciones. Las conceptualizaciones de casos ofrecen hipótesis más explicativas, exponiendo por qué emergen los síntomas, cómo los diversos factores ambientales, interpersonales e intrapersonales dan forma a los patrones de síntomas y qué relación hay entre síntomas que son ostensiblemente diferentes. Por último, la conceptualización del caso es un trabajo clínico más amplio que el diagnóstico. De hecho, la conceptualización del caso subsume el diagnóstico, incluyéndolo como un componente, pero sin sobrevalorar su importancia.

Conceptualización del caso: «vestir» la imagen del cliente

La siguiente sección expone los múltiples componentes que forman parte de la conceptualización del caso. Cuando estudiamos las partes, debemos tener cuidado de no perder de vista la imagen global. Para intentar simplificar el proceso de conceptualización del caso, proponemos utilizar la metáfora del «armario ropero». Cada componente del sistema de conceptualización del caso puede ser una prenda de vestir diferente. Hay calcetines, camisetas, faldas, zapatos, sombreros, pantalones, etcétera. Cuando una persona se viste, intenta asegurarse de que el sombrero no le baile en la cabeza y de que los zapatos no le aprieten. Y también suele procurar que las distintas prendas de vestir combinen entre sí. La síntesis de los diversos componentes de la conceptualización del caso requiere de una coordinación parecida. Hay que

intentar que cada variable encaje con las demás de tal forma que las partes den lugar a un todo coherente.

Una vez que hemos separado y categorizado los componentes del armario ropero, podemos implantar un sistema que nos permita aplicarlos. Debemos saber cómo ponernos las prendas; por ejemplo, para ponernos unos pantalones tenemos que meter una pierna en cada lado. De este modo, seguimos un modelo teórico que da forma a la conceptualización del caso.

En la terapia cognitiva, los diversos elementos que intervienen en la conceptualización del caso están interrelacionados. Las variables relacionadas con el procesamiento de la información son, sin duda, fundamentales. Según el modelo cognitivo, los patrones de conducta de un niño son respuestas aprendidas determinadas por factores ambientales, intrapersonales, interpersonales y biológicos. Además, las conductas se manifiestan dentro de un contexto cultural concreto y en el marco de un determinado nivel de desarrollo. La conceptualización del caso abarca todos estos aspectos.

Es difícil sintetizar los componentes en un todo coherente. Los niños y adolescentes son seres humanos complejos cuyas conductas tienen múltiples determinantes. La figura 2.1 presenta estos componentes e hipotetiza posibles relaciones entre las variables. El problema manifiesto se sitúa en el centro de la conceptualización. Así, la conceptualización del caso empieza partiendo del problema manifiesto. El modelo cognitivo trata cinco grupos diferentes de síntomas (psicológicos, emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales). Las cuatro variables (historia/desarrollo, contexto cultural, estructuras cognitivas, antecedentes y consecuencias conductuales) que rodean a estos problemas nucleares están interrelacionadas e influyen en las unas en las otras.

Por ejemplo, el desarrollo y la historia de aprendizaje de un niño influyen en el problema manifiesto, y éste a su vez determina su desarrollo y su historia. Supongamos que Andy es un niño tímido y ansioso que evita a sus amigos, ir a clase e ir a los clubes. Tiene miedo al rechazo y cree que sólo va a estar seguro si se queda con papá y mamá. Antes de empezar a ir a la escuela, mostraba una conducta inhibida y tuvo malas experiencias en la guardería. Cuando empezó a ir al parvulario, su madre y su padre se mostraron extremadamente ansiosos. Todos estos elementos contribuyen al problema actual. Además, su ansiedad y aislamiento hacen que se pierda algunas oportunidades importantes para su desarrollo, como ir a fiestas de cumpleaños y pasar tiempo con sus amigos. De este modo, el problema manifiesto interactúa con la historia de su desarrollo.

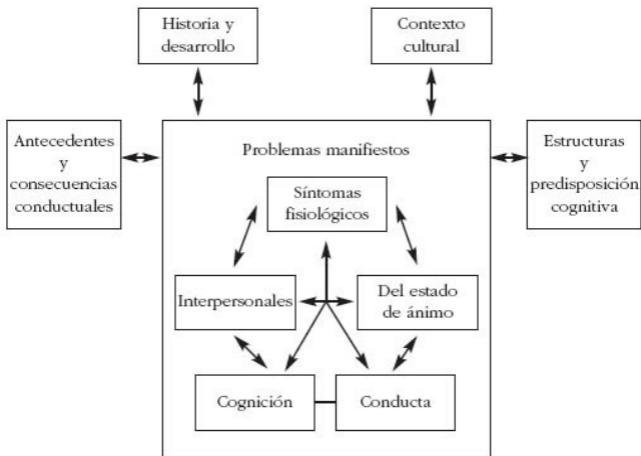


FIGURA 2.1. Relación entre los componentes de la formulación del caso.

Las otras variables (contexto cultural, estructuras cognitivas, antecedentes/consecuencias conductuales) interaccionan de un modo parecido con el problema manifiesto. La respuesta de huida de Andy recibe un refuerzo negativo al calmar su ansiedad. Sus continuas conductas de huida y evitación confirman su creencia de que la ansiedad es peligrosa, de que no puede hacer nada sin el apoyo constante de su madre y de que la evitación es el mejor antídoto para su ansiedad. Su entorno cultural y su contexto familiar también pueden fomentar su ansiedad. Supongamos que vive en un barrio conflictivo, en el que para estar seguro no debe alejarse mucho de sus padres y de su casa. Además, las creencias culturales relacionadas con la paternidad (p. ej.: « Los padres deben preservar la seguridad de sus hijos. La mejor manera de garantizar esta seguridad es mantenerlos a su lado ») también influyen en las conductas.

Componentes de la formulación del caso

PROBLEMAS MANIFIESTOS

El primer paso es definir el problema manifiesto de un modo que refleje la situación única

del niño y su familia. Recomendamos que esta definición sea tan concreta como sea posible. Persons (1989) sugiere transformar los problemas generales en problemas concretos dividiéndolos en sus componentes cognitivos, psicológicos, conductuales, emocionales e interpersonales. Esto permite obtener una imagen personalizada en cada caso.

Por ejemplo, una niña de 8 años presentaba baja autoestima. «Baja autoestima» es un término general muy vago que no nos explica con claridad cuáles son las dificultades concretas a las que se enfrentaba. La entrevista y las medidas de autoevaluación nos permitieron comprender mejor qué representaba para ella tener una baja autoestima. En su caso, entre los aspectos *conductuales* se encontraban la evitación de tareas novedosas y personas desconocidas, el llanto, la dificultad para persistir en tareas frustrantes y la pasividad. Los componentes *emocionales* incluían tristeza, ansiedad y cierta irritabilidad. El hecho de tener sólo uno o dos amigos y de que su padre la criticara repetidamente constituía el componente *interpersonal*. Cuando la niña experimentaba estas circunstancias, sufría reacciones *fisiológicas* como dolores de barriga y de cabeza o sudores. Por último, los componentes *cognitivos* de la niña incluían pensamientos como: «Casi todo lo que hago lo hago mal»; «La gente cree que soy tonta»; y «Mi padre cree que no valgo para nada». Como muestra la figura 2.2, la queja difusa que se presentaba en un principio se dividió en temas terapéuticos más tratables. Lo que permitió plantearse metas concretas de tratamiento para cada área problemática.

DATOS OBTENIDOS A PARTIR DE TESTS

La evaluación es un componente fundamental de la terapia cognitiva. Muchos terapeutas cognitivos se apoyan en los datos que obtienen en la entrevista y en los que recogen a través de diversos instrumentos de evaluación. La mayoría de los terapeutas cognitivos utilizan medidas y cuestionarios objetivos de autoevaluación. Estos instrumentos informan sobre la presencia de síntomas, así como sobre su frecuencia, duración e intensidad. La información recogida a partir de los datos de tests puede integrarse con la que el cliente facilita verbalmente y con las impresiones clínicas del terapeuta.

Problema manifiesto general

Baja autoestima

Componentes concretos

Conductuales: Evitación de tareas novedosas y personas desconocidas, llanto, dificultad para persistir en tareas frustrantes, pasividad

Emocionales: Tristeza, ansiedad, irritabilidad

Interpersonales: Uno o dos amigos, críticas repetidas del padre

Fisiológicos: Dolores de barriga y de cabeza y sudores

Cognitivos: «Casi todo lo que hago lo hago mal. La gente cree que soy tonta. Mi padre cree que no valgo para nada»

FIGURA 2.2. Operacionalización de la baja autoestima.

Los instrumentos objetivos de autoevaluación que se suelen utilizar incluyen el Children's Depression Inventory (CDI; Cuestionario de Depresión para Niños) (Kovacs, 1992), la Revised Manifest Anxiety Scale for Children (RCMAS; Escala Revisada de la Ansiedad Manifiesta de los Niños) (Reynolds y Richmond, 1985), la Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; Escala multidimensional de la ansiedad de los niños) (March, 1997); la Children's Behavioral Checklist (CBCL; Lista de Adjetivos sobre el Comportamiento del Niño) (Achenbach y Edelbrock, 1983), la Hopelessness Scale for Children (Kazdin, Rodgers y Colbus, 1986), y el Fear Survey Schedule (Scherer y Nakamura, 1968). El Beck Depression Inventory-III (BDI-III; Beck, 1996), las Beck Hopelessness Scales (BHS; Beck, 1978), y el Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, 1990) pueden aplicarse con adolescentes. Las Beck Scales for Children son una medida interesante que está en fase de construcción en la actualidad (J. S. Beck, comunicación personal, 1998).

Algunos terapeutas cognitivos prefieren utilizar el Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents (MMPI-A; Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes) (Butcher y otros, 1992), para evaluar dimensiones de personalidad. Algunos clínicos cognitivo-conductuales utilizan también técnicas proyectivas, como el Thematic Apperception Test (TAT; Test de Apercepción Temática) (Murray, 1943), el Children's Apperception Test (CAT; Test de Apercepción Temática para Niños) (Bellak y Bellak, 1949), el Roberts Apperception Test for Children (RCAT; Test de Apercepción de Roberts para Niños) (McArthur y Roberts, 1982), y el test de las manchas de tinta de Rorschach (Exner, 1986).

Independientemente del instrumento que se utilice, los datos iniciales obtenidos a partir de tests proporcionan una línea base para el trabajo terapéutico. Las medidas de autoevaluación pueden volver a administrarse periódicamente para valorar los avances del tratamiento. Las puntuaciones reflejan la gravedad del malestar, su agudeza y su funcionalidad. De este modo, la información que proporcionan los tests se añade a los datos obtenidos en la entrevista y a las impresiones clínicas. Las decisiones sobre los objetivos iniciales del tratamiento y las estrategias futuras de intervención pueden mejorarse con el uso de datos obtenidos a través de tests.

VARIABLES DEL CONTEXTO CULTURAL

El trasfondo etnocultural ejerce una influencia importante sobre las prácticas familiares (Cartledge y Feng, 1996b). El contexto etnocultural determina los procesos de socialización de las familias, y estas prácticas familiares influyen a su vez en la expresión de los síntomas, por lo que es de esperar que las manifestaciones clínicas y la respuesta al tratamiento de un niño estén influidas por su entorno cultural (Sue, 1998).

Carter, Sbrocco y Carter (1996) ofrecen un marco teórico muy útil para conceptualizar la influencia de los aspectos etnoculturales en la expresión de los síntomas, en la respuesta al tratamiento y en la búsqueda de ayuda. Aunque en un principio desarrollaron este modelo para aplicarlo a clientes afroamericanos adultos con trastornos de ansiedad, su paradigma puede extrapolarse a niños y adolescentes.

Carter y otros (1996) conceptualizaban a sus clientes siguiendo las dimensiones de identidad social y nivel de aculturación. Los afroamericanos con un nivel alto de identidad racial que están altamente aculturizados tienen un sólido sentido de su identidad racial y, al mismo tiempo, aceptan los valores de la cultura dominante. En la clínica, estos individuos muestran una alta percepción de autocontrol y una postura activa en la resolución de problemas. La manifestación de sus síntomas suele parecerse a la de personas de raza blanca en su misma situación. Carter y otros (1996) hipotetizaron que cuando estos clientes establecen contacto con un terapeuta que comprende sus síntomas y valora su identidad racial no suelen abandonar el tratamiento y suelen beneficiarse de las intervenciones clínicas.

Los clientes afroamericanos que tienen una fuerte identidad racial pero bajos niveles de aculturación responden de un modo muy diferente al tratamiento. Estos individuos tienen identidades étnicas muy desarrolladas, pero suscriben relativamente pocos valores de la cultura dominante. Carter y sus colegas sostenían que estos clientes interpretan sus síntomas de una forma diferente, los atribuyen a causas físicas o espirituales, y suelen manifestar síntomas diferentes a los de los clientes ansiosos de raza blanca. No es de extrañar que éstos busquen ayuda en primera instancia en el clero o en los profesionales de la medicina. Por último, Carter y otros (1996) concluyeron que, aunque estos clientes pueden percibir los síntomas de ansiedad como señales de que se están volviendo locos, tienden a no confiar en los profesionales de la salud mental de raza blanca. Y, en concordancia con esto, suelen abandonar el tratamiento en las primeras etapas del proceso.

Cartledge y Feng (1996b) escribieron: « La cultura es un sistema que funciona como una red en la que se interconectan varios aspectos de la vida. Los diversos componentes de la cultura no están aislados, sino que interactúan entre sí. El parentesco, la economía y la religión, por ejemplo, son subsistemas que influyen los unos en los otros y no pueden entenderse de manera aislada» (pág. 14). Al igual que sucede con otras variables de la historia y el desarrollo, hay varios aspectos que deben tenerse en cuenta al hacer la conceptualización del caso (Brems, 1993; Sue, 1998). El estudio de la identidad étnica y la aculturación del niño y de su familia es un primer paso fundamental. Y la actitud hacia la expresión emocional también es una variable importante en la clínica (Brems, 1993).

Hay circunstancias ambientales particulares que pueden salpicar las vidas de niños de minorías culturales. Por ejemplo, la pobreza, la opresión, la marginalidad, los prejuicios y la discriminación racial o por motivos de género por parte de las instituciones pueden afectar a los niños de culturas no mayoritarias (Sanders, Merrell y Cobb, 1999). Los prejuicios institucionales influyen en la educación que reciben los niños. Estas prácticas y actitudes contribuyen a que algunos individuos reciban una enseñanza de peor calidad, despierten unas expectativas más bajas y vean menospreciada su capacidad (Bernal, Saenz y Knight, 1991). En realidad, el hecho de pertenecer a una minoría puede constituir un estresor en sí mismo (Carter y otros, 1996; Tharp, 1991). Estas condiciones pueden provocar la aparición de pensamientos, emociones y

patrones de conducta que formen parte de la expresión del problema. Forehand y Kotchick (1996) escribieron: «Como las familias que pertenecen a minorías étnicas de los estadios socioeconómicos más bajos están expuestas a estresores que no suelen estar presentes en las vidas de las familias de raza blanca de clase media, no pueden responder del mismo modo a las técnicas de tratamiento establecidas ni mantener los beneficios obtenidos durante tanto tiempo como las familias con un nivel medio de ingresos» (pág. 200). Por ejemplo, desgraciadamente, es frecuente que los dependientes «sigan la pista» de los niños de raza negra cuando entran en sus tiendas. Y esta experiencia estresante suele ir acompañada de manera natural por unos mayores niveles de ansiedad e irritabilidad. Zayas y Solari (1994) escribieron: «Los efectos acumulativos de las desventajas socioeconómicas y los estereotipos negativos a los que están expuestas las familias que pertenecen a minorías étnicas y raciales les llevan a desarrollar estrategias adaptativas basadas en sus creencias sobre lo que significa ser miembro de una minoría étnica o de un grupo racial minoritario» (pág. 201).

Consideremos el siguiente ejemplo. Alex, el único latinoamericano de su clase de sexto curso de una escuela de un barrio residencial, se sintió excluido e incómodo durante todo el curso escolar. Un día un compañero de clase dijo que había desaparecido su estuche de rotuladores. Sin motivo aparente, muchos niños le echaron la culpa a Alex. Aunque fue exculpado más adelante, esta experiencia hizo que se cerrara más en sí mismo y sus notas se resintieron, por lo que acabaron derivándole a nuestra consulta. Cuando se le ve por primera vez, Alex parece tranquilo, huraño, reprimido emocionalmente y distanciado; evita el contacto visual, parece suspicaz y se comporta como si fuera un resentido. Sería fácil ponerle a este niño la etiqueta de resistente. Sin embargo, si tenemos en cuenta los problemas que ha tenido en la escuela, su comportamiento es totalmente comprensible. Probablemente vea la terapia como un castigo y espere que el terapeuta le culpabilice, le rechace e incluso quizá le encasille basándose en estereotipos sesgados.

No hay duda de que el lenguaje media en las actitudes, en las conductas y en la expresión emocional. Tharp (1991) señaló correctamente que la cultura da forma a las cortesías y a las convenciones sociales. Por ejemplo, la duración de las pausas, el ritmo del habla y las reglas para tomar la palabra en la conversación están definidas por la cultura. Los niños blancos explican historias centradas en temas concretos y en las que el tema es coherente con las referencias temporales (Michaels, 1984, citado por Tharp, 1991). Los niños afroamericanos explican historias menos centradas en temas concretos, más anecdóticas y en las que asocian varios temas. Es curioso el hecho de que al público de raza blanca, las historias afroamericanas le parecen incoherentes, mientras que el público afroamericano encuentra sus propias historias interesantes y detalladas. Este hallazgo sugiere que los jóvenes explican sus «historias» de maneras distintas y que nosotros, los terapeutas, debemos adaptar nuestras intervenciones teniendo en cuenta.

Grupos culturales diferentes pueden sostener creencias divergentes respecto a la obediencia a la autoridad (Johnson, 1993). La forma en que las familias reaccionan ante la «autoridad» del terapeuta determina su comportamiento en la terapia. Por ejemplo, en aquellos individuos cuya cultura dicta una relativa deferencia hacia las figuras de autoridad, el hecho de trabajar de manera conjunta con el terapeuta y proporcionarle retroalimentación negativa puede ser desestabilizador. Y por el contrario, la orientación del terapeuta puede esperarse y ser

bienvenida. Además, se puede confiar en que los niños satisfagan aplicadamente todas las peticiones de los padres.

TABLA 2.1. Muestra de preguntas que enfocan aspectos relacionados con el contexto cultural

-
- ¿Cuál es el nivel de aculturación de la familia?
 - ¿De qué manera el nivel de aculturación da forma a la expresión de los síntomas?
 - ¿Qué es lo más característico de la identidad etnocultural del niño?
 - ¿De qué modo influye esa identidad en la expresión de los síntomas?
 - ¿Qué piensan y sienten el niño y su familia como miembros de su cultura?
 - ¿Qué influencia tienen las creencias, los valores y las prácticas etnoculturales en la expresión del problema?
 - ¿Hasta qué punto la familia es representativa o típica de la cultura?
 - ¿Qué sentimientos y pensamientos están prescritos como tabús?
 - ¿Qué sentimientos y pensamientos se facilitan y fomentan en ese entorno etnocultural?
 - ¿Qué procesos específicos de socialización refuerzan de manera selectiva algunos pensamientos, sentimientos y conductas y no otros?
 - ¿Con qué tipos de prejuicios y discriminaciones se han encontrado el niño y la familia?
 - ¿Cómo han dado forma estas experiencias a la expresión de los síntomas?
 - ¿Qué creencias sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro se han desarrollado a consecuencia de estas experiencias?
-

Como hemos visto, los aspectos relacionados con el contexto cultural pueden influir en las manifestaciones clínicas de los niños y en su respuesta al tratamiento. En la tabla 2.1 presentamos una lista de cuestiones que pueden servir de orientación para destacar algunos aspectos significativos. Aunque no se trata de un listado exhaustivo, puede dirigir la atención hacia algunas áreas que de otra forma podrían obviarse y alertar de algunos puntos que vale la pena tratar. Independientemente de la pregunta que se haga, la conceptualización de un caso debe incluir la valoración del entorno cultural del niño.

ETAPAS DE LA HISTORIA Y EL DESARROLLO

La recogida de la historia personal y del desarrollo de los clientes es un requisito que suelen cumplir la mayoría de los profesionales de la salud mental. La información sobre la historia o los antecedentes de un niño aporta datos relacionados con su aprendizaje pasado. Los datos históricos proporcionan un entorno en el que situar las quejas presentes. Permiten establecer con mayor exactitud la frecuencia, duración e intensidad de los problemas del niño.

Saber cómo un niño ha ido superando las etapas de su desarrollo también aporta información para la conceptualización del caso. Los retrasos en el desarrollo suelen hacer que los niños sean más vulnerables a las críticas percibidas y que les sea más difícil tolerar los estados afectivos negativos, al mismo tiempo que puede hacerles más vulnerables a la depresión. Si el retraso

afecta al procesamiento cognitivo, emocional y/o conductual, puede obligar a modificar el enfoque del tratamiento. Por ejemplo, un niño que tiene dificultades con el lenguaje y la escritura es difícil que pueda trabajar con materiales de lectura sofisticados. En este caso, sería conveniente escoger materiales más sencillos.

El estudio de las etapas del desarrollo y la historia de aprendizaje permite tener una visión más amplia de los patrones de desregulación emocional y conductual. Por ejemplo, un patrón de desregulación emocional y conductual puede manifestarse en forma de problemas con el sueño, con la alimentación o con el control de esfínteres; de agresividad con los iguales; o de dificultades para adaptarse a los cambios en la rutina diaria. Los factores de vulnerabilidad constitucionales o temperamentales suelen interactuar con los factores ambientales para dar lugar a la conducta final que el niño manifiesta.

Los datos del desarrollo y de la historia no sólo proporcionan información sobre el niño, sino también sobre sus cuidadores. Por ejemplo, lo detallado y completo que sea el recuerdo que el cuidador tiene del desarrollo del niño puede ser muy revelador. ¿Qué puede significar que una madre no recuerde prácticamente nada de los avances del desarrollo de su hijo? Quizá tenga mala memoria para acontecimientos concretos, pero también podría ser que no hubiera prestado atención o que no se hubiera preocupado. Podríamos preguntarnos qué fue lo que pasó en aquella época. ¿Acaso la madre estaba deprimida o consumía alcohol? ¿Había problemas en el matrimonio? Los terapeutas también pueden plantearse hipótesis sobre los padres que recuerdan minuto a minuto los detalles de la vida de un niño (p. ej.: el año, el día y el momento exacto en que hizo caca por primera vez en un orinal). Estos padres, ¿tienden simplemente a prestar atención a los detalles o suelen prestar demasiada atención, implicándose en exceso y «acosando» a su hijo?

El trabajo y las relaciones sociales suelen ser un foco de atención fundamental cuando se recogen los datos de la historia de un adulto. El «trabajo» de un niño es jugar e ir a la escuela. Los juegos, los grupos de amigos, los deportes y las aficiones de un niño pueden ser muy reveladores. ¿Al niño le gustan actividades que implican soledad y aislamiento? ¿Le gustan los juegos competitivos? ¿Los juegos de fantasía? También puede ser fructífero estudiar las relaciones del niño con sus iguales. ¿Qué amigos tiene el niño? ¿Tiene amigos de su misma edad? ¿Sus amigos son mayores o menores? ¿Cuánto duran sus amistades? ¿Procura conservar sus amistades o las pierde con facilidad?

La recogida de información sobre la adaptación del niño a la escuela y su rendimiento en ella es una tarea fundamental. La escuela es un lugar en el que los niños satisfacen exigencias, demuestran su capacidad e interactúan con otros niños. ¿Qué rendimiento tiene el niño en la escuela? ¿Qué factores ponen en peligro su rendimiento escolar (p. ej.: las dificultades de aprendizaje)? ¿Ha disminuido su rendimiento? ¿Cómo se lleva con sus compañeros? ¿Cómo regula su comportamiento en clase? ¿Cómo responde a las orientaciones/órdenes de los profesores? ¿Le han suspendido o expulsado alguna vez?

Las relaciones familiares y los procesos de apego también aportan información significativa. Sabiendo cómo interactúan y cómo se llevan entre sí los miembros de la familia, el terapeuta obtiene más información sobre el funcionamiento del niño. Además, esto le permite ubicar la conducta del niño dentro de un contexto familiar, permitiéndole estudiar las variaciones del comportamiento del niño en diferentes circunstancias. Por ejemplo, ¿el niño se muestra

agresivo en la escuela pero no en casa?, ¿se muestra dependiente en casa pero no en la escuela?, ¿responde mejor a las orientaciones de la madre que a las órdenes del padre?

Recopilar información sobre las prácticas disciplinarias que emplean los padres es una tarea fundamental para los clínicos. Los terapeutas deben saber cómo se fomentan las conductas deseadas y cómo se evitan las no deseadas. ¿Qué estrategias de crianza o de control de la conducta del niño se utilizan? ¿Cuáles son los estilos de los padres? ¿Son controladores, indulgentes, autoritarios, permisivos, poco receptivos o poco atentos? ¿Hasta qué punto son consecuentes aplicando consecuencias? ¿Están de acuerdo los padres/cuidadores en la conducta que deben fomentar o evitar? ¿Están de acuerdo en los métodos disciplinarios que deben utilizar?

También sugerimos comprobar la experiencia del niño en tratamientos anteriores. El tipo de tratamiento, su duración y los resultados obtenidos son datos que pueden ser útiles. De un modo parecido, el estudio de la historia médica familiar y personal es decisivo para descubrir situaciones médicas que pueden exacerbar problemas psicológicos o trastornos psicológicos que agraven problemas médicos. Por ejemplo, cualquier enfermedad física crónica es un estresor para los niños y sus familias. Los aspectos psicológicos relacionados con el control y la autonomía afectan al seguimiento de las indicaciones médicas. Las enfermedades de los miembros de la familia también pueden ser un factor significativo en los niños. Los niños, comprensiblemente, se preocupan por sus cuidadores enfermos. Lógicamente, en todos estos casos se recomienda consultar a un profesional de la medicina.

El consumo de sustancias también es un área fundamental de la recogida de datos en la historia clínica. Las drogas ilegales, las medicaciones prescritas, la automedicación, el alcohol, los productos domésticos (como colas o aerosoles), el tabaco, los laxantes e incluso los alimentos son sólo algunas de las múltiples fuentes potenciales de abuso de sustancias. El consumo y abuso de sustancias complica claramente las manifestaciones sintomáticas. Los pequeños no suelen estar abiertos a hablar de su consumo de sustancias. Pero hay que animar a los terapeutas a estudiar el posible abuso de sustancias en los niños y adolescentes que tratan.

También hay que tener en cuenta los problemas de los niños con la justicia. Deberían registrarse los problemas que han tenido con el sistema de justicia juvenil o con las instituciones responsables de hacer cumplir la ley. Sin duda, los problemas de un niño con la justicia reflejan la gravedad de su trastorno. En este caso, está indicada la consulta con las autoridades legales.

Somos conscientes de que ésta no es una lista exhaustiva de consideraciones clínicas, pero da mucho que pensar. Resumimos algunas de las cuestiones fundamentales en la tabla 2.2, organizada como una guía.

VARIABLES COGNITIVAS

En el capítulo ya señalamos brevemente las variables cognitivas del proceso de conceptualización del caso. La conceptualización del caso debería tener en cuenta los procesos, las estructuras y los contenidos cognitivos. No es de extrañar que en la conceptualización del caso se estudien los pensamientos automáticos, las presuposiciones subyacentes, los esquemas y las distorsiones cognitivas.

Como ya hemos explicado, los pensamientos automáticos presentan contenidos cognitivos y reflejan las explicaciones y predicciones que acompañan a los acontecimientos. Los

pensamientos automáticos tienden a ser relativamente de fácil acceso y pueden identificarse rápidamente a través de intervenciones estandarizadas. El contenido de los pensamientos automáticos suele ser el objetivo inicial del tratamiento y proporciona claves que pueden llevarnos a los esquemas nucleares.

Como comentamos en el capítulo 1, los esquemas constituyen creencias nucleares o estructuras de significado personal (A. T. Beck y otros, 1979; A. T. Beck y Freeman, 1990) y se considera que son estructuras cognitivas. Los esquemas no son accesibles a la conciencia y, sin embargo, ejercen una profunda influencia sobre los procesos y contenidos cognitivos. El estudio de los esquemas de los niños permite conocer muchas variables clínicas como la posibilidad de modificar pensamientos automáticos, la conducta interpersonal, la sensibilidad al tratamiento y la probabilidad de recaída.

Los esquemas tienen la función de mantener la homeostasis (Guidano y Liotti, 1983; Padesky, 1994). La información que es coherente con su estructura de significado se asimila, mientras que la información discrepante se rechaza o se transforma para hacerla encajar con ellos. Como Liotti (1987) señaló con acierto haciendo referencia a este proceso: «Lo nuevo se reduce activamente a lo que ya se sabía» (pág. 93).

TABLA 2.2. Áreas importantes en la recogida de datos para la historia clínica

Desarrollo

- ¿Han habido retrasos destacables en las etapas del desarrollo?
- ¿Hay problemas del lenguaje o del habla?
- ¿Cómo lee el niño?
- ¿Cómo escribe el niño?
- ¿Cuándo empezó a dormir toda la noche de un tirón? ¿Cómo podrían describirse los patrones y hábitos de sueño del niño?
- ¿Cuándo aprendió a ir solo al baño? ¿Qué dificultades tuvo? ¿Ha tenido muchos «accidentes»?
- ¿Cómo describiría los patrones de alimentación del niño?
- ¿De qué modo suele responder a los cambios en su rutina diaria?
- ¿Cómo era cuando era un bebé? ¿Era nervioso? ¿Tenía cólicos? ¿Era un niño dulce? Etcétera.
- ¿Quién ha cuidado de este niño? ¿Han habido interrupciones o contradicciones en su cuidado?
- ¿Ha sufrido alguna vez abusos sexuales o malos tratos?

Escuela

- ¿Cómo es el rendimiento del niño? ¿Ha empeorado?
- ¿Cómo se lleva con sus compañeros? ¿Y con sus profesores?
- ¿Cómo fue su adaptación a la escuela? ¿Cómo son sus mañanas antes de ir a la escuela? ¿Cómo son sus tardes después de ir a la escuela?
- ¿Le han expulsado alguna vez? ¿Le han suspendido? ¿Le han castigado?
- ¿Asiste con regularidad a la escuela?

Iguales y actividades

- ¿Qué actividades realiza el niño?

- ¿Qué amigos tiene?
- ¿Cuánto le duran los amigos?
- ¿Le cuesta hacer amistades y la pierde fácilmente?

Relaciones familiares

- ¿Qué relación tiene el niño con cada cuidador? ¿Y con sus hermanos?
- ¿Qué ambiente hay en casa? ¿Conflictivo? ¿Cálido? ¿Permisivo?
- ¿Qué relación hay entre los cuidadores primarios?
- ¿El niño ha sido testigo alguna vez de violencia doméstica?
- ¿En qué se parece y en qué se diferencia la conducta del niño a la de cada miembro de la familia?
- ¿En qué se diferencian las relaciones del niño con su familia de sus relaciones con los demás?

Prácticas disciplinarias

- ¿Qué técnicas disciplinarias se utilizan?
- ¿Qué técnicas funcionan bien y cuáles no funcionan?
- ¿Qué estilos tienen los padres?
- ¿Están de acuerdo los padres en la disciplina que debe aplicarse?

Enfermedades físicas y tratamientos anteriores

- ¿Qué enfermedades físicas presenta el niño?
- ¿Cómo afectan estas enfermedades a su funcionamiento psicológico?
- ¿Cómo influye el estado psicológico en la enfermedad física?
- ¿Cuál fue la respuesta del niño y de la familia a tratamientos anteriores?

Consumo de sustancias y problemas con la ley

- ¿Qué sustancias consume el niño?
 - ¿Qué consumo hace de laxantes, comida, medicinas no recetadas? ¿Productos domésticos?
 - ¿Hasta qué punto tiene problemas con la ley?
-

Los esquemas se perpetúan a sí mismos. Young (1990) propuso tres mecanismos que facilitan esta tendencia a la perpetuación. Los procesos de mantenimiento de los esquemas preservan la estructura cognitiva recurriendo al uso de distorsiones cognitivas y patrones de conducta contraproducentes. El reconocimiento de las distorsiones cognitivas que contienen los pensamientos automáticos de los niños permite hacer una conceptualización del caso más completa y puede orientar la intervención terapéutica. Por ejemplo, en casos de personalización puede ser apropiado utilizar la técnica del Pastel de Responsabilidad que presentamos en los capítulos 8 y 9. Y la proyección temporal puede funcionar bien en casos de razonamiento emocional. Además, las distorsiones cognitivas median en la imagen que el niño tiene de la terapia y el terapeuta. Por ejemplo, un niño que tienda a minusvalorarse puede no valorar sus progresos en la terapia y tener dificultades para internalizar los logros del tratamiento.

Young (1990) hipotetizó que los esquemas también se perpetúan a través de la evitación. La

evitación que provocan los esquemas puede adoptar tres formas: evitación cognitiva, evitación emocional y evitación conductual. El objetivo de la evitación es rehuir las experiencias que pueden cuestionar la validez del esquema. En la *evitación cognitiva*, se bloquean los pensamientos que activan el esquema. Un buen ejemplo de ello es cuando le preguntamos a un niño trastornado qué le pasa por la cabeza cuando sufre un intenso cambio emocional y él responde con un « No lo sé ». En ocasiones, la sensación del niño de que tiene la mente en blanco (« No se me pasa nada por la cabeza ») puede ser indicadora de un proceso de evitación cognitiva. Para estos clientes, sus pensamientos son demasiado dolorosos, comprometedores o vergonzosos para identificarlos.

En la *evitación emocional*, en lugar de bloquear los pensamientos conectados al esquema, el individuo bloquea las emociones asociadas a sus pensamientos. Young (1990) señaló que la automutilación (como cortarse o quemarse uno mismo) suele estar provocada por la evitación emocional. El pequeño experimenta una emoción prohibida (como la ira) e intenta evitarla quemándose con un mechero.

El aislamiento social, la agorafobia y la falta de decisión son ejemplos de *evitación conductual* (Young, 1990). En estos casos, los niños evitan manifestar conductas relacionadas con el contenido del esquema. Al evitar estas conductas, impiden que se cuestione el contenido del esquema.

La compensación es el último proceso de los esquemas. En la *compensación*, el niño se comporta de un modo que contradice el contenido del esquema. Por ejemplo, un niño puede intimidar y burlarse sin piedad de otros niños como una forma de compensar un esquema que contiene una autoimagen de debilidad y fragilidad. En este ejemplo del niño matón, la conducta amenazadora le permite no tener que enfrentarse a su debilidad percibida y a su sensación de inadecuación. Sin embargo, si la intimidación y las conductas denigrantes no le funcionan, el chico no estará preparado para soportar su fragilidad.

Un estudio reciente realizado por Taylor e Ingram (1999) sugiere que los esquemas cognitivos negativos pueden fomentar la depresión infantil incluso en niños de 8 años. En este estudio, se concluye que « cada vez que se enfrentan a emociones negativas, los niños de alto riesgo desarrollan, acumulan, fortalecen y consolidan su reserva de información en estructuras disfuncionales autorreferenciadas que determinan su autoimagen y su forma de procesar la información cuando los acontecimientos adversos activan estas estructuras en el futuro » (pág. 208). De este modo, los esquemas pueden ya empezar a influir en el funcionamiento psicológico de los niños que van a la escuela elemental. En todo caso, los esquemas no se consolidan hasta la adolescencia (Hammen y Zupan, 1984). Por lo tanto, el estudio de los procesos relacionados con los esquemas puede ser un aspecto fundamental de la terapia con adolescentes.

ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS CONDUCTUALES

Las respuestas conductuales son moldeadas por los estímulos que preceden y siguen a la conducta (Bandura, 1977, 1986). El paradigma clásico conductual del A (antecedente), B (conducta) y C (consecuencias) ilustra claramente este proceso (Barkley, Edwards y Robin, 1999; Feindler y Ecton, 1986). Los antecedentes y consecuencias pueden aprenderse por

aprendizaje vicario (p. ej., a través de la observación) o por experiencia directa (Bandura, 1977, 1986).

Dependiendo de las circunstancias en las que se dé el aprendizaje, los estímulos antecedentes pueden elicitar directamente la conducta o simplemente preparar el escenario para que aparezca. Si la conducta se ha adquirido a través de condicionamiento clásico, los estímulos elicitan conductas con carga emocional. En estos casos, los estímulos adquieren la capacidad de provocar una respuesta emocional en el niño. Por ejemplo, imaginemos que un profesor muy exigente de quinto curso cierra su libro de golpe cada vez que está a punto de anunciar un examen sorpresa. Supongamos que un examen provoca toda una serie de estímulos fisiológicos, emocionales y cognitivos aversivos en un niño. Con el tiempo y al repetirse los emparejamientos, el golpe del maestro al cerrar el libro puede elicitar en el niño la misma ansiedad anticipatoria que el examen en sí.

Los estímulos antecedentes « activan » la conducta del niño. Los « estresores » de las vidas de los niños suelen ser estímulos antecedentes (como el divorcio de los padres, las críticas de los profesores o los insultos de los compañeros). Los estímulos antecedentes suelen aparecer en la columna de acontecimientos de los registros de pensamientos (que se describen en el cap. 6), en las puntuaciones subjetivas de las escalas de malestar (que se describen en el cap. 12), y en la hoja de ejercicios del ABC (que se describe en el cap. 13).

Las órdenes de los padres son estímulos antecedentes. Las instrucciones vagas, indirectas, hostiles y confusas de los padres raramente provocan la conducta deseada en el niño. En lugar de ello, suelen dar pie a la desobediencia y contribuir a la aparición de luchas coercitivas de poder. Las claves antecedentes que dan pie a la aparición de una conducta suelen llamarse estímulos discriminativos. Los estímulos discriminativos indican al niño que todo está a punto para recibir un refuerzo. Cuando los niños responden de manera selectiva a la presencia de estímulos discriminativos e inhiben su conducta en su ausencia, la conducta queda sometida al control de los estímulos.

Las *consecuencias conductuales* hacen referencia a los estímulos que siguen a la conducta. Las consecuencias determinan el fortalecimiento o el desvanecimiento de la conducta. Los estímulos consecuentes que fortalecen una conducta o hacen que se presente con mayor frecuencia o de un modo más persistente se llaman *refuerzos*. Hay dos procesos básicos de reforzamiento: el reforzamiento positivo (que añade algo agradable para aumentar la presentación de la conducta) y el refuerzo negativo (que retira algo desagradable para aumentar la presentación de la conducta). Un padre que alaba y abraza a su hijo por haber sacado una buena nota está haciendo uso del reforzamiento positivo. Una profesora que retira un castigo, como unos deberes extra, después de una mejora en el rendimiento de su alumno está utilizando el reforzamiento negativo para mejorar sus hábitos de estudio.

El *castigo* hace que disminuya el índice de presentación de una conducta. Por ejemplo, un padre que responde ante las pataletas de su hijo imponiéndole un « tiempo fuera », retirándole recompensas y privilegios o ignorándole está haciendo uso del castigo. Veamos el caso de una madre que ignora las expresiones de afecto de su hija, castigándola de este modo por su expresividad emocional. Lógicamente, la niña aprenderá que los sentimientos son malos y procurará reprimir sus emociones. Los procedimientos básicos para la administración de

refuerzos y castigos se describen con más detalle en el capítulo 14.

Los refuerzos y los castigos deben impartirse de forma planificada. Los planes de refuerzo establecen la disposición de las contingencias. Podemos hacer un plan de refuerzo estipulando qué cantidad, durante cuánto tiempo o con qué frecuencia será necesario que se manifieste la conducta antes de que merezca un refuerzo. Y está demostrado que las conductas establecidas a través de planes de reforzamiento intermitentes son bastante duraderas.

Planificar y pensar en el futuro: formulación provisional, plan de tratamiento y obstáculos previsibles

FORMULACIÓN PROVISIONAL

La formulación provisional del problema combina todos sus componentes de un modo dinámico e interrelacionado. Presenta una imagen del entorno que rodea al niño y de su mundo interior. En ella se analizan y se integran los problemas manifiestos, los datos obtenidos a partir de tests, el contexto cultural, la información sobre la historia y el desarrollo, las variables conductuales y las variables cognitivas. De este modo, se obtiene un retrato psicológico individualizado, que permite diseñar intervenciones a la medida de las circunstancias y el estilo de cada niño.

PLAN ANTICIPADO DE TRATAMIENTO

La formulación provisional debe ser la guía que oriente el plan de tratamiento. Cada plan de tratamiento es diferente, porque tiene en cuenta las características y circunstancias únicas de cada niño. Por ejemplo, a un niño ansioso que se pone colorado, suda y presenta mucha tensión muscular podría darle buen resultado un entrenamiento en relajación, mientras que un niño preocupado con rumiaciones y pensamientos autocríticos no obtendría beneficios de este tipo de intervención. La formulación nos da la información necesaria para saber cuándo recurrir a las técnicas cognitivo-conductuales tradicionales y cuándo modificar con creatividad los procedimientos tradicionales. Por ejemplo, un niño deprimido con una buena capacidad lingüística puede beneficiarse de una reatribución hecha con lápiz y papel, mientras que un niño con una capacidad verbal menos sofisticada puede obtener más beneficios de técnicas de reatribución que recurran a la expresión artística y las manualidades.

OBSTÁCULOS PREVISIBLES

El camino que lleva al éxito terapéutico suele estar lleno de baches. Si somos capaces de prever los baches o agujeros del camino, podemos intentar evitarlos o protegernos para minimizar el golpe. La formulación nos ayuda a ver el camino que tenemos delante y a predecir obstáculos. De este modo, podemos elaborar un plan de tratamiento que nos permita superar dificultades terapéuticas.

Por ejemplo, si un niño es perfeccionista, podemos esperar que evite hacer sus tareas o que

tarde en hacerlas por miedo a hacerlas mal. Imaginemos que estamos tratando a un joven que muestra conductas oposicionales y cuyos padres son muy poco coherentes con él. Este niño acude a terapia con muy poca regularidad. Como ya sabemos que sus padres son poco coherentes con sus tareas, tenemos la ventaja de poder hacer planes por anticipado para superar esta dificultad.

Ejemplo de conceptualización de un caso

PROBLEMAS MANIFIESTOS

Tessa es una niña afroamericana de 9 años que está siendo criada por su madre y su tía. Aparentemente es una niña con buen comportamiento, aunque triste y miedosa. Suele sacar buenas notas en la escuela. Sin embargo, sus profesores se quejan de que tarda mucho en acabar sus deberes y de que necesita que le confirmen muchas veces las cosas. A menudo llora en clase cuando le dan tareas nuevas o cuando tiene que hacer trabajos en grupo. En el recreo y a la hora de comer, prefiere deambular por el patio, sentarse sola o quedarse en clase a leer con el profesor en lugar de jugar con sus compañeros. Los componentes fisiológicos de los problemas de Tessa incluyen dolores de barriga, sudores y dolores de cabeza. Los síntomas emocionales están marcados por el miedo, la ansiedad y la tristeza. Respecto a su conducta, llora a menudo, se muestra nerviosa e inquieta, es lenta haciendo sus deberes y pide con frecuencia que la atienda la enfermera del colegio. En sus relaciones interpersonales, se muestra tímida y distanciada. Los componentes cognitivos incluyen pensamientos automáticos como: « Me lo voy a hacer encima y todo el mundo se va a dar cuenta », « Todo el mundo espera que me lo haga encima », « Voy a pasarlo mal en la escuela sin mamá » y « No les gusto a mis compañeros de clase ».

DATOS OBTENIDOS A PARTIR DE TESTS

Tessa completa el Cuestionario de Depresión para Niños (CDI) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (RCMAS). En el CDI, obtiene una puntuación de 18, que sugiere un nivel moderado de depresión. En la RCMAS, su puntuación total es de 18, lo que indica una ansiedad moderada. Consigue puntuaciones relativamente altas en las subescalas de preocupación y aspectos sociales.

VARIABLES DEL CONTEXTO CULTURAL

Los ingresos de la madre de Tessa son bastante limitados. Les cuesta llegar a fin de mes, pero viven por encima del umbral de la pobreza. Tessa, su madre y su tía son miembros de la misma iglesia bautista. La iglesia les ofrece cierto apoyo social. Tienen algunos familiares que viven cerca de ellas y las visitan ocasionalmente, haciendo algunas veces de canguro para la niña. La familia vive en una zona de alquileres bajos donde los precios son bastante asequibles. Tessa va a una escuela donde la mayoría de los alumnos son de raza blanca, y es uno de los pocos niños afroamericanos de su curso. Ni Tessa ni su madre mencionan ningún ejemplo concreto de prejuicio o racismo hacia Tessa. Su madre comenta: « Le digo que tiene que ser el

doble de buena, comportarse el doble de bien y ser el doble de lista para poder competir con sus amigos blancos». La madre de Tessa describe a los profesores de su hija como «amables y colaboradores», pero explica que tiene la sensación de que el personal de la escuela va pisando huevos con ella: «Creo que tienen miedo o que se sienten incómodos cuando hablan conmigo. No sé por qué. Quizá simplemente no estén acostumbrados a tratar con gente como yo».

La madre de Tessa le da un montón de «instrucciones de supervivencia». La previene cuando tiene que ir andando a casa desde la parada de autobús y le da instrucciones concretas sobre cómo ir de su casa a las tiendas de los alrededores. «No quiero que nadie se meta con ella. Cuando tenía su edad yo podía defenderme sola, pero Tessa es diferente. Se toma todo como algo personal.»

ETAPAS DE LA HISTORIA Y EL DESARROLLO

Tessa alcanzó y superó todas las etapas de su desarrollo a edades normales. Aunque los demás la describen como una niña que siempre se ha mostrado seria y ansiosa, su sintomatología emocional ha empeorado en las últimas semanas. Su madre, que está diagnosticada de un trastorno depresivo mayor y toma Prozac, dice que su depresión también parece haber empeorado en los últimos meses.

Tessa siempre ha sido buena estudiante. Siempre ha sacado buenas notas y no ha presentado nunca problemas de conducta. Cuando era pequeña y antes de empezar a ir a la escuela, fue a la guardería y a clases de preescolar, donde empezó a mostrar alguna ansiedad de separación, adaptándose posteriormente a la rutina de la escuela. Tessa suele ponerse bastante nerviosa la semana antes de empezar el curso escolar, y parece preocupada los lunes por la mañana. Dice que no le gusta esperar el autobús ni ir en él. A veces le preocupa que su tía no pueda ir a recogerla a la parada del autobús. Recuerda que el momento en que pasó más vergüenza en la escuela fue cuando los otros niños se rieron de ella por el regalo que dio para «el amigo invisible» («¡Es tan pequeño y tan barato!»).

Tessa juega a fútbol y a béisbol, y estudia flauta. En su tiempo libre, le gusta leer y ver la televisión. Tiene algunos amigos en su barrio, con los que juega a juegos típicos de niños. Le gusta jugar con niños más pequeños que ella y cuidar de ellos. Raramente se pelea o discute con sus amigos. Sus amigos de la escuela la invitan a sus fiestas de cumpleaños, pero ella prefiere no ir. En el último año parece que ha recibido menos invitaciones.

El padre de Tessa se marchó de casa cuando ella tenía 9 meses, y no le ha visto desde entonces. Su madre y su tía se llevan muy bien y están de acuerdo a grandes rasgos en las prácticas disciplinarias que deben utilizar. La madre de Tessa comenta que su hermana cree que ella «malcria» a su hija. Dice que ella es la «autoridad» en la casa, aunque cree que ha suavizado su disciplina desde que está más deprimida. Las principales técnicas que suele utilizar para aplicar la disciplina son los halagos, los abrazos, el tiempo fuera y la retirada de recompensas y privilegios. La madre dice que no cree en el castigo físico porque a ella le «gritaban» cuando era una niña. No quiere pegar a su hija. También dice que últimamente no ha tenido mucha energía para hacer cosas cotidianas con Tessa. Se siente culpable por ello y echa la culpa de su falta de energía a su horario agotador y al empeoramiento de su depresión.

Tessa no toma drogas ni bebe. No tiene problemas legales. Ésta es su primera experiencia

con la psicoterapia. La medicación de su madre la controla un médico de familia, pero ella nunca ha visto a un terapeuta. La madre de Tessa espera que ésta encuentre «alguien con quien hablar y en quien confiar» en la terapia. Tessa no está muy segura de qué hacer cuando viene a terapia.

VARIABLES COGNITIVAS

Los pensamientos automáticos de Tessa incluyen creencias como «Me lo voy a hacer encima y todo el mundo se va a dar cuenta», «Todo el mundo espera que me lo haga encima», «Voy a pasarlo mal en la escuela sin mamá». «No les gusto a mis compañeros de clase», «Tengo que ser buena para no cansar a mamá», «El mundo tiene un montón de peligros horribles», «No creo que pueda cuidar sola de mí misma», «No soy tan lista ni tan fuerte como los otros niños», «Si tengo miedo es porque algo malo va a suceder» y «Creo que no encajo en ningún sitio». Sus distorsiones cognitivas más características incluyen pensamientos de tipo todo o nada, personalizaciones, sobregeneralizaciones, razonamientos emocionales y etiquetajes. Como sólo tiene 9 años, es probable que sus esquemas aún no estén completamente formados. Sin embargo, puede ser vulnerable al desarrollo de creencias nucleares como «Soy vulnerable y frágil, y estoy en un mundo duro y lleno de críticas en el que los demás se muestran indiferentes y me juzgan», «El hecho de ser diferente me convierte en una marginada en un mundo en el que los demás son más listos y más fuertes», «Tengo que estar siempre alerta para poder evitar todos los peligros» y «Los errores son catastróficos en un mundo crítico en el que los demás critican mucho y yo soy más débil que ellos».

ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS CONDUCTUALES

El camino de casa a la escuela, especialmente los lunes por la mañana, es uno de los antecedentes que activan la sintomatología de Tessa. Además, las tareas nuevas, los trabajos en grupo, las críticas y las situaciones ambiguas como la hora del patio despiertan en ella sensaciones de ansiedad y depresión. La indiferencia de sus cuidadores adultos (como su madre, su tía o sus profesores) y de los otros niños genera creencias como «No les importo» o «No les gusto». La evitación, el distanciamiento y la necesidad de Tessa de que le confirmen que hace bien sus tareas aparecen cuando se presentan estos estímulos y se ven reforzados por la disminución de su ansiedad. Sus buenas notas y los halagos de su madre refuerzan su conducta de control. Su búsqueda de confirmación también recibe refuerzos positivos y negativos. Las figuras de autoridad la han tranquilizado en algunas ocasiones; por lo que el simple hecho de acudir a ellas en busca de confirmación provoca por sí solo una disminución de la ansiedad. Su comportamiento tranquilo recibe refuerzos en la clase. Sus quejas somáticas también cumplen una función: elicitan el cuidado de los demás, lo cual es muy satisfactorio para ella. El deseo de agradar de Tessa también encuentra un refuerzo positivo en la aprobación de los demás.

FORMULACIÓN PROVISIONAL

Tessa es una niña afroamericana que presenta fundamentalmente síntomas de ansiedad y

depresión. Sus cogniciones están marcadas por el miedo a la evaluación negativa y por la autocrítica. Conductualmente, responde a estas amenazas con hipervigilancia, buscando aprobación o confirmación y distanciándose de sus iguales. Muchos de sus síntomas psicológicos se traducen en síntomas somáticos. El miedo a la evaluación negativa de los demás parece ser el que provoca más manifestaciones emocionales.

Parece claro que los factores ambientales fomentan la aparición, el mantenimiento y la intensificación de su malestar. Tanto Tessa como su madre son conscientes de las diferencias raciales existentes entre ella y sus compañeros de clase. Tessa probablemente haya internalizado la instrucción de su mamá de «trabajar el doble de duro que sus amigos blancos». Por ello, se siente obligada a hacer bien sus tareas, a competir y a encajar. Son emociones demasiado intensas para una niña pequeña. Pensamientos como «Todo el mundo espera que me lo haga encima» ponen de manifiesto su sensación de estar siendo observada. Y esta sensación hace que su ansiedad social se dispare. Una niña que experimenta esta presión en un contexto en el que la gente va pisando huevos, espera la confirmación de los demás. En realidad, para ella es una forma de saber cómo lo está haciendo.

Tessa se ve a sí misma como una persona frágil en un mundo amenazador. Para no resultar dañada, se distancia y se comporta con extrema cautela. En realidad, su conducta precavida es adaptativa en su barrio y en ocasiones con sus compañeros de clase. Pero su extrema cautela hace que sus compañeros se burlen de ella y que la intimiden. Su madre también tiende a sobreprotegerla. Esta sobreprotección y las burlas de sus compañeros refuerzan aún más su autoimagen negativa.

PLAN ANTICIPADO DE TRATAMIENTO

1. El elevado número de quejas somáticas de Tessa indica que habría que realizar un entrenamiento en relajación.
2. Debería implantarse un programa de acontecimientos agradables para aumentar el número de refuerzos positivos que recibe.
3. Las intervenciones cognitivas dirigidas a reducir su miedo a la evaluación negativa deberían empezar con intervenciones basadas en autoinstrucciones, para pasar después a técnicas que impliquen un mayor análisis racional.
4. Habría que estudiar las atribuciones de Tessa en el campo de las diferencias raciales entre ella y sus compañeros de clase. Si sus atribuciones son contraproducentes para ella, deberían aplicarse técnicas cognitivas como la reatribución.
5. A lo largo del proceso de tratamiento, habría que enseñar a Tessa estrategias de resolución de problemas.
6. También deberían aplicarse técnicas cognitivas para modificar su autoimagen de persona frágil.
7. La madre de Tessa debería someterse a un programa de entrenamiento para padres, centrado en la implantación de un sistema de control para apoyar el cumplimiento de las tareas para casa de su hija. Además, la terapia debería ayudar a la madre a reducir su conducta sobreprotectora y a mejorar la coherencia de sus respuestas a las necesidades de Tessa. También se debería intentar mejorar la comunicación y la coherencia en la relación

de Tessa con sus cuidadores primarios (p. ej., su madre y su tía).

8. En función del nivel de habilidades sociales de Tessa, podría ser adecuado instaurar un entrenamiento en habilidades sociales que le permitiera responder a las burlas de sus compañeros.
9. Cuando Tessa haya adquirido, practicado y aplicado suficientemente sus habilidades, se debería diseñar con ella una serie de experimentos conductuales que permitieran poner a prueba sus predicciones equivocadas.
10. Habría que colaborar de manera continuada con el profesorado y el otro personal de la escuela.

OBSTÁCULOS PREVISIBLES

Tessa es una paciente entusiasta y motivada. Por lo tanto, no se espera encontrar una actitud poco colaboradora en ella. Sin embargo, tiene tendencia a «hacer demasiado». Por lo que deberemos estar atentos a su perfeccionismo cuando realice tareas para casa. Además, como intenta gustar a los demás y teme la evaluación negativa, tendremos que estar atentos a las señales de que minimiza sus síntomas o de que no manifiesta su insatisfacción con la terapia. Por último, las buenas habilidades comunicativas de Tessa a nivel oral y escrito deben ponernos alerta ante la posibilidad de que dé respuestas intelectualizadas en lugar de respuestas emocionales.

El trabajo con las atribuciones de Tessa sobre las diferencias raciales será fundamental. No será fácil ayudarle a explorar sus pensamientos y sentimientos sobre estos temas sin que se sienta incómoda y sin exacerbar su ansiedad social. Será importante prestar atención en la terapia no sólo a los aspectos relacionados con el contenido, sino también a los relacionados con el proceso (p. ej.: «¿Cómo te sientes cuando hablas de estos pensamientos y emociones?», «¿Qué peligro puede haber en hablar de estos pensamientos y emociones?»).

El trabajo con la madre también presenta algunos desafíos. Deberemos hacer un seguimiento de su depresión. Si es necesario, tendremos que recomendar una terapia individual, siendo fundamental prestar atención a su coste. Independientemente de ello, el trabajo que se realice con la madre centrándose en la hija deberá tener en cuenta su depresión. Por ejemplo, al estar deprimida, no le será fácil elaborar un programa de actividades agradables para su hija. La depresión de la madre hará que haya que prestar especial atención a las vulnerabilidades de Tessa. Por último, a la madre puede resultarle difícil reunir la energía psicológica necesaria para atender a Tessa y mejorar la comunicación con su hermana.

La colaboración con la escuela también puede presentar algunos obstáculos. Una buena idea sería aliarse con la profesora de Tessa. Podríamos enseñarle formas de reducir la evitación y la búsqueda de confirmación de Tessa. Otra estrategia adecuada sería mejorar la sensibilidad de la profesora a la ansiedad de Tessa.

Conclusión

La conceptualización del caso reúne los procesos y procedimientos que se señalan en los siguientes capítulos. Cada caso es único; la aplicación clínica de las técnicas generales que se

describen debe tener en cuenta esta unicidad. Prestando atención a la conceptualización del caso, podemos evitar caer en una mentalidad clínica de « talla única» . Cuando se atasque en alguno de sus casos, vuelva a este capítulo y reconceptualice, rediseñe y refresque su trabajo terapéutico.