

Sumario

| | |
|---|----|
| Intervención psicológica en enfermos crónicos: sentido común y sabiduría popular <i>Vicente Pelechano</i> | 1 |
| Social competence and academic achievement in immigrant adolescents in Portugal <i>Sofia Guimarães, Ida Lemos y Cristina Nunes</i> | 27 |
| Intervención en valores con familias de riesgo social desde la Terapia de Aceptación y Compromiso <i>Inmaculada Gómez, Juan Carlos Hódar, María Rosa García Barranco y María del Mar Martínez</i> | 39 |
| La interacción entre padres e hijos y su relación con los problemas de conducta externalizante <i>Antonio Félix Raya Trenas, María José Pino Osuna y Javier Herruzo Cabrera</i> | 59 |
| Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar <i>Sergio Balbuena Teruel, Inmaculada Rueda Lozano y Paz López Herrero</i> | 71 |

Summary

| | |
|---|----|
| Psychological intervention in chronically ill: Common sense and popular wisdom <i>Vicente Pelechano</i> | 1 |
| Social competence and academic achievement in immigrant adolescents in Portugal <i>Sofia Guimarães, Ida Lemos and Cristina Nunes</i> | 27 |
| Treatment values with social risk families with Acceptance and Commitment Therapy <i>Inmaculada Gómez, Juan Carlos Hódar, María Rosa García Barranco and María del Mar Martínez</i> | 39 |
| Parent-child interaction and its relation with externalizing problem behaviour <i>Antonio Felix Raya Trenas, María José Pino Osuna and Javier Herruzo Cabrera</i> | 59 |
| A case study of selective mutism: Assessment and treatment in the school context <i>Sergio Balbuena Teruel, Inmaculada Rueda Lozano and Paz López Herrero</i> | 71 |

Intervención psicológica en enfermos crónicos: sentido común y sabiduría popular

Vicente Pelechano¹

Universidad de La Laguna (Tenerife- Islas Canarias)

RESUMEN

Se presentan doce afirmaciones básicas sobre la manera de vivir y entender la enfermedad crónica, asentadas en el sentido común, en la experiencia del autor y en la sabiduría popular encarnada en los refranes. Los temas generales son: (1) Identidad personal y enfermedad; (2) aceptación y realismo; (3) relación positiva con el cuerpo y los síntomas; (4) la significación de "cambio" y la necesidad por "dejar pasar"; (5) la aceptación de sí mismo/a y el perdón; (6) La necesidad de relacionarse con los demás; (7) realidad y realismo frente a culpa e inculpación; (8) tenemos hábitos y no todos los que tenemos son buenos; (9) aprender a identificar las recompensas; (10) búsqueda de independencia, no de individualismo egoísta; (11) apertura física, mental y social y (12) mantenimiento de sosiego y de paz interior. Cada afirmación resume un conjunto de estrategias y técnicas de intervención (módulos de intervención) y se utilizan los refranes como ilustración y material de ejercicios a realizar fuera de las sesiones. Se trata de un programa puesto a prueba por partes y que puede funcionar tanto en su integridad como en módulos independientes. Se aplica a nivel individual o en pequeño grupo de enfermos. Se sugiere una sesión semanal de duración entre 45 y 90 minutos.

Palabras clave: psicología clínica de la salud, intervención psicológica en enfermedad crónica, sabiduría lega y clínica psicológica.

ABSTRACT

12 basic sentences based on common sense are the ground of this psychological intervention program in chronic illness: (1) personal identity and disease; (2) acceptance and realism; (3) positive relationship with the body and the symptomatology; (4) the meaning of "change" and the necessity of "let by"; (5) self-acceptance and forgiveness; (6) the need for interpersonal relationships; (7) reality and realism in front of to blame for the disease; (8) we must know our habits and not all of them are good for the health and subjective well-being; (9) to learn to identify the rewards; (10) the search for autonomy, but not of selfish individualism; (11) social, mental and physical openness; and (12) the maintenance of peacefulness and calm. Each statement contains a set of the main techniques to achieve it, relative independent among themselves. The sayings are used as exercise material in sessions and inter-sessions. This program has been used in renal diseases hospitalized and can to be applied individually and in group. On suggests one weekly session (45-90 minutes).

Keywords: Clinical health psychology; psychological intervention in chronic illness; lay wisdom and clinical psychology.

¹ Correspondencia: Vicente Pelechano. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. Campus de Guajara. 38701. La Laguna, Tenerife, Islas Canarias, España. Correo electrónico: vpelecha@ull.es

"Es imposible que un optimista se sorprenda agradablemente"
"No importa la frecuencia con que se demuestre que una mentira es falsa. Siempre habrá cierto porcentaje de gente que crea que es verdad"
"La sabiduría consiste en cuándo se debe evitar la perfección"
"En condiciones rigurosamente controladas de presión, temperatura, volumen, humedad y otras variables, el organismo actúa como le sale de las narices"

(refranes españoles y formulaciones de la Ley de Murphy).

Se ha dicho en muchas ocasiones, y con razón, que la enfermedad crónica representa un estrés intenso, inescapable y que dura tanto como la vida del enfermo. Que, además, a lo largo del tiempo este estrés no presenta relaciones lineales y constantes con el sufrimiento y la discapacidad del enfermo. Esta enorme complejidad ha posibilitado la gestación de opciones de intervención en las que se mezclan diversas tradiciones teóricas y maneras de actuar el profesional encargado de cuidar del enfermo y todo ello en aras de lograr un mayor acercamiento a los problemas reales que éste presente. Una de estas propuestas se perfila en estas páginas, en donde se yuxtaponen elementos de análisis comportamental, elementos de terapias cognitivas, fenomenología y sabiduría popular. Se propone como un conjunto de afirmaciones que se dividen en unos apartados por conveniencia, pero que podrían haberse dividido de otro modo. Algunas de ellas fueron sugeridas por Brian Grady, que se han completado con algunas otras reflexiones y elaboraciones entresacadas de la experiencia personal del autor de estas páginas y la sabiduría popular se refiere al cuerpo de refranes, básica, aunque no exclusivamente, españoles.

La enfermedad crónica es un fenómeno muy complejo, con componentes biológicos, psicológicos y sociales, así como las interac-

ciones entre todos ellos. Y, para un estudio adecuado de este fenómeno deberían ser tomados en cuenta todos estos componentes, lo que en la práctica asistencial brilla por su ausencia.

Debido a su complejidad y a sus muchísimas dimensiones, no existe un modelo científico que dé razón de todos los hechos conocidos. Las soluciones propuestas implican "niveles" de análisis distintos, con distintas unidades y metodología y además, que cada uno puede ser conveniente en los diversos contextos de aplicación.

No es gratuita la consideración de que se trata de un tipo de elemento que está orientado a la práctica clínica, lo que quiere decir, entre otras cosas, la necesidad porque el terapeuta tenga una preparación seria, que en la práctica se aplica "lo que se tiene", aunque no sea perfecto, ni ideal y que se debe orientar a mantener la calidad de vida del paciente y su contexto familiar, por una parte, y articular una visión de la vida del paciente que sea adecuada y realista, sin fixismos ni depresiones.

Entre lo que debe tenerse muy en cuenta, aunque parezca de sentido común, es que se trata de una realidad compleja y continuada en el tiempo, y por ello, cambia a medida que se va viviendo esa realidad. Lo que puede implicar que debería irse modificando tanto el

modelo como las técnicas y procedimientos a aplicar.

La opción que se ha elegido es la exposición de las principales afirmaciones relevantes para la intervención sin especificación de tiempo requerido para cada una de las afirmaciones principales y de la estructuración de las sesiones. Se proponen las siguientes pautas:

- Antes de comenzar el programa, lograr el consentimiento informado por parte del paciente, junto con el contrato de tratamiento y realizar una evaluación psicológica en la que debe encontrarse la posibilidad de existencia de trastornos de personalidad, depresión, ansiedad y obsesiones, al menos, así como las habilidades interpersonales y una anamnesis o historia de vida.
- Se puede aplicar en formato individual o de pequeño grupo (máximo 6 pacientes), con participación de un terapeuta con experiencia y, deseablemente, un observador.
- La orientación general es el logro de un realismo dinámico, con las notas de análisis de la realidad, en sus dimensiones positivas y negativas por un lado y contagiar un dinamismo de actuación y de pensamiento.
- Se sugiere la frecuencia de una sesión semanal de duración entre 45 y 90 minutos. A partir de la primera sesión, se comenzará con la revisión de las tareas que se han debido realizar en casa, analizando las dificultades encontradas y ensalzando los éxitos logrados. A lo largo de la semana se sugiere al menos un contacto a través de teléfono.
- El orden de las afirmaciones que aquí se encuentra es "sugerido" y no impuesto; depende de cada caso. Una propuesta útil consiste

en presentar al enfermo un resumen de las afirmaciones básicas y pedir que las ordene por importancia y/o relevancia. Y comenzar por aquéllas que ofrezcan menos resistencia al cambio.

- Deben proponerse tareas para casa, ilustradoras de las afirmaciones que se presenten en la sesión y los recursos cognitivos y comportamentales a poner en práctica.
- Deseablemente, debería llevarse adelante una sesión cada dos semanas con los familiares o encargados del paciente. En estas sesiones se recoge información acerca de lo que hace el paciente en casa y se evalúa la atmósfera familiar, resolviendo, si es posible y, en todo caso, aliviando, los problemas de interacción personal y emocional que se hayan presentado.
- Se utilizan refranes (y se exponen algunos, que pueden enriquecerse con otros) que deben entenderse como recurso mnemotécnico para aplicar a lo largo de la exposición de cada bloque de afirmaciones. Se deben dar en forma de tarjetas y, a ser posible, con una pequeña aplicación a la vida cotidiana del enfermo, a realizar por el terapeuta. Una tarea a realizar por el enfermo consistirá en encontrar las aplicaciones de los refranes en su vida cotidiana.

Las diversas parcelas que cubren las principales afirmaciones y sus derivaciones pueden tener una importancia distinta para distintos enfermos y por ello, debe adaptarse cada comentario y programación de actividades a las necesidades y posibles discapacidades del enfermo. El formato sugerido es básicamente dialogal y recogería las estrategias sugeridas

por el grupo de Beck para desmontar las creencias irracionales, por un lado, y la entrevista de activación comportamental para fomentar las actitudes y acciones positivas orientadas a la acción adaptativa.

- *“Jamás desesperes en medio de las sombrías aflicciones de tu vida, pues de las nubes más negras cae agua limpia y fecundante”*
- *“Me lamentaba de no tener mejores zapatos hasta que vi un hombre que no tenía pies”*
- *“Si te sientas en el camino, ponte frente a lo que aún has de andar y de espaldas a lo a dado.”*

El uso de refranes en psicología viene de antiguo aunque no siempre se han utilizado del mismo modo ni para la misma finalidad: como ítems para evaluar la inteligencia “general”, para evaluar trastornos de pensamiento e incluso como instrumento de estudio de la sabiduría popular. Esta utilización ha sido criticada por razones distintas entre las que se encuentran la existencia de refranes contradictorios (por ejemplo, “A quien madruga, Dios le ayuda” frente a “No por mucho madrugar, amanece más temprano”) o que dan lugar a predicciones incorrectas (como por ejemplo, “Come poco, cena más, duerme en alto y vivirás”), así como la existencia de formas distintas del mismo refrán, que no casan entre sí.

El caso es que estas contradicciones son más aparentes que reales, y una cosa es defender que en los refranes se exige unas ciertas capacidades para poder entenderlos y aplicarlos de manera correcta y otra cosa es decir que no se encuentran formas de hacer compaginar unos con otros. Y, por otra parte, dado que el

refranero cubre prácticamente todas las áreas de la conducta humana y ésta no es esencialmente racional ni coherente, lo natural es que existan divergencias tanto en formulación de soluciones como en posibilidades interpretativas. Siguen a continuación algunos ejemplos:

(a) El uso de metáforas es muy frecuente en los refranes de manera que se escribe a veces un número para representar una palabra como en el caso *Permanecer en sus trece* que se refiere concretamente a aferrarse a su “determinación” (palabra que tiene 13 letras).

(b) Refranes que, con el curso del tiempo y uso más o menos afortunado, han sido “partidos” por el lenguaje como *Un clavo saca a otro clavo*, que representa la mitad de toda la expresión del refranero: *Un clavo saca a otro clavo, si los dos no quedan dentro.*

(c) Existencia de contradicción por sesgo en la expresión del refrán original como *A quien madruga, Dios le ayuda*, cuando el refrán completo es *A quien madruga, Dios le ayuda, si se levanta con buena intención.*

(d) Es frecuente, asimismo, la existencia de formas diversas del refrán como “Cuando una puerta se cierra, se abre una ventana” o “Cuando una puerta se cierra otra se abre”. La forma del refrán original decía “Cuando una puerta se cierra, ciento se atrancan”, con una significación claramente opuesta a las otras dos formas.

(e) Refranes de interpretación muy compleja. Intente el lector nombrar un ejemplo en la vida cotidiana del siguiente refrán: “Cuando el río no hace ruido, o no lleva agua o va crecido”.

(f) En fin, para no alargar más esta ilustración, se pueden encontrar refranes que cuentan verdaderas historias prescriptivas sinco-

padas, como *Si prestas, no cobras; si cobras, no todo; si todo, no tal; y si tal, enemigo mortal*; uso de retruécanos como *El novio no vio, porque si viera, novio no fuera* o refranes sin sentido y utilizados para manifestar deseo de cambiar de tema o que se está tratando de un tema irrelevante como *A propósito de berenjenas, mi marido tiene buenas piernas*.

En suma: el cuerpo de refranes representa un material muy rico y diverso, que exige un conocimiento bastante profundo sobre el funcionamiento humano, que representa una fuente de sabiduría, no siempre fácil de entender y explicar y que sugiere la existencia de todo un universo de sabiduría, decantado durante siglos y que no debería ser desaprovechado. Este material puede serle muy útil al terapeuta siempre, claro está, que tenga conocimientos al respecto y sentido común para poderlos utilizar (y no como Sancho Panza en "El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha", que llega a recibir palos por parte de don Quijote por la utilización desajustada de refranes; o como en "La historia del famoso predicador Fray Gerundio de Campazas, alias Zote" que escribió el padre Isla). El autor de este trabajo recomienda la lectura de literatura clásica española para adquirir una información cualificada al respecto.

Lo que sigue es un ejemplo de selección de refranes, decires y proverbios, básicamente españoles (aunque no exclusivamente) aplicados a situaciones de alivio de sufrimiento humano. Asimismo se trata de una exposición para terapeutas que permita una iniciación en esta manera de entender la acción psicológica.

1. Identidad personal y enfermedad (prescripción: "yo no soy mi enfermedad, la sufro, pero no me identifico con ella")

Una primera impresión, y muy intensa, que suele tener el enfermo que ha recibido un diagnóstico de enfermedad grave o ha sido hospitalizado, es que **es su enfermedad**, y lo malo del caso es que piensa y siente que no puede escaparse de esa idea. Todo lo colorea de enfermedad y lo que piensa y siente lo ubica dentro de un horizonte de enfermedad.

Es el caldo de cultivo de la indefensión, desesperanza y depresión, con elementos muy importantes de ansiedad, que intenta disimular, todo lo que le es posible, delante de su familia. Y a esta idea, además, ayuda la actuación del personal sanitario con el que tiene contacto. Se les "identifica" a los enfermos por su nombre (no por los apellidos) para "personalizarlo" y, a continuación, la enfermedad principal bajo cuyo rubro ha sido internado.

Una de las primeras tareas que debe llevarse a cabo es diferenciar al enfermo como persona, de la enfermedad que sufre. El enfermo no es la enfermedad, sino que la **tiene, la sufre y debe aprender a vivir con ella**, pero "no es" la enfermedad.

Pueden ser una ayuda eficaz la consideración de que en las enfermedades crónicas se pasa por períodos de recrudescimiento y de "silencio" o de relativo bienestar y, en estos últimos se puede llegar a "ignorar" la enfermedad en cuestión o haber aprendido a tolerar la mayoría de las limitaciones que se poseen.

Resulta muy importante que el terapeuta se familiarice con la enfermedad principal del enfermo y, posteriormente, que le informe

en una o varias sesiones de esa enfermedad, con el fin de poder ir aislando los principales componentes, discapacidades y dinámica. En experiencia del autor, los enfermos suelen desconocer casi todo lo que no están sintiendo en el momento actual, de su enfermedad, y no ayuda a ese conocimiento la conducta del personal sanitario (médicos incluidos). Ese conocimiento va a permitir ir delineando las estrategias de intervención más adecuadas.

Resulta de interés, además, el conocimiento de las distintas pruebas a las que ha de someterse el enfermo en las condiciones en las que se encuentra. La idea de que el conocimiento puede ser perjudicial para el enfermo solamente es verdad en el caso de que sea conocimiento inadecuado, falso o en el que no se perciba vía de alivio, salida aunque parcial, o solución alguna.

Para la transmisión de información sobre la enfermedad resulta no solamente adecuado sino necesario, el uso de material escrito (poco) y gráfico, así como conocimiento actualizado de lo que está sucediendo.

No hay que convertir al médico en un dios porque entonces, se pierde al médico. Se debe entender como un profesional que nos puede ayudar, y mucho, a poder dar una imagen clara de la sintomatología y de lo que le va a ocurrir, a sobrellevar la enfermedad y a alcanzar alivio de muchos de los problemas que se presenten dentro del marco biológico (signos y síntomas de la enfermedad).

Una estrategia adecuada en este contexto es la aplicación del “desapego”, o intentar conceptualizar lo que sucede, como se ve una grabación “externa”. El “desapego” representa una

progresiva separación entre lo que me sucede y cómo lo analizo; o analizarlo de manera lo más objetivamente posible, sin compromisos emocionales.

Puede resultar muy conveniente la información de vida recogida antes del comienzo del programa y, sobre ella y tras la o las sesiones correspondientes a lo que sea la condición médica que sufre, llevar a cabo un entrenamiento en afirmación personal y reafirmación de los logros importantes logrados en su vida.

En suma: separación entre la persona y su enfermedad (con primacía de la persona); información veraz y adecuada acerca de la enfermedad y aserción personal.

Proverbios y refranes de referencia:

- *“Es mejor encender una luz que maldecir la oscuridad”*
- *“La mitad de la alegría reside en hablar de ella”*
- *“El camino más largo comienza con un paso”*
- *“La persona que no comete nunca una tontería, nunca hará nada interesante”*
- *“Añorar el pasado es correr tras el viento”*
- *“La lluvia es un problema solamente si no te quieres mojar”*

2. Aceptación y realismo (prescripción: “mi enfermedad no se va a curar ni con medicinas, ni con deseos de cambio, ni dejando el tratamiento”).

La enfermedad crónica, en la actualidad, no se va a curar ni con medicina, con deseos de cambio o dejando el tratamiento. La realidad es que no tiene cura sino alivio; y parcial. Y ello sucede, entre otras cosas, porque los humanos somos frágiles, imperfectos y en gran medida, ignorantes. Y esas enfermedades existen

y la medicina “hace lo que puede”. Como obra humana es imperfecta y el reconocimiento de esa imperfección no implica ignorarla, ni despreciarla. El que deseemos que sea otra la situación actual no lleva consigo cambio inmediato alguno. Tampoco, ignorando lo que puede hacer por el enfermo (dejar el tratamiento) ayuda mucho.

- *“No hay mayor mal, que el descontento de cada cual”*
- *“Nunca falta un mal año”*

Aceptar la enfermedad no quiere decir ni resignación pasiva, ni suponer que la situación va a permanecer así para siempre, porque se trata de una situación dinámica que se modifica a lo largo del tiempo. Debe tenerse presente que sin un reconocimiento y aceptación de lo que es y sucede, resulta prácticamente imposible el cambio. Y esta aceptación no significa “para siempre”. Aceptar no es inmovilización.

- *“Amor, viento y ventura, poco dura”*
- *“No hay mal que cien años dure”*

Debe quedar claro que los tratamientos conocidos en la actualidad poseen límites, tanto de eficacia como de efectos (incluso la existencia de efectos no previstos, iatrogénicos). Es posible, incluso, que la situación actual sea una consecuencia de un “error diagnóstico” o un “error de tratamiento”. Se vive el momento, lo que implica que se hace lo que se puede en cada momento, se vive cómo se puede en cada momento y se sufre, por un lado, y se es feliz, por otro, según el momento. No se trata de un

situacionismo radical sino de poder seguir viviendo y atisbar que es posible una cierta perspectiva de este momento hacia el futuro. Y que la vida es una mezcla, no siempre equilibrada, de disfrutes y sufrimientos. En todo caso, se vive en la actualidad, en el presente, aunque se piense en el futuro, lo real es lo actual.

Debería irse introduciendo la idea de que la vida del ser humano está constituida por segmentos, no todos los cuales son del mismo tamaño, ni son igualmente gratificantes. Que el sufrimiento y el placer califican estos segmentos y que la sucesión de segmentos solamente de un tipo da lugar a no valorar otros tipos de segmentos (monotonía, aburrimiento, hastío).

- *“Mal es sufrir, pero sufrirlo mal, es el peor mal”.*
- *“Más vale un toma, que dos te daré”*

A veces existe una fuerte creencia en el “voluntarismo”, creencia en que un ser humano logra todo lo que persigue con fruición. Y resulta un elemento motivacional muy importante para muchos momentos en los que se requiere una motivación o un esfuerzo para seguir adelante, pero tiene limitaciones, entre otras cosas porque existe una condición física que puede estar muy debilitada y el sobre-esfuerzo y la excesiva dedicación puede dar lugar a empeoramientos, asunción de riesgos e incluso hasta la muerte. Por ello este voluntarismo, siendo positivo en general, posee limitaciones fuertes y hasta contraindicaciones.

- *“Querer es poder”*
- *“Quien hace lo que puede, hace lo que debe”*
- *“Quien hace lo que quiere, no hace lo que debe”*

Hay que tener esperanza para seguir buscando la solución de la enfermedad, pero hay que tener muy claro que no todas las cosas tienen la solución que deseamos, ni una solución conocida, como sucede con las catástrofes naturales, terremotos, guerras o accidentes. A veces es preferible una solución parcial e imperfecta (como sucede con las enfermedades crónicas, que pueden lograr alivio de síntomas y de complicaciones que empeoran la situación) que ninguna solución.

Decir y pensar que lo que está sucediendo con la enfermedad no es importante, por otro lado, no lo resuelve. Las cosas importantes hay que decirlas y afrontarlas.

A veces, los hechos no pueden cambiarse, como tampoco las consecuencias de estos hechos. Y negar los hechos o las consecuencias sirve de poco porque están ahí. Sin embargo, si no puedo cambiar ni los hechos, ni las consecuencias, puedo cambiar las maneras de pensar sobre estos hechos y consecuencias. El repensar los hechos puede iluminar maneras de poder sobrevivir a las situaciones difíciles y tiene valor adaptativo.

- *"Si no puedes lo que quieres, quiere lo que puedes"*

Posiblemente es verdad que el enfermo esté sufriendo en la actualidad un estado de discapacidad notable, lo que le puede llevar a desánimo y hasta desesperación. Pero también es verdad que, hasta ahora, ha logrado cotas de respeto y poder que puede mantener, en su mayor parte. O dicho de otra manera: aparte de lo que "no se ha logrado" hasta ahora

y que queda por lograr, hay muchas cosas que sí se han logrado a lo largo de la vida que ha vivido y subrayar lo positivo que se ha alcanzado sirve para saber dónde se estaba y dónde se está ahora.

- *"Por ser sufrido y paciente, no es uno menos valiente"*
- *"Lo mejor es enemigo de lo bueno"*

Por eso conviene comenzar haciendo algún balance positivo. En una situación que cambia, hay cosas que pasan (buenas y malas) y otras que permanecen. Y hay que reconocer, unas y otras, reanalizando lo que ha sucedido y lo que está sucediendo ahora:

- *"Necedad es contender con quien no puedes vencer".*
- *"Espera sentado y verás pasar el cadáver de tu enemigo"*

En suma: aceptación de la situación y de la condición con una actitud de apertura hacia el futuro, que no es fixismo; balance de las cosas predominantemente positivas logradas en la vida y saber esperar a que pasen las cosas que molestan especialmente, son aspectos que deben subrayarse en este punto (recordar que la vida son una secuencia de segmentos vitales y que después de una parte muy negativas, después de "tocar fondo", viene una recuperación de todo o parte del bienestar).

3. Tener una relación positiva con mi cuerpo y los síntomas (prescripción: “debo tener una relación positiva con mi cuerpo y mis síntomas”).

El mero hecho de aceptar que debo tener una relación positiva con mi cuerpo y mis síntomas implica que, de una u otra forma, ya se acepta el tener esa relación. Aún con la admisión de que algunas de las cosas que se han hecho no han funcionado tan bien como se esperaba y, por eso, debo aprender nuevas formas de vivir con estos problemas. Y eso lleva consigo trabajo y esfuerzo personal.

- *“No hay atajo sin trabajo”*

“Relación positiva” lleva consigo ser constructivo/a y realista. Un buen punto de arranque es intentar cambiar lo que pueda, por un lado, y adaptarme a lo que no pueda cambiar, por otro. Lo que se ilustra en los siguientes refranes, como ejemplo:

- *“Acorta tus deseos, y alargarás tu salud”*
- *“Machacar en hierro frío, tiempo y trabajo perdido”*

Debe subrayarse que este proceso no resulta simple, ni fácil y que puede necesitar ayuda para aclarar puntos intermedios en ese camino. Y dos recursos útiles son: asumir un punto de vista neutral y no comprometido con cada situación, para mantener la objetividad, por un lado. Y, por otro, no gastar energías en contar a los demás y a sí mismo lo mal que cada uno se encuentra, sino en hacer lo necesario para mejorar y comenzar porque actúe el propio enfer-

mo. Centrarse en lo que importa y representan los problemas cotidianos, aunque relevantes:

- *“Si de paz quieres gozar, ni fiar, ni porfiar, ni confiar”*

Mi cuerpo es una parte importante de mí mismo/a y, por ello, debo ocuparme de él, cuidar de él y ello quiere decir cuidar de su limpieza en todas sus partes, con ayuda o no de otras personas; preocuparse por la dieta, del aseo personal, del cuidado de la piel. Y, además, hacer balance de la autonomía funcional que posee el enfermo y subrayar esos elementos positivos que me permiten seguir adelante y tomar decisiones sobre ese cuerpo.

- *“Cuenta por bienes, los males que no tienes”*

En más de una ocasión, no encontramos un significado claro a lo que sucede, ni un sentido a las cosas que nos suceden. Y la asignación de sentido a las cosas que suceden (y de sentido constructivo y positivo) permite establecer límites sensatos a lo que nos sucede, a las relaciones que tenemos con los que nos rodean, lo que podemos y no podemos hacer y esperar de manera inmediata, tanto lo positivo, como lo negativo. Y para ello, la enfermedad, con sus condiciones de discapacidad, resulta una piedra de toque en esta sociedad:

- *“Si quieres saber qué amigos tienes, Blas, ponte enfermo y lo sabrás”*
- *“Cuenta por bienes, los males que no tienes”*
- *“Más enseña la adversidad, que la prosperidad”*

Y para el logro de ese sentido se exige esfuerzo. Y los esfuerzos realizados tienen limitaciones. En los siguientes hechos y situaciones existen dos polos que deben tenerse en cuenta:

- Intento de evitar el dolor de manera radical. Existen varios tipos de dolor y mientras unas veces el dolor posee un significado negativo (existencia de lesión o empeoramiento), en otras ocasiones posee un sentido positivo de crecimiento (crecimiento de dientes, por ejemplo)
- Uno de los recursos que utiliza el enfermo para evitar dolor y molestias es desarrollar un miedo a moverse. El miedo es un fenómeno adaptativo y estrategia de supervivencia por un lado; pero, por otro, moverse representa una necesidad corporal, para evitar otros problemas como anquilosamiento muscular y pérdida de autonomía personal.
- A veces, no sabemos cómo eliminar las molestias que nos aquejan y tendemos a repetir estrategias y maneras de actuar que las seguimos haciendo no por ser eficaces (que no lo son) sino porque no sabemos hacer otra cosa. Y esto debería ser eliminado.
- Si bien el descanso es un elemento necesario para seguir actuando, demasiado descanso lleva a discapacitación e incluso a incapacitación para poder hacer determinadas cosas.
- Repetición de una pregunta demasiado frecuente entre enfermos “¿Por qué a mí?” “¿Qué he hecho para merecer esto?”. Cuestionamientos que, si bien pueden iluminar algunas de las cosas equivocadas que hemos hecho a lo largo de nuestra vida, sin embargo, no representa una solución sistemática a los problemas que tenemos.

• *“Nunca mucho costó poco”*

En suma: aceptar el propio cuerpo y cuidar de él lo mejor posible, porque nos puede ayudar a mejorar y encontrar alivio. Y dedicar tiempo y esfuerzo. Cuidar la autonomía funcional y potenciarla.

4. La significación del “cambio” y la necesidad por “dejar pasar” (prescripción: “cambiar significa abandonar partes de la vida pasada y vivir con las posibilidades reales y activas”).

Un cambio significa que se modifican unas cosas, mientras que otras permanecen prácticamente igual (estas últimas, representan los puntos de referencia para dar testimonio del cambio). Por lo que se refiere a una consideración de la vida que se ha llevado hasta este momento, un cambio significa que hay partes de esa vida que ya no funcionan; o si funcionan, no lo hacen del mismo modo. Debería enfrentarme a la situación de analizar la vida que tengo ahora y enfrentarme a mi presente para encontrar nuevas maneras de vivir esa vida.

Y ello trae consigo que hay cosas que hacía que no voy a volver a hacer; que hay cosas que debo dejar de lado porque no puedo hacerlas o porque han perdido su valor funcional. Ello no lleva consigo ignorar cómo he vivido, ni despreciarlo, sino tenerlo en cuenta pero no vivir en función de ese pasado, porque la vida sigue y debo seguir viviéndola. Y en el recuerdo de esa vida pasada deben tomarse en consideración elementos negativos (ya no lo puedo hacer, ya no funciona, soy incapaz de

hacerlo, aunque poder haber sido gratificante) y, a la vez, elementos positivos (nadie puede quitarme esos recuerdos y experiencias si han sido agradables).

- *“Quien vive de recuerdos, vive entre muertos”*
- *“Cuenta por bienes, los males que no tienes”*
- *“Un dolor alivia a otro, y un amor cura de otro”*
- *“No te quemes la boca, por comer pronto la sopa”*
- *“Hoy debiendo, y mañana pagando, vamos trampeando”*
- *“Cada cosa tiene dos asas, una fría y otra que abrasa”*

Todo cambio exige dejar unas cosas por otras. Si se pretende ser una persona distinta, el “viejo yo” tenía cosas buenas y malas y el “nuevo yo” tiene que vivir en un mundo nuevo. Ese cambio no es inmediato sino que lleva tiempo y esfuerzo: en el camino “estoy siendo” algo distinto/a y adaptándome. Si mantengo una actitud abierta y receptiva puedo darme cuenta de nuevas posibilidades que se ofrecen y que podría seguir. Y estos cambios podrían estar orientados hacia una mejora en la calidad de vida que estoy teniendo:

- *“Cuando una puerta se cierra, otra se abre”*
- *“Don Nadie, por ser Don Alguien, y Don Alguien por ser Don Mucho, ninguno está en su punto”*
- *“Buenas palabras no hacen buen caldo”*
- *“Con leña prometida no se calienta la casa”*

El cambio, a veces, es doloroso, porque exige una o varias pérdidas. Las pérdidas suelen ir acompañadas de sentimientos de amargura, confusión, embotamiento, rabia y depresión,

falta de motivación para hacer cosas y pérdida de energía. Y estos sentimientos pueden irse sucediendo o estar presentes dos o más de ellos a la vez. No es buena solución ni estar pendiente de su aparición, ni hacer lo posible por refrenarlos totalmente, ni que no se expresen en absoluto. Lo que debería hacerse es encontrar situaciones en las que, de forma segura, estos sentimientos afloren y sean expresados sin que se produzca daño para uno/a mismo/a o los demás. Resulta natural que estos sentimientos aparezcan con las pérdidas. Lo que no resulta natural es que permanezcan durante años, porque no son positivos ni para quien los tiene, ni para quien o quienes los sufren.

Algunas veces, pensamos que es verdad que el ser humano es frágil, que la enfermedad nos puede acompañar de manera casi “natural” porque nuestro organismo y nuestras defensas no son perfectas pero... **no ahora, no en este momento**, ni tan pronto. Curiosamente aceptamos nuestra fragilidad pero no aceptamos del mismo grado, que no conocemos totalmente las leyes que rigen el curso del tiempo de nuestra vida; que conocemos tan solo de manera fragmentaria y parcial lo que sucede y, por lo tanto, que el futuro es imprevisible. Es “previsible” y “racional” solamente después de haber sucedido. La impredecibilidad y la provisionalidad forman parte sustantiva de nuestra naturaleza y no vendría mal recordarlas de cuando en cuando hasta el punto de poderlas integrar en nuestra manera de entender la realidad que nos toca vivir.

No quiere esto decir que todo sea imprevisible y que no sea posible alcanzar cierta “seguridad” sabiendo que si suceden unas cosas,

van a seguirse desde aquí, otras. Pero una cierta dosis de elementos no previsibles pueden ser positivos si nos permite mantenernos despiertos para leer indicadores y a sabiendas de que no podemos controlarlo todo.

- *“Nadie es adivino, del mal que está vecino”*
- *“Donde menos se piensa, salta la liebre”*
- *“Cuando el río no hace ruido, o no lleva agua, o va crecido”*

Una derivación de esa imprevisibilidad es intentar vivir el presente y sacar del presente, lo más adecuado y mejor para cada cual. Se deben buscar recompensas y satisfacciones en el presente, pensando que esas satisfacciones no llevarán a males mayores en el futuro. Esto es, procurar una especie de “aritmética” de placeres o pequeños disfrutes de los que no se deriven consecuencias desagradables en el futuro.

- *“Vale más un toma que dos te daré”*

En suma: cambio significa algo que se deja y algo que se coge, algo que sucedía y no sucede y otro algo que no sucedía y sucede, lo que suele llevar consigo, en los humanos, cambios a nivel emocional. Estos cambios, además, exigen que una vez expresados los sentimientos “negativos” deben ser acompañados de expresión de sentimientos “positivos” por los aspectos gratificantes y novedosos, y sus posibilidades de evolución, que esos cambios alcanzados llevan consigo. Y ayuda a la aceptación de los cambios la admisión de que el mundo es apenas conocido y que existe una fuerte dosis de impredecibilidad en lo que sucede.

5. Aceptación de sí mismo/a y el perdón (prescripción: “debo aceptar mi situación y debo saber perdonarme a mí mismo/a”).

Siendo honesto y reconociendo la verdad tenemos que reconocer que ser humano en las condiciones de enfermedad puede resultar muy duro. Y que se plantean muchos problemas para los que no existe una solución satisfactoria... porque se trata de problemas difíciles. Si los problemas que se plantean fueran fáciles, cada ser humano los resolvería por sí mismo.

Estamos viviendo en una sociedad y contexto cultural en donde lo “usual” es el mantenimiento de un “status quo”, de una cierta monotonía y estabilidad de leyes y maneras de comportamiento individual y de grupo, lo que hace que la “previsión” se potencie. Desde la economía hasta la medicina, estamos plagados de “estrategias preventivas” a nivel verbal... otra cosa es lo que sucede en el mundo de la acción, porque cuando se llevan a cabo estrategias preventivas colectivas... aparecen las protestas y a nivel individual... se tacha a veces de autoritarismo. Y, lo más curioso es que muchas veces estas estrategias preventivas no llevan a ninguna parte; ni siquiera se cumplen.

Si esta previsión implica, además, llevar a cabo cambios importantes en la vida de un individuo, los cambios que se exigen dan lugar a situaciones en las que no hay mucha claridad para la toma de decisiones.

Es en estas situaciones, tan frecuentes en el caso de la enfermedad crónica, en las que la búsqueda obsesiva de la perfección, de decisiones sin repercusiones negativas, pueden resultar perjudiciales. Se trata de “hacer lo que

se pueda en cada momento, y además, poder recuperar la información para que en una ocasión posterior mejorar la decisión y, desde ahí, la acción a realizar. A sabiendas de que no se trata de soluciones perfectas:

- *“Lo mejor es enemigo de lo bueno”*
- *“Si no tienes lo que debes, quiere lo que tienes”*

Una vez tomada la decisión y puesta en acción, sin que sea una solución perfecta la lograda, resulta de gran interés saber perdonarse y reconocer que se debe ser compasivo/a consigo mismo/a puesto que, como ser humano, se tienen limitaciones, éxitos y fracasos en la vida cotidiana. Y el valor de lo que hacemos se puede observar con mayor claridad si se compara con otras personas y situaciones

- *“Repara en la casa ajena, y hallarás chica tu pena”*
- *“Saca tu cruz a la calle y verás otras más grandes”*

Estamos viviendo en una sociedad que, teóricamente, es meritocrática y meliorista, en donde se premia el intento por “hacerlo mejor a toda costa” y en todas las situaciones. Lo que llevado a la vida personal y a la dualidad salud/enfermedad se ha convertido en “si hubiera hecho más, o mejor...” no estaría como estoy. Hay bastantes personas que piensan que no estarían enfermas si fueran “más fuertes”, o “más inteligentes”, o en definitiva, “lo hubieran hecho mejor”, o hubiesen tenido mayor determinación o se hubiesen dedicado más a cuidarse de ellas mismas en lugar de ocuparse

de otras cosas. Si este tipo de análisis se utiliza para detectar algunos de los errores cometidos, y no pasa de ahí, no es desafortunado. Pero si se convierte en una fuente de insatisfacción continua, en una situación de estrés constante del que no se puede escapar, se convierte en un elemento nocivo para la vida y el disfrute personal, fuente de insatisfacción y de frustración. Se ha dicho muchas veces, que el exceso de celo, es recelo.

- *“Lo mejor es enemigo de lo bueno”*
- *“Quien por lo mucho deja lo poco, suele perder lo uno y lo otro”*

Cuanto más pronto acepte la situación que estoy viviendo ahora, esta situación que hace que esté de una manera, pueda hacer unas cosas y no otras... que es la situación real, antes podré dedicar esa energía que tengo a cambiar, a buscar nuevas y mejores situaciones en la vida. No tiene mucho sentido autocompadecerme y criticarme en exceso, para lo que puede servir formularse alguna vez la pregunta siguiente ¿Si viese a alguien esforzándose como lo hago yo, sería tan crítico/a como lo soy conmigo mismo/a? ¿No tendría más compasión y buena imagen de una persona que se esforzara así? Debe tenerse muy presente la prudencia en la utilización de las palabras cuando se habla con alguien, e incluso con uno/a mismo/a.

- *“Puedes aplastar a una persona con el peso de tu lengua”*

En más de una ocasión, las situaciones por las que se atraviesa implican la participación de otras personas para resolver los problemas que se plantean y, si esto es así, no debería existir problema en la búsqueda y petición de ayuda por parte de los demás:

- *“Lo que no puede uno, lo pueden muchos”*
- *“Dos perros matan a un león”*
- *“Más ven cuatro ojos, que dos”*
- *“Una mano lava a la otra, y las dos al rostro”*
- *“Una mano sola, no aplaude”*
- *“Muchas hormigas, llevan al escarabajo”*
- *“Del acero y el pedernal, fuego sal”*
- *“A quien se ahoga, sogá”*
- *“Dos piedras en una bóveda se sostienen una a otra”*
- *“No hay, ni puede haber, quien a otro no haya menester”*

Y esto nos lleva al punto siguiente, acerca de las relaciones con los demás.

6. La necesidad de relacionarme con los demás (prescripción: “tengo que seguir relacionándome con los demás y posiblemente debo cambiar la manera de entender esas relaciones”).

Es posible que haya cometido errores en mis relaciones con los demás y que algunas de ellas, incluso, no puedan tener solución. Si esto es así, debo estar dispuesto a buscar nuevas relaciones, en el caso de no poder resolver los problemas que se plantean con las que tengo. El ser humano tiende a vivir en grupo y con relaciones de unos con otros, y ello no le debilita, al contrario.

Estas relaciones, por otra parte, tienden a

no ser eternas, y van cambiando a lo largo de la vida en cantidad y en calidad. No hay mucho de esencialismo en las relaciones humanas sino sentirse entendido/a, comprendido/a, compartir ciertos valores y creencias y sentirse bien con las personas con las que nos estamos relacionando, respetando su propia intimidad y su manera de ver la realidad, no querer tener siempre la razón y poder llevar adelante un diálogo con sentido.

- *“Un fuego apaga otro fuego”*
- *“El pan comido, la compañía deshecha”*
- *“No hay olla tan fea, que no encuentre su cobertera”*
- *“Amar sin padecer, no puede ser”*
- *“Un dolor alivia a otro, y un amor cura de otro”*
- *“Vida sin amigos, muerte sin testigos”*
- *“Amigos y libros, pocos, buenos y bien conocidos”*
- *“No es amistad la que siempre pide y nunca da”*
- *“Olvidaos de los que os olvidan”*

Es verdad que la condición física del enfermo le afecta no solamente a él, sino a los que conviven con él. Y en este punto deben tenerse en cuenta, al menos, las siguientes consideraciones:

I. Las relaciones son como ondas en un estanque. Cuando se tira una piedra, las olas rompen toda la imagen (si un miembro de la familia cae enfermo, toda la familia se resiente y “cambia”, y estos cambios pueden ser pasajeros o no).

II. Como enfermo, puedo tener problemas de “sentimientos” que deben ser analizados y encontrar su justificación y sentido, así como, en su caso, su falta de sentido. Puedo buscar como enfermo, ser independiente (o demasia-

do dependiente), sentir rabia o resentimiento hacia los demás que no se encuentran en mi situación, esperar que entiendan mis necesidades aun sin expresarlas, esperar que me cuiden todo el tiempo y sentir indefensión y desánimo cuando no me prestan la atención que creo que merezco, no doy crédito suficiente a mis amigos, conducta y hablo con demasiadas referencias a mí o mi enfermedad, o defender siempre mis puntos de vista frente a lo que exponen los demás, a los que no presto demasiada atención... Y esto hay que modularlo y, en su caso, modificarlo.

III. Mi enfermedad ha traído consigo, además, cambios en los papeles que se desempeñan en la familia. Estos cambios son de índole muy distinta desde instrumentales (como trabajo, ingresos, nuevas tareas en la casa o en la cocina, redistribución de la casa) hasta afectivos (como las atenciones que se prestan al enfermo y a los demás, recompensas y satisfacciones que se pueden ofrecer, tiempo dedicado a prestarles atención).

Ante estos cambios en relaciones y manera de llevarlas a cabo se requiere la búsqueda de soluciones, que pueden ser más o menos novedosas y que deben ser re-elaboradas y trabajadas de manera explícita teniendo en cuenta, por lo menos, lo siguiente:

I. Se deben aclarar y poner de manifiesto las comunicaciones con los demás. Y ello implica expresar y ser receptivo/a con los sentimientos que cada uno tiene.

II. Debe tenerse en cuenta el análisis de las necesidades de los miembros de la familia. Y las necesidades de cada miembro deberían expresarse de manera franca, simple y clara (pero

no insultante ni inculpadora hacia otro miembro de la familia).

- *"Quien sabe ceder, sabe vencer"*
- *"Antes doblar, que quebrar"*
- *"Poca sal, sala; mucha, amarga"*
- *"Más moscas se cogen con una gota de miel que con un cuartillo de vinagre"*
- *"Con buenos modos lograrás, lo que con malos no podrás"*
- *"Lo que se calla, se puede decir; lo que se dice, no se puede callar"*
- *Puedes aplastar a una persona con el peso de tu lengua"*

III. La ira, nunca es buena consejera. Si es necesario hay que llevar adelante un programa específico para control de ira (tolerancia a frustración y de inoculación de estrés).

- *"Si eres paciente en un momento de ira, escaparás a cien días de tristeza"*
- *"Quien se enfurece, si no es loco, lo parece"*
- *"Tu que razones no conoces, dame voces, más no coces"*
- *"De airado a loco, va muy poco"*
- *"El horno que se inflama, si no respira, revienta"*
- *"A quien tiene malas pulgas, no le vayas con bur-las"*

IV. En el caso de vivir con pareja, debe mantenerse el equilibrio en la pareja: ambos tienen necesidades y no solamente la persona enferma. El respeto a la individualidad de cada uno es parte esencial de la convivencia. La abundancia de "silencios agresivos" indica la existencia de conflictos que deben afrontarse y resolverse de la mejor manera posible.

- *“Cada cabello hace su sombra en el suelo”*
- *“Mal es callar, cuando es tiempo de hablar”*

V. El hecho de estar enfermo no justifica que no me preocupe por entender a los demás, esforzarme por comprender lo que piensan y sienten (empatía cognitiva y emocional). Hay que intentar “ponerse en el lugar de la otra persona”. Ensayar para ello “desempeño de papeles” en función de tipos de situaciones relatadas por el enfermo y de las personas involucradas en esas situaciones. Pedir un diario semanal de incidencias y tratar de encontrar soluciones distintas y más adaptativas, en su caso.

VI. Cada persona, aparte de necesitar cierto tiempo para ella misma, requiere un “espacio vital” mínimo que debe respetarse. Cada uno de los miembros de la familia, comenzando por el propio enfermo, debe procurar que los demás no se sientan mal cuando se encuentren delante del enfermo, ni se sientan “los malos” cuando se encuentren delante del enfermo.

VII. El enfermo debe tener especial cuidado en quien pone la confianza y la amistad. Esto quiere decir, entre otras cosas, que se deben asumir riesgos en cuanto a nuevas amistades se refiere, pero debe intentarse que no sea siempre el propio enfermo quien pierda y mantenerse atento a lo que hacen los demás:

- *“Con el ingrato, no tengas trato”*
- *“Con el malo, ni a lo bueno; con el bueno, hasta en lo malo”*
- *“No digas tu menester a quien no te ha de socorrer”*
- *“Al terco verás perecer, por no echar su brazo a torcer”*

Como enfermo, toda ayuda deberá ser bien recibida. Y junto a esa recepción, cuidar especialmente la expresión de emociones: la ira, levantar la voz de forma desmedida, tener el genio muy corto, son aspectos del funcionamiento personal que deben ser disminuidos y, deseablemente, que desaparezcan.

- *“Quien se enfurece, si no es loco, lo parece”*
- *“Tu, que razones no conoces, dame voces, mas no coces”*
- *“De un hombrecillo iracundo, se ríe todo el mundo”*
- *“De airado a loco, va muy poco”*
- *“El horno que se inflama, si no respira, revienta”*
- *“A quien tiene malas pulgas, no le vayas con burlas”*

En pocas palabras: respeto a los demás y a uno/a mismo/a, empatía con las necesidades y deseos de los demás y de uno mismo, exposición clara de necesidades y respeto a la individualidad.

7. Realidad y realismo frente a culpa e inculpación (prescripción: “debo conocer lo que me pasa; no gano nada buscando culpables en los demás”).

Incluso en el caso de que mi situación actual sea debida a un error médico, un accidente de tráfico del que ha podido ser responsable otra persona... el caso es que mi situación es la que es; y esos posibles “responsables” no la pueden cambiar, ni mejorar. Los demás, responsables, corresponsables o no, pueden ayudarme, pero la primera fuente de ayuda soy yo mismo/a. Si utilizo una estrategia sistemática de inculpar

a los demás y hacerles responsables de todo lo que me sucede, estoy gastando una considerable energía que mejor podría aprovechar en mejorar mi estado actual. Si puedo llegar a perdonar y no culpabilizar, tengo más recursos y reservas de energía para mirar hacia adelante y, de esta manera, crear el resto de mi vida.

El echar la culpa a los demás no tiene demasiada utilidad. Tampoco echarse la culpa a sí mismo/a. Y, usualmente la inculpación va aparejada con el deseo de que le suceda lo mismo que a nosotros (una suerte de venganza). Respuesta muy frecuente aunque con un escaso o nulo valor adaptativo.

- *“Con el mal de otro, no se cura el propio”*
- *“La maldad es un león que comienza por saltar primero sobre su amo”*
- *“El cuchillo demasiado afilado desgarrará la propia vaina”*

Se trata de una respuesta muy frecuente, pese a su falta de funcionalidad: los enfermos pasan por momentos difíciles y no han encontrado las soluciones adecuadas; y una respuesta muy frecuente es la rabia y la desesperanza, lo que les lleva a alejarse de lo que se pueda hacer que sea viable y funcional.

El empeoramiento del estado de ánimo y la encolerización del enfermo les puede llevar a “dejar frías” a las personas con las que interactúan (de hecho, representaría una versión de inculpar a los demás haciéndoles responsables de su estado), lo que “aleja” a las personas una vez han sido rechazadas con comentarios agresivos y/o desapacibles. Y con ello, se puede perder un parte relevante de apoyo social,

que es tan relevante en los estadios de crisis de enfermedad crónica.

Además, un efecto secundario de la inculpación a los demás es que se adopta por parte del enfermo, el papel de víctima y actuar como tal (con tipos de argumentación subyacente del tipo: “me suceden cosas malas y no soy culpable, alguien tendría que hacer algo para ayudarme”). Incluso siendo todo ello verdad, sitúa a la persona inculpada en indefensión (no se puede hacer nada para evitarlo).

Y sea culpable uno/a mismo/a u otra persona, o una catástrofe natural, lo que es verdad es que, cuanto menos, la persona que puede decidir hacer algo al respecto es el propio enfermo (sea culpable o no). Debería entrenarse en diferenciar entre el origen de lo que me pasa como enfermo y lo que me está pasando de hecho y me va a pasar en el futuro. Resulta más adaptativo pensar y contemplar el futuro inmediato que el pasado.

- *“Si te sientas en el camino, ponte frente a lo que aún has de andar y de espaldas a lo andado”.*

Un tema de gran interés es el del perdón, cuyos componentes psicológicos no son todavía bien conocidos (se sugieren la reconciliación por un lado y la desaparición del resentimiento por otra), así como sus efectos. Existen algunos autores que sugieren que el perdón podría representar, en situaciones de conflicto interpersonal (por ejemplo, en relaciones de abuso personal), el incremento en la probabilidad de victimización de la persona que perdona, aunque la mayoría subrayan los aspectos positivos psicológicamente.

La reacción “biológica” ante un ataque o sentimiento de ataque ha sido estudiada desde hace mucho tiempo en psicología y tiende a ser o bien una respuesta al ataque, o una huida de la situación. En el caso de presión y/o extorsión, a finales de los sesenta, se sugirió la existencia de una reacción de contracontrol (rechazo de las maniobras de aceptación del controlador). Sin embargo, trascendiendo la biología, en el caso de seres humanos, la “ley del talión” y la venganza han sido sustituidas por la “justicia”¹, que no ha tenido siempre un reconocimiento satisfactorio.

El caso es, sin embargo, que operativamente, el perdón en sus dos vertientes de desaparición de resentimiento y de reconciliación se está proponiendo como un elemento positivo en sus aplicaciones a la enfermedad crónica en el sentido de que mientras la inculpción “deja las cosas como están”, llenando espacios psicológicos de resentimiento y venganza (lo que, para algunos no deja de estar justificado en un contexto cultural en el que competitividad y revancha forman elementos relevantes del talante de la ética del trabajo y del sistema de producción), el perdón permite vaciar parte al menos, de esos contenidos y permite poder hacer algo distinto, sentir algo distinto a los sentimientos negativos hacia el “agresor”, como parte integrante de una manera de sentir, pensar y hacer muy cerca de la ética humanista y de algunos movimientos espiritualistas

¹ Se ha dicho reiteradamente que la justicia, siendo obra humana, no satisface los deseos de “justicia” de la persona ofendida o familiares. Que la “venganza” siempre pide más y que la “justicia” es una suerte de componenda no aceptada en su totalidad (No hay justicia que satisfaga la venganza). Y el espectáculo que está dando la justicia en nuestro país deja mucho que desear y posee un amplísimo margen de mejora en todo el sistema.

y religiosos en los que se predica la necesidad de actitudes pasivas y contemplativas acerca de la realidad.

- *“El mayor gusto, el vengar; la mayor gloria, el perdonar”*
- *“Perdonar es poder vivir”*

Como enfermo, aparte de perdonar, debo asumir la responsabilidad para hacer algo por mí mismo/a y para mí mismo/a. Me encuentro en una situación en la que puedo saber como nadie lo que debería hacerse y cómo. Y dentro de todo ello, algo puedo hacer. El tomar la responsabilidad personal, ofrece la posibilidad de ejercer mi propio poder sobre las cuestiones que me preocupan y colaborar activamente en las decisiones a adoptar. Si no puedo hacer todas las cosas que se necesitan, sí puedo recabar y buscar la ayuda que estime conveniente o que pueda dentro de mis posibilidades.

- *“Dios ayuda a quien se ayuda”*
- *“Del viejo, el consejo; de la vieja, la conseja”*
- *“Vida sin amigos, muerte sin testigos”*

Eso no niega la posibilidad de que existan personas que tengan responsabilidad por haberme hecho daño, o haberse equivocado (lo que puede llevar a consecuencias legales que no hay que ignorar), de lo que se derivarían compensaciones. Y se debe actuar en consecuencia. Ahora bien, lo que importa es llevar adelante las actuaciones necesarias en los procesos legales correspondientes, pero **no se debería hacer de ello una profesión que ocupe toda mi vida** porque ni es operativo, ni lleva

consigo adaptaciones mejores, ni mejor calidad de vida para el enfermo y su familia (antes bien, se convierte en el propio sentido de vida, que se vive con odio y rencor).

• *“Venganzas justas, no hay ninguna”*

En suma: asumir la propia responsabilidad, procurar el perdón y, acompañando a todo ello, recabar las responsabilidades de los demás, si las hubiera, aunque no hacer de ello una forma de vida.

8. Tenemos hábitos y no todos son buenos (prescripción: “tengo buenos hábitos que debo fomentar y malos hábitos que forman círculos viciosos y que deben eliminarse o, al menos, disminuir”).

Uno de los componentes del funcionamiento personal, aparte de las creencias, los valores y los sentimientos y pensamientos son los hábitos, entendidos como pautas de respuesta que se forman con la práctica y el aprendizaje y que se desencadenan como secuencias de acciones en las situaciones de vida. Unos de estos hábitos tienen valor adaptativo (como los hábitos de aseo personal) y otros no lo tienen (como estereotipos de apoyar un pie, siempre el mismo, al levantarse de la cama; fumar mientras se toma café o pensar que los demás siempre tienen la responsabilidad de lo que me pasa y la obligación de cuidarme). Una manera muy poderosa de lograr cambios consiste en modificar los hábitos que nos caracterizan. Y, por lo que se refiere a enfermedad crónica existen unos “círculos viciosos” de hábitos disfuncionales y otros que podrían calificarse

como de “hábitos victoriosos” que nos ayudan a mejorar nuestra calidad de vida.

Uno de los hábitos que forman parte de lo que se acaba de denominar como “círculos viciosos” consiste en pensar y creer que una enfermedad dada es igual a su origen, en el sentido de que lo que la origina, la mantiene. Y eso, simplemente, no es verdad. Incluso en un plano estrictamente biológico, una dependencia genética no lleva consigo una dependencia funcional: una cosa es lo que genera una enfermedad (en el caso de conocerse) y otra, muy distinta, es lo que la mantiene como es en la actualidad. Los determinantes del origen pueden encontrarse en una situación, en un contexto de vida o en un contexto de trabajo (una atmosfera cargada en cancerígenos, por ejemplo) y, una vez generada la enfermedad, ésta se automantiene por el organismo. Una vez lesionado el corazón (lo que puede ser producido por muchas causas), la lesión se mantiene aun haciendo desaparecer lo que ha producido la lesión.

• *“Quien un mal hábito adquiere, esclavo de él vive y muere”*

Lo que puede suceder es que si el foco causal se mantiene, la enfermedad se recrudecerá o agravará, posiblemente, con el paso del tiempo y ayudada por el foco causal. Pero hay que reconocer que la salud se encuentra influida por muchas cosas, así como la conducta y los estilos de vida.

Puede servir como ejemplo ilustrativo de estos círculos desadaptativos automanteniéndose el dolor: el sentir dolor alimenta el miedo a moverse (evitación de la actividad) porque el

movimiento incrementa el dolor; ello lleva, asimismo, a la promoción de un estilo de vida sedentario, con la consiguiente protección de la zona dolorida, fijación del foco atencional sobre los síntomas que anteceden o van conjuntamente con el dolor, lo que lleva a desarrollar una mayor dependencia de la familia, una falta significativa o disminución de actividades, con la búsqueda y mantenimiento de ciertas posiciones físicas, un sueño pobre y de mala calidad y puede provocar sobrepeso... que incrementa, a su vez, el dolor. Y esto puede cerrar el círculo y perpetuarse a sí mismo.

Una manera de intentar liberarse de los círculos viciosos consiste en tomar conciencia de ellos y, de esta manera, distanciarse y no ponerlos en práctica, a lo que debe añadirse la **necesidad sentida de tomar el control personal de la propia vida**.

¿Cuándo se cambia? Es un proceso más bien lento (como movimiento de un barco navegando) porque si se hace rápido se puede fracasar. Estos cambios son de doble dirección (a veces se avanza y otras no, y se vuelve a intentar). Se facilita el cambio:

- Cuando nos hacemos conscientes de la situación y se atisba un deseo de cambio.
- Cuando pensamos que "tendríamos que".
- Cuando "sabemos cómo hacerlo".
- Cuando tenemos una alternativa viable.
- Cuando el coste de lo que seguimos haciendo es muy alto.
- Cuando pensamos que la vida sería mejor si cambiáramos.
- Recordar el mal hábito, reparar continuamente en él por parte de los demás, no ayuda al cambio, sino que "fija" el hábito.

La psicología dice que tendemos a hacer lo que nos hace sentir bien y no hacer lo que nos hace sentir mal. El problema aparece cuando ahora me siento bien haciendo algo y luego, me siento mal por haberlo hecho. O a la inversa. El tiempo vivido, tiende a hacer muy largo el "sentirse mal" y muy corto el "sentirse bien". Y para poder equilibrar este desequilibrio se puede utilizar la técnica de la visualización del proceso total, del desapego y del análisis de períodos objetivos (con marcas temporales de reloj).

- *"Casi siempre hay un mañana"*
- *"No hay mal que cien años dure"*

Ayuda al cambio cuando las conductas nuevas que se realizan son reforzantes o gratificantes para nosotros. Para ello, aplicación de técnicas de contingencia y aproximaciones sucesivas (nos aplicamos recompensas cuando lo que hacemos se acerca a lo que debemos hacer, aunque no sea exactamente lo mismo).

9. Aprender a identificar nuestras recompensas (prescripción: "hay que aprender y hacer las cosas que nos gustan y podemos hacer; así como conocer las consecuencias que se derivan de nuestras acciones").

Al igual que se refuerzan los buenos hábitos, se refuerzan los malos hábitos, que pueden formar parte de los síntomas. El enfermo, debe aprender a identificar los síntomas y lo que los refuerza y consolida. Usualmente, si se manifiestan síntomas que no son reforzados, poco a poco, se debilitan y pueden hasta desaparecer. Y no se debe engañar (ni engañarme)

con pequeñas trampas para no analizar los determinantes de los malos hábitos y los círculos viciosos.

Y, todo ello, con buenas maneras para con las personas que rodean al enfermo, e incluso para el propio enfermo.

- *“Con buenos modos lograrás lo que con malos no podrás”*

Las acciones y una buena parte del curso del pensamiento y de los sentimientos tienden a estar regidos por la ley empírica del refuerzo y ello no es tarea fácil de reconocer y aceptar, en especial, si se trata de identificar los síntomas que nos aquejan, porque estamos “acostumbrados” a ellos y nos parecen connaturales y que no siguen más ley que la propia y específica de la enfermedad, a la que estamos casi acostumbrados. Esta unión debe romperse y mantenerse atento a ella

- *“No te debes acostumbrar a lo que no puedes alcanzar”*

Hay que ser consciente de que los síntomas pueden ser útiles para alcanzar un propósito o una meta y, por ello, ser reforzados por una o más razones.

- La salud está influida por muchas cosas, que incluyen la conducta y las creencias. El creer que se tiene una enfermedad con unos síntomas característicos puede apoyar la aparición y consolidación de esos síntomas cuando pueden bien no haber aparecido.
- Los seres humanos hacen y admiten muchas cosas, no siempre de manera consciente y

cabal, por lo que existen muchas parcelas de conducta de las que no nos damos cuenta.

- En muchas ocasiones se debe trabajar el cambio en actitudes y creencias acerca de la salud y de la enfermedad, en especial cuando van acompañadas de connotaciones negativas. Se trata de la aplicación de técnicas de cambio de creencias (con contrastación de predicciones o la utilización de cursos de pensamiento que llevan al absurdo, por ejemplo) que, aunque costosas, son útiles. El terapeuta debe “dar tiempo” y no apresurar el cambio, sino respetar y animar a que el propio enfermo vaya reconociendo la necesidad.
- Todo cambio posee efectos positivos y negativos. Y debería distinguirse entre ellos y
- No somos siempre conscientes de lo que nos refuerza.

Los refuerzos que se reciben (incluso las autorecompensas) pueden llevar a “confundir” lo que se refuerza y sus consecuencias a medio y largo plazo. Esta confusión dificulta la recuperación porque se confunde la causa con el efecto (consecuencia). Como enfermo debo tomar conciencia que existen muchas más pérdidas que ganancias por estar discapacitado.

Debe tenerse claro que si existen alternativas, los síntomas no son reforzados directamente. Así, por ejemplo, si la vida en pareja funciona bien, se ha observado que disminuyen considerablemente los síntomas de fibromialgia, que a veces se utilizan, sin saberlo, para llamar la atención.

Para poder identificar las recompensas que son eficaces para una persona hay que preguntarle a ella, por una parte y, por otra, observar

en qué ocupa el tiempo. Fuera del horario laboral, se suele ocupar el tiempo libre en aquello que es más satisfactorio. Y esas satisfacciones pueden ser mediatas o inmediatas; materiales (como objetos materiales) o sociales (como el reconocimiento social, la respuesta positiva de halago de los demás); específicas o inespecíficas (las inespecíficas, como el dinero, pueden ser aplicadas en contextos muy distintos), heteroaplicables (dados por agentes externos) o autoaplicables (aplicado por uno/a mismo/a), etc. Y además, su valor no es absoluto sino relativo en el sentido de que su valor depende del asignado por cada persona. Tienden a ser más eficaces las recompensas inmediatas y por su propia dinámica, estas recompensas pueden ir "gastándose" o desgastando su valor con el uso repetido, por lo que deben existir listas de "sustitución" de unas recompensas por otras. Se deberían ilustrar cada uno de los polos que se acaban de diferenciar; y estas diferenciaciones deben moverse en un nivel conceptual y aplicado (con ejemplos de la vida cotidiana del enfermo).

Una variante importante en humanos es la aplicación contingente de recompensas dependiente de "contratos" (los hay de distintos tipos) que pueden llegar a firmarse entre las partes comprometidas con el cambio. Y que deben cumplirse en los términos en los que se han redactado, aceptado y firmado. Que tienen una duración (usualmente una semana, que puede ampliarse y modificarse a medida que se va avanzando).

10. Búsqueda de independencia, no de individualismo egoísta (prescripción: "como enfermo puedo ser dependiente de personas, medicinas o hábitos sin valor funcional; y debo liberarme de esas dependencias y convertir las dependencias en actividad autónoma").

El estar enfermo no me libra de ser dependiente de muchas cosas tales como personas, medicinas, alcohol, algunas organizaciones, objetos o ideas; antes al contrario. Puedo ser muy dependiente sin darme cuenta de ello. Y debo mantenerme atento a esas posibles dependencias.

Existen muchas dependencias que pueden incrementarse en la enfermedad crónica y debe prestarse atención a algunos indicadores:

- Existe una interdependencia normal entre personas, pero si en esas relaciones se nos limita excesivamente o se paga un coste por ello muy alto (eliminación de intimidad, por ejemplo), esta relación es excesivamente dependiente y debe re-equilibrarse. Lo cual no quiere decir que no debe existir relación.

• *"El miserable, por no dar, no quiere tomar"*

- Existen una serie de recomendaciones que pueden ser útiles en este punto:
 - No se deberían aceptar informaciones de profesionales si no se las ha entendido. Lo que habla un profesional de la salud debe ser entendido y pedir las aclaraciones pertinentes.
 - No se debería seguir un tratamiento farmacológico sin hacer, a la vez, replantea-

mientos y acciones para cambiar el estilo de vida del enfermo.

- No se debería tomar un régimen farmacológico que presente efectos secundarios claros, sin informar de ello al médico.
- Tener cuidado en intentar “olvidar” la enfermedad a base de estrategias de escape como tomar alcohol, o drogas.
- Una manera segura de no salir de una situación es mantenerse quieto sin intentar cambiar nada, en especial si la situación, la idea o la creencia es desadaptativa.
- La independencia debe ejercitarse, como las habilidades y la voluntad. Y, para ello:
 - Procurar ser un/a compañero/a en la vida familiar, para los amigos y en el trabajo, no una persona dependiente de los demás.
 - Ayuda, a lograr esa independencia, el análisis racional y desapasionado de las cosas que puede hacer el enfermo y las que no.
- Se debe promocionar el uso “sabio” de las cosas, lo que significa analizar y aislar las cosas que me hacen fuerte como ser humano, o que me permiten crecer de una u otra manera. Y, desde aquí, intentar controlar mi propia vida, ser autor y guionista de ella y no u mero intérprete de los guiones que hacen los demás o los acontecimientos.
- Una posibilidad para ello sería analizar lo que es “propio mío” (esencialmente mío, no accidental, como las propiedades materiales) y lo que “no es propio” (bienes materiales, familia, hijo), sino prestado. O, dicho con otras palabras, introducción al estoicismo como posición de vida.

- *“No te metas donde no puedas salir”*
- *“Más vale ser cocinero que pollo”*
- *“Labrador astuto, no labra la tierra que no da fruto”*
- *“El pez que busca el anzuelo, busca su duelo”*

11. Apertura física, mental y social (prescripción: “tengo que mirar hacia adelante y mantenerme atento a la vida, ideas y formas de hacer distintas, como forma de ayuda personal”).

Como ser vivo, y humano, que sigue con vida y relaciones con los demás, debo mantenerme abierto a la vida, a las ideas y modos de hacer distintos. Y ello, como una forma de ayuda personal y para ayudar a los demás. Esa apertura implica, entre otras cosas:

- Mantener los avances logrados hasta el momento. Como la escalera, la vida tiene rellenos para poder parar y visualizar lo hecho y lo que falta por hacer.
- Desarrollamos las nuevas acciones y los nuevos hábitos igual que hemos hecho con los antiguos: práctica, querer hacer, pensar en ello y promoverlos.
- Debo estar preparado/a para poder superar las dificultades. Esperar que vengan, pero ello no debe impedir disfrutar.
- Debo recordar los avances y los pequeños logros alcanzados y estar contento/a por ello.
- Ayudar a los demás reporta beneficios para uno/a mismo/a. Esto desarrolla el sentimiento de ser útil y valioso/a.

- *"Dar gusto, da gusto"*
- *"Quien sólo se come la gallina, sólo se halla en la riña"*
- *"Vida sin amigos, muerte sin testigos"*

Debe mantenerse y cultivarse las relaciones interpersonales, que en la enfermedad crónica, son muy sensibles al cambio. Para ello cultivar especialmente la cordialidad y el respeto. Habría que anotar, con todo, que el respeto hacia los demás es importante aunque tiene como limitación la defensa del propio derecho o que, por exceso de respeto, no se digan las cosas que son relevantes:

- *"Bueno, aconsejar; mejor, remediar"*
- *"Quien tiene vergüenza, ni come, ni almuerza"*

No solamente el enfermo, pero también el enfermo, tendrá que cuidar en quien se deposita la confianza y la amistad, para evitar desengaños y disgustos. Lo que implicaría que se debe confiar, solamente hasta cierto punto, con las nuevas personas que entran a formar parte de la vida personal del enfermo:

- *"Con el ingrato, no tengas trato"*
- *"Con el malo, ni a lo bueno; con el bueno, hasta en lo malo"*
- *"No digas tu menester a quien no te ha de socorrer"*
- *"Cumple con todos, fía de pocos"*
- *"Al terco verás perecer, por no echar su brazo a torcer"*

En resumen: debe mantenerse la mente abierta a los cambios que se produzcan y, en

especial a las relaciones personales con lo que implica de ideas, creencias y sentimientos. Es posible que aparezcan nuevas amistades y, en todo caso, hay que estar atento acerca del tipo de personas que conocemos y con las que nos relacionamos.

12. Mantener el sosiego y la paz interior (prescripción: "debo soslayar los focos de estrés que no sean absolutamente impresionables").

A sabiendas de que la enfermedad crónica representa una sucesión de estresores incapaces, que van cambiando de intensidad y frecuencia, resulta de gran interés afrontar las diversas situaciones con estilos de afrontamiento más bien sosegados y tranquilos, para poder mantenerse a lo largo de todo el tiempo. Debería tenerse presente que el estrés (los sucesos vitales estresantes, incluso los de poca intensidad) posee efectos acumulativos y que se requieren tiempos de "respiro" para poder recuperarse de los estresores diarios. Tanto los fastidios como los estresores de intensidad intermedia (los denominados "sucesos vitales estresantes") poseen efectos acumulativos sobre la persona que los sufre y ante ellos una alternativa eficaz es la de mantener la calma y utilizar estilos de afrontamiento eficaces para resolver las situaciones. El meliorismo, o "deberismo" que se imponen en muchos casos a los pacientes resulta contraindicado porque representan tensiones añadidas. El desapego de las situaciones y el "dar tiempo al tiempo" junto con el control emocional y el cultivo de habilidades de solución de problemas interpersonales son elementos a tomar en consideración.

- “Reírse de todo y no apurarse por nada, vida larga y descansada”
- “Ande yo caliente y ríase la gente”
- “Si sale con barbas, San Antón y si no, la Pura Concepción”

Nota final

En buena cuenta, lo que antecede es un “informe de progreso” (el cuarto) de una idea básica que ha surgido de la preocupación por ofrecer ayuda psicológica que entienda el enfermo y, también, a partir de las vivencias del autor con la enfermedad crónica en distintas fases de su evolución (y, naturalmente, hasta el momento). El enfermo crónico tiende a sufrir de episodios de depresión con cierta frecuencia y de ansiedad, que no son tratadas por el médico especialista y que, mientras si está hospitalizado, los servicios psicológicos se encuentran del todo ausentes. Y la psiquiatría de enlace no acaba de ofrecer los servicios requeridos. Además, en más de una ocasión, los tratamientos farmacológicos pueden tener efectos secundarios no positivos para la enfermedad en cuestión.

En este trabajo se ha hecho una presentación dirigida prioritariamente a profesionales y en donde se ha jugado entre el discurso estrictamente profesional y la narrativa de vida, intercambiando la construcción impersonal con la personal y de primera y tercera persona en un intento por acerca al lector al tipo de problemática que suelen presentar los enfermos. No se ha intentado una descripción de técnicas concretas (lo que se puede encontrar en los manuales al uso) para el tratamiento de

casos con psicopatología clara, sino un estilo de pensamiento que ha servido de ayuda a personas que sufren enfermedades crónicas y en donde se ha primado el sentido común y la sabiduría popular. La selección de refranes que se ha hecho no quiere decir que sean todos los relevantes y el autor anima a los profesionales interesados en la búsqueda y aplicación de otros que consideren más oportunos. Sin embargo, el autor debe reconocer que los que aquí se encuentran (mezcla de refranes y proverbios) han sido útiles en fases distintas del programa.

Y, finalmente, para el dominio de lo que antecede se requiere, junto a una buena preparación en psicología clínica, un bagaje, lo mayor y mejor posible de literatura y la mayor familiaridad posible con los clásicos de la literatura y del pensamiento. Como sucede con temas complejos, se trata de un acercamiento que puede servir para que otros expliciten el suyo propio. Es otro trabajo el que debe ocuparse de la justificación académica de muchas de las afirmaciones que en las páginas anteriores se encuentran.

Bibliografía sugerida

- Correas, G. (1924). *Vocabulario de refranes*, Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos.
- Correas, G. (1992). *Vocabulario de refranes y frases proverbiales y otras fórmulas comunes de la lengua castellana en que van todos los impresos antes y otra gran copia*, Madrid: Visor Libros.
- Martinez Kleiser, J. C. (1989). *Refranero general ideológico español* (2.^a reimp.). Madrid: Editorial Hernando.

- Pelechano, V. (1990). La psicología de los refranes: un recurso soslayado por la evaluación psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 46-47, 37-49.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad* (2.ª ed., 2012). Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedad crónica y psicología*. Madrid: Klinik.
- Pelechano, V. (2010). *Tratamientos psicológicos en enfermedades crónicas*. Madrid: Klinik.
- Pelechano, V. (2012). *La psicología de procesos complejos: el caso de la sabiduría*. Discurso de imposición de doctorado Honoris Causa de la Universidad de Huelva, 8 junio 2012. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva.
- Pelechano, V., García, L., & Fumero, A. (2004). Refranes y sabiduría: el cuestionario REF-PRUD-1 de Pelechano: teoría, lógica y datos de validación, *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 5-50.
- Rodríguez Marín, F. (1926). *Más de 21,000 refranes castellanos*, Madrid: Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos.
- Sbarbi, J.M. (1875). *El refranero general español*, Madrid: A. Gómez Fuentenebro. Vols I, II, III, IV, V, VI y VII.

Social competence and academic achievement in immigrant adolescents in Portugal¹

Sofia Guimarães
University of Roehampton

Ida Lemos and Cristina Nunes
Universidade do Algarve

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue el de evaluar la relación entre las competencias sociales, el desempeño académico y una serie de características familiares en una muestra de 98 adolescentes inmigrantes de la región del Algarve (Portugal). Se utilizó el Self-report Form del Social Skills Rating System y se recogieron datos sobre el desempeño escolar y las variables asociadas a la familia como la situación y cualificación laboral de los padres, el número de años en el país de acogida y la estructura familiar.

Los resultados mostraron algunas diferencias de grupo entre los adolescentes inmigrantes de primera y segunda generación en sus competencias sociales percibidas en términos de Auto-control y Cooperación, habiéndose hallado que el grupo de segunda generación reportaba niveles significativamente más bajos en ambas sub-escalas. Además, existía en ambos grupos de adolescentes una correlación positiva y significativa entre los resultados escolares y sus niveles reportados de Asertividad y Auto-control. Los resultados se discuten en relación a la intervención en las competencias sociales en contexto escolar.

Palabras-clave: adolescencia, inmigración, competencias sociales, rendimiento académico.

ABSTRACT

The aim of the present study was to examine the relation between social skills, academic achievement and a range of family characteristics in a sample of 98 school adolescent immigrants in the region of Algarve (Portugal). The Self-report Form of the Social Skills Rating System was used and data was gathered about the students' academic achievement and family related variables such as: parental employment and qualifications, number of years in the country and family structure.

The results show some interesting group differences between first- and second-generation adolescent immigrants in their perceived social skills in terms of Self-control and Cooperation, with the second generation group reporting significantly lower levels on these two subscales. Also, there was for all the adolescents a significant positive correlation between academic results and their reported levels of Assertion and Self-control. The results are discussed in relation to school-based social skills intervention.

Keywords: Adolescence, immigration, social skills, academic achievement.

¹ Sofia Guimarães, University of Roehampton; Ida Lemos, Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações, Universidade do Algarve; and Cristina Nunes, Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações, Universidade do Algarve.

Acknowledgements: This study was partially financed by Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) of Portugal.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests.

Correspondence: Cristina Nunes, Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações, Universidade do Algarve. Campus de Gambelas, 8005-139 Faro, Portugal. csnunes@ualg.pt

The percentage of immigrants living in Portugal has increased significantly during the last decade, rising from 207,000 immigrants from non UE European countries in the year 2000 to over 449,000 in 2010 (SEF, 2011). The Algarve, specifically, has the second highest percentage of immigrants in the country, only preceded by Lisbon (ACIME, 2005). The proportion of children of immigrants has been growing exponentially and if immigrants were not considered, the birth rate in the country would be in clear decline (SEF, 2011).

Similar increasing immigration rates have been observed across Europe (Strohmeir & Schmitt-Rodermund, 2008), leading to a strong need for more studies about how these population groups are adapting to their host countries, in particular the youngest generation, who may present specific vulnerability factors in the process of social-cultural adjustment.

Adolescence is a period of enormous challenges and a very important time in terms of emotional development, attachment organization (Allen, Moore, Kupermic, & Bell, 1998), differentiation and identity formation (Elmore, 2009). Immigrant adolescents like their native-born peers, face a set of challenges concerning social relationships, psychological well-being, academic achievement and identity formation, in addition to high challenges in terms of acculturation (Strohmeir & Schmitt-Rodermund, 2008). Some of the difficulties faced during adolescence can therefore be exacerbated amongst immigrant groups.

The developmental path of immigrant adolescents occurs in a context of acculturation

and depending on its characteristics this process may, or may not, promote a positive development of their identity, facilitate relationships with peers, and encourage a transition to a professional career or to higher education (Berry, 1980; Fry, 2007; Fuligni & Hardway, 2004; Johnson, 2007). Social acculturation in immigrants may therefore increase some vulnerability factors (Sam, Vedder, Liebkind, Neto, & Virta, 2008). These youngsters are, for example, at higher risk of facing discrimination (Huynh & Fulligni, 2010), victimization (Ortega-Ruiz & Rodrigues-Hidalgo, 2008) and of adopting health related risk behaviours (Brindis, Wolfe, Mccarter, Ball, & Starbuck-Morales, 1995).

However, studies across different countries and focusing on different immigration groups are not always unanimous about the possible negative impact of immigration. In other words, adapting to a new culture and country may not lead to behaviour difficulties in adolescence. Some studies have in fact pointed to some positive outcomes amongst first-generation immigrant youths in terms of social-cultural adjustment (Sam et al., 2008). Differences in results highlight the complexity of variables associated with group and individual factors that moderate the process of adaptation and acculturation (Sam et al., 2008).

Nevertheless, immigration is a stressful process (Pavlopoulos, Obradavic, Dalla, Takis, Papathanassiou, & Masten, 2008) associated, in the case of adolescents, with challenges regarding adaptation to the school context, the peer group, the cultural and social environment and often the new language. The school environment has been the focus of attention at

this stage of development as it constitutes an important developmental context (Pavlopoulos et al., 2008), impacting on social identity and behaviour.

Some studies have focused particularly on school achievement among immigrant adolescents and differences have also appeared across studies. A recent large scale study of 13-year-old immigrant adolescents in Canada revealed that these groups presented significantly lower academic results than their non-immigrant counterparts (Queen's University, 2010). Many factors might explain this lower school performance, most likely related to immigrants' difficulties in adjusting and responding to the social and psychological challenges faced in the school environment. In the present study we explore some of the variables regarding adolescents' social skills and school success.

Social skills are fundamental in helping individuals to understand and adjust to different social contexts (Steedly, Schwartz, Levin, & Luke, 2008). They are particularly important during challenging times of adjustment to a new setting. Wong, Lam, Yan and Hung (2004) found that immigrant students who were able to use social skills more effectively during stressful times of resettlement had better mental health outcomes. According to these authors social skills have a moderating effect on stress factors and are fundamental to this more vulnerable population.

Adolescents with good social skills are better adjusted than their peers with poor social skills, and are less likely to be at risk in terms of their social, emotional and academic outcomes (Brown & Larson, 2009). It is also not

surprising that social competence has, in general, been positively associated with adaptation to academic environments and school outcomes (Maleck & Elliot, 2002). Social skills are also closely related to culture (Korem, Horenczyk, & Tatar, 2011), making them of central concern when trying to better understand the social competences that facilitate the adjustment process of immigrant adolescents to the school context.

Academic performance is considered an important indicator of school success (Elmore, 2009). A better understanding of the variables associated with school outcomes in the immigrant population might contribute to our understanding of the role that social skills play in supporting adjustment to the academic context and offer directions for successful interventions. Schools can play an important role in providing the conditions that may facilitate social and emotional learning during this stage. Programmes developed to promote students' social skills including establishing and maintaining positive relationships, setting and achieving positive goals, and constructively handling interpersonal situations can have very positive outcomes both in terms of development as well as academic achievement (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011). Social skills have also been associated with later achievement in life (Lleras, 2008), supporting individuals in the transition to adult roles (Elmore, 2009)

The present investigation is mostly an exploratory correlational study, which main aim is to understand the possible relationships between immigrant adolescents' school achieve-

ment and adjustment and their perceptions about their social skills, and a range of family and immigration related variables.

Methodology

Sample

A total of 98 adolescents took part in the study, ranging in age from 12 to 18 years old, with 52 girls and 46 boys in the sample. For the purposes of the present study adolescents are defined according to American Psychological Association (2000, p.5) as youth ages 10 to 18. A total of three public schools in the region of Algarve, Portugal participated in the study.

Table 1 presents the number of students per level/year of education and number of students with special educational needs/ learning difficulties.

From the total sample studied, sixty-six adolescents were first-generation and thirty two were second-generation immigrants. Their country of origin was respectively, Africa (n=40), Brazil (n=28), Eastern European countries (n=12) and other countries (n=18), which reflects the present general immigration patterns in Portugal (see ACIME, 2005). The number of children living in the household ranged from a maximum of 5 to a minimum of 1 (M=1.87; SD=0.86). Furthermore, 58.2% (n=57) of the participants attended regular teaching

and 41.8% (n=41) were in work-oriented programmes. Only one of the participants (1%) had special educational needs (SEN). Regarding the years of school failure, 41.8% of the participants (n=41) had no reports of school failure, 27.6% (n=27) had failed one year, 18.4% (n=18) had failed 2 years, and the remainder percentage of participants (12.2%; n=12) had between 3 to 5 years of school failure.

Instruments

Data collection involved the completion of a socio-demographic questionnaire administered to the adolescents in the school context together with the Student Form from the Social Skills Rating System (Gresham & Elliot, 1990).

The socio-demographic questionnaire covered a range of issues concerning: participants' age and gender, mother and father's age, parents' work status, labour qualification, and educational level. Adolescents' immigrant status, country of origin, parents' marital status, family structure, and number of children living at home was also included. Information regarding school and course attended by the students was also collected, including educational level, school retention, school absences and average grades.

In the present study academic competence was assessed through two different but re-

Table 1

Distribution of students per school year/level and number of students with special aducational needs/learning difficulties

| School year | N |
|--|----|
| Year 6 to 8 | 30 |
| Year 9 to 11 | 68 |
| Students with SEN/ learning Difficulties | 8 |

Table 2
Number of years living in the country for the adolescents and their parents

| | Mean | SD | Minimum | Maximum |
|-------------|------|------|---------|---------|
| Adolescents | 6.4 | 3.4 | 1 | 14 |
| Fathers | 15 | 10.5 | 3 | 46 |
| Mothers | 13.4 | 10.4 | 1 | 40 |

lated measures: average grades (calculated based on the grades of the main subjects) and retention rates. In Portugal school grades are on a 5 point-scale for years 6 to 9 and on a 20 point-scale from year 10 to 12.

The Social Skills Rating System (SSRS) was originally developed by Gresham & Elliot (1990) and provides a comprehensive picture of social behaviors, in reference to typically-developing students. The Student Form of the SSRS is a self-report rating scale of social skills and includes the following subscales: Cooperation, Assertion, Self-control and Empathy.

Procedure

School boards were contacted and agreed to participate. Parental informed consent was acquired through a letter sent home through

the children. Participation was voluntary and no compensation was offered. The data collection took place in the schools during lesson time.

The procedure to fill in the questionnaires was explained to the students by one of the researchers who remained in the classroom in order to answer any questions throughout the data collection.

Results

Several aspects of the results need to be highlighted here. Starting by looking at immigration status and years of living in the country, the data presented in table 2, shows that, both students and their parents were very different in terms of the number of years living in Portugal, which reflects the fact that the sam-

Table 3
Parents' academic qualifications and present labour qualifications

| <i>Educational level</i> | <i>Father</i> | | <i>Mother</i> | |
|---|---------------|----------|---------------|----------|
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| Primary level not completed | 8 | 8.2 | 7 | 7.1 |
| Primary school level completed | 45 | 45.9 | 44 | 44.9 |
| Completed studies at middle or secondary school | 20 | 20.4 | 31 | 31.6 |
| University degree | 3 | 3.1 | 4 | 4.1 |

| <i>Labour qualification (present job)</i> | | | | |
|---|----|------|----|------|
| Untrained | 49 | 50 | 47 | 48 |
| Semi-skilled | 19 | 19.4 | 22 | 22.4 |
| Skilled | 3 | 3.1 | 2 | 2 |

ple included both first- and second-generation immigrants and immigrants from different countries.

Regarding their parents' educational level almost half of the sample's parents had at least primary school education and untrained qualifications (table 3).

Table 4 presents the number of students in relation to their family structure and parents' marital situation. The data shows that over a quarter of adolescents lived with only one parent.

We also explored possible group differences regarding first- and second-generation in relation to social skills, academic related variables, including average results, school retention and school absence.

The results showed only group differences concerning their reported social skills in terms of Self-control and Cooperation, with the second generation group reporting lower average levels on these two subscales. For Self-control there was a mean difference of 1.46, t-test 2.73 ($p < .01$) and for Cooperation we found a mean difference of 1.82, t-test 2.6 ($p < .05$).

No other significant group differences were noted for other variables. It was interesting to observe that no significant relation was found between family-related variables (family structure and parents marital status) and the students' academic performance and social skills.

No significant difference was observed between these two groups in relation to

Tabla 4

Number of students per type of family in relation to marital status and family structure

| <i>Marital status</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|----------------------------|----------|----------|
| Married or living together | 52 | 53.1 |
| Divorced unattached | 21 | 21.4 |
| Divorced re-married | 18 | 18.4 |
| Unmarried | 2 | 2 |
| Widow/ widow re-married | 2 | 2 |
| <i>Family Structure</i> | | |
| Single-parent | 26 | 26.5 |
| Two-parent | 69 | 70.4 |
| other | 3 | 3.1 |

Table 5

Correlation coefficients amongst school related variables

| | School Retention | Average Grades | School Absence |
|-------------------|------------------|----------------|----------------|
| School Retention | ---- | -.172 | .202* |
| Average Grades | | ---- | .03 |
| School Attendance | | | --- |
| <i>M (SD)</i> | 1.1 (1.2) | 2.91 (.74) | .98 (1.3) |

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 6
Correlation coefficients amongst social skills and school related variables

| | Assertion | Empathy | Cooperation | Self-control |
|------------------|------------|------------|-------------|--------------|
| School Retention | -0.066 | -.263* | -.016 | -.128 |
| Average Grades | .216* | .119 | .155 | .373** |
| School Absence | -.11 | -.248* | -.094 | -.051 |
| <i>M (SD)</i> | 11.5 (2.7) | 15.1 (3.3) | 13.6 (2.4) | 12.1 (3.2) |

* $p < .05$, ** $p < .01$

their academic results, levels of absence or school retention.

Correlations were calculated amongst the main variables studied in order to explore possible relationships amongst them, looking particularly at variables associated with academic performance. Table 5 and 6 show the coefficient scores amongst social skills and academic results, school absence and retention.

For all adolescents there was a significant positive correlation between academic results and their reported levels of Assertion and Self-control. It was also shown that school retention was negatively associated with levels of Empathy. Interestingly, reported levels of Empathy was also positively related to the number of years living in the country, with a correlation coefficient of .302 ($p < .05$), negatively associated with students' total level of school absence without parents' permission (-.275, $p =$

.01), and positively associated with mothers' Educational Level (.249, $p < .05$).

Still in relation to the sub-scale Empathy, some significant gender differences were observed, with girls obtaining higher average scores. This pattern of significant gender differences was also observed for Cooperation, again with girls showing an advantage. Results are shown in table 7.

Other group differences were explored reflecting the main focus of the study, namely based on immigration status. Groups of first- and second-generation adolescents varied significantly in relation to the fathers' educational level and fathers' and mothers' work situation. T-test results are presented in table 8 and show that the parents from second generation immigrants had, on average, lower levels of qualifications and employment rates.

Table 7
t-tests for gender differences on two dimensions of social skills: empathy and cooperation

| | | Mean (SD) | <i>t</i> | <i>df</i> | Sig. level |
|-------------|-------|------------|----------|-----------|------------|
| Empathy | Girls | 15.8 (3.1) | 2.3 | 87 | $p < .05$ |
| | Boys | 14.3 (3.4) | | | |
| Cooperation | Girls | 14.1 (2.1) | 2.0 | 85 | $p < .05$ |
| | Boys | 13.1 (2.7) | | | |

Discussion

The present study showed some interesting results regarding first- and second-generation group differences in terms of perceived social skills, with the second-generation adolescents reporting lower levels of Self-control and Cooperation.

It is interesting to observe some apparent advantages for the way first-generation immigrant adolescents perceived their social skills. Thus, in accordance to other studies, results indicate some advantages for this first-generation youth in terms of their socio-cultural adaptation, school adjustment and behaviour problems (Sam et al., 2008).

Intervention programmes in schools should, then, be more sensitive to the adaptation process of second-generation students. Therefore, despite the fact that they were born and raised in the host country, as Strohmair and Schmitt-Rodermund (2008) argued, they may show different patterns of social-cultural adaptation from first-generation immigrants.

A second interesting result relates to the positive associations between social skills, such as Assertion and Self-control, and aca-

demical results. These skills have been found to be positively associated with academic performance by previous studies on other non-immigrant populations (Mansfield, Pinto, Parente, & Wortman, 2009; Rice, 2006).

Our results seem to support previous evidence highlighting the importance of self-control in the academic outcomes of adolescents. For instance, Duckworth, Quinn and Goldman (2011) found a strong link between self-control and academic performance. Their study with children in early adolescence established that self-control had an effect on the students' grades over time, through the mediation that it has on their behaviour. Furthermore, self-control predicted longitudinal changes in grades better than did IQ (Duckworth et al., 2011). As these authors suggest, the importance of self-control on academic results comes from the fact that this is a competence crucial to both learning related behaviour in the classroom and completing homework.

Likewise, the significant positive correlations found between assertiveness and academic results for the immigrant adolescents in the present investigation suggest that the

Table 8

Significant differences in terms of 1st and 2nd-generation immigrants in relation to parents' educational level and labour situation

| | | Mean (SD) | t-test | df | level of sig |
|----------------------------|----------------------------|------------|--------|----|--------------|
| Fathers' educational level | 1 st Generation | 2.35 (.71) | 2.2 | 54 | <.05 |
| | 2 nd Generation | 2.0 (.59) | | | |
| Fathers' working situation | 1 st Generation | .96 (.19) | 2.3 | 80 | <.05 |
| | 2 nd Generation | .81 (.40) | | | |
| Mother's working situation | 1 st Generation | .81 (.39) | 2.1 | 92 | <.05 |
| | 2 nd Generation | .60 (.50) | | | |

former is a significant variable for adolescents' social development. Levels of assertiveness might be particularly important for immigrant adolescents to help them cope with cultural-transitions and challenges faced in the new social and cultural environment (Korem et al., 2011). Korem and collaborators (2011, pp.2) explain that assertiveness might be crucial to help adolescents to effectively "negotiate their needs openly and directly through this challenging period". Immigrant adolescents who develop high levels of assertiveness and self-control are probably less likely to adopt impulsive behaviours, tend to claim their rights in an appropriate manner (Wong et al., 2004) and find it easier to adjust to the challenges faced in school environments.

It seems important to better understand those pro-social skills that seem to have the greatest impact in the process of adaptation to the challenges that may be more directly linked to school performance. This knowledge will help to design and to implement intervention programmes specifically targeted to this population. Enhancing social skills amongst the immigrant school population may help them to be better prepared to face some of the stress factors of settling in a new school environment in the new country. There has been evidence from intervention programmes that social skills can be promoted even with short-term training approaches (e.g., Evans & Stefanam, 2009).

Promoting social skills such as empathy and cooperation in their non-immigrant peers may also contribute to an environment that supports multiculturalism and indirectly pro-

notes better academic results for immigrant students (Chang & Le, 2010).

On the one hand, the process of acculturation leads to changes in the individual's sense of identity. On the other hand, adolescence brings changes in the individual and the relevance of peers in that process. Promoting social skills, may therefore support psychological and academic adjustment.

So far, we have focused the present discussion on those social skills that have shown significant positive associations with the sample's academic results. However, it also seems relevant to, even if briefly, address here the importance of empathy as this variable has shown in our study some association with the number of years living in the country and with school absence. Although in this investigation no direct links were found between this important variable and school results, other studies have clearly underlined this link. For instance, empathy has been characterized as a key constituent to emotional and social behaviour and to contribute significantly to an adolescent's effectiveness in social and learning situations (Feshbach & Feshbach, 2009). Also, empathy has been shown to be an important factor in the development of positive social behaviours and studies, such as the present one, have found girls to report higher levels of empathy than boys (e.g., Garaigordobil, 2009). The same gender pattern was found in the present study for Cooperation.

Finally, several limitations of the present study need to be highlighted. Being only exploratory in its nature, the present results ought to be analysed with some care as future

research is needed to verify in greater detail the associations observed between some of the variables studied, and also compare these with data from non-immigrant adolescents. The methodology used in the present study is mainly correlational which makes it impossible to defer any causal relationships amongst the variables analysed here. Outcomes from studies on immigrant groups are always part of a complex set of variables including specific cultural, individual and developmental factors that interact in a complex way. Furthermore, the instruments used in this research involve self-report measures, which although fundamental in studying variables such as social skills, also carry with it the bias of social desirability (Garaigordobil, 2009).

Conclusion

As children move into adolescence new challenges emerge, such as, changes in the individual's sense of identity, the role of significant adults and the relevance of peers. Adolescents who fail to develop effective social skills may face difficulties in responding to these new challenges, resulting in poor outcomes, including lower levels of school achievement.

Successful learning in school requires students to interact and cooperate with peers and adults at different levels, it also involves the ability to regulate their behavior, to direct and control attention, delay rewards, express needs and many other abilities that depend on the development of a range of social skills. Cross-cultural transitions place even greater demands on social competence and the ability to adjust. Adolescent immigrants are in the

process of developing their own identity while faced with the constant need to successfully shift between the norms and values of their host culture and their own family context. Social skills are therefore crucial in supporting immigrant adolescents to adapt to different social environments and to the school context.

Many schools are presently becoming more culturally diverse and this raises an important opportunity for researchers to develop relevant studies about the immigrant school population and offer directions for intervention. Schools that specifically promote social skills may, at least in part, be supporting more vulnerable students in a developmental period that places extra demands on their ability to form significant relationships with their peer groups. As discussed throughout the present study, the development of poor social skills places young people at higher risk of poor adaptation to the demands placed on them by the school environment. Evidence from the present data supports the link between social skills, such as assertion and self-control, and immigrant students' academic results. It also highlights the importance of taking into consideration differences amongst immigrant groups such as first- and second-generation, reminding us of the complex and intricate play that different variables exert on learning and behavior.

References

- ACIME (2005). *Estatística da Emigração*. Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, Presidência do Conselho de Ministros. Retrieved from <http://www.scribd.com/doc/9556793/Estatisticas-da-imigracao-em-Portugal>
- Allen, J., Moore, C. Kupermic, G. & Bell, K. (1998) Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 5, 1406-1419.
- American Psychological Association. (2002). *Developing adolescents. A reference for professionals*. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/pii/develop.pdf>
- Berry, J.W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. Padilla (Ed.). *Acculturation. Theory, Models and Findings* (pp. 9–25). Boulder, CO: Westview Press.
- Brindis, C., Wolfe, A., Mccarter, V., Ball, S., & Starbuck-Morales, S. (1995). The associations between immigrant status and risk-behavior patterns in Latino adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 17, 99-105.
- Brown, B. & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In R. Larven & L. Steiberg (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 74-103). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Chang, J. & Le, T.N. (2010) Multiculturalism as a dimension of school climate: the impact on the academic achievement of Asian American and Hispanic youth. *Cultural Diversity Minor Psychology*, 16 (4), 485-492.
- Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R., & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.
- Duckworth, A., Quinn, P., & Goldman, S. (2011). What no child left behind leaves behind: a comparison of the predictive validity of self-control and IQ for standardized test scores and report card grades. *Journal of Educational Psychology*. Advanced online publication: doi: 10.1037/a0026280.
- Elmore, R. (2009). Schooling adolescents. In R. Larven & L. Steiberg (Ed.). *Handbook of adolescent psychology* (pp. 193-227). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Evans, A., & Stefanan, C. (2009). Behavioral academic effects of skillstreaming the adolescent for at-risk middle school students. *NERA Conference Proceedings 2009*, paper 25.
- Feshbach, N. & Feshbach, S. (2009). Empathy and education. In Decety, J & Ickes, W. *The social neuroscience of empathy* (pp. 85-98). Massachusetts: Institute of Technology.
- Fry, R. (2007). Are Immigrant Youth Faring Better in U.S. Schools? *International Migration Review*, 41(3), 579–601.
- Fulgini, A. J., & Hardway, C. (2004). Preparing Diverse Adolescents for the Transition to Adulthood. *The Future of Children*, 14(2), 99-120.
- Garaigordobil, M. (2009) A comparative analysis of Empathy in childhood and adolescence: gender differences and associated socio-emotional variables. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 217-235.
- Gresham, F., & Elliot, S. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: AGS.
- Huynh, V., & Fulligni, A. (2010). Discrimination hurts: the academic, psychological, and physical well-being of adolescents. *Journal of Research on adolescence*, 20(4), 916-941.
- Johnson, M.A. (2007). The social ecology of acculturation: Implications for child welfare services to children of immigrants. *Children and Youth Services Review*, 29, 1426-38.
- Korem, A., Horenczyk, G., & Tatar, M. (2011). Inter-group and intra-group assertiveness: adolescents' social skill following cultural transition. *Journal of Adolescence*, doi:10.1016/j.adolescence.2011.12.002.

- Lleras, C. (2008). Do skills and behaviours in high school matter? The contribution of noncognitive factors in explaining differences in educational attainment and earnings. *Social Science Research*, 37(3), 888-902.
- Maleck, C. & Elliot, S. (2002). Children's behaviours as predictors of academic achievement: a longitudinal analysis. *School psychology Quarterly*, 17 (1), 1-23.
- Mansfield, P., Pinto, B., Parente, D., & Wortman, W. (2009). College students and academic performance: a case of taking control. *NAS-PA Journal*, 46, 502-518.
- Ortega-Ruiz, R., & Rodrigues-Hidalgo, A. (2008). Peer victimization in multicultural schools in Spain and England. *European Journal of Developmental Psychology*, 5 (2), 507-535.
- Pavlopoulos, F., Obradavic, J., Dalla, M., Takis, N., Papathanassiou, A., & Masten, A. (2008). Immigration as a risk factor for adolescent adaptation in Greek urban schools. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(2), 235-261.
- Queen's University (2010). First-generation immigrants to Canada struggling in education system. *ScienceDaily*. Retrieved from: <http://www.sciencedaily.com>
- Rice, D. (2006). *An examination of emotional intelligence: Its relation to academic achievement in army JROTC and the implications for education*. PhD Dissertation. Capella University.
- Sam, D., Vedder, P., Liebkind, K., Neto, F., & Virta, E. (2008). Immigration, acculturation and the paradox of adaptation in Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(2) 138-158.
- SEF (2011). *Relatório de imigrações fronteiras e asilo 2010*. Oeiras: SEF. Retrived from: www.sef.pt
- Steadly, k., Schwartz, S., Levin, M., & Luke, S. (2008). Social skills and academic achievement. *Evidence for Education*, 3(2). Retrieved from <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/eesocialskills.pdf>
- Strohmeir, D., & Schmitt-Rodermund, E. (2008). Immigrant youth in European countries: The manifold challenges of adaptation. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(2) 129-137.
- Wong, D., Lam, D., Yan, P., & Hung, M. (2004). The impact of acculturative stress and social competence on the mental health of mainland Chinese immigrant youth in Hong Kong. *British journal of Social Work*, 34, 1009-1024.

Intervención en valores con familias de riesgo social desde la Terapia de Aceptación y Compromiso ¹

Inmaculada Gómez
Universidad de Almería

María Rosa García Barranco
Servicio Murciano de Salud

Juan Carlos Hódar
Ayuntamiento de Motril (Granada)

María del Mar Martínez
*Consejería de Salud y Bienestar Social,
Junta de Andalucía*

RESUMEN

La aplicación por sí sola de estrategias clásicas de terapia de conducta puede no resultar eficaz en la intervención con familias, fundamentalmente en aquellas con patrones de regulación verbal rígidos y disfuncionales que actúan como barreras psicológicas ante lo que consideran valioso. En este trabajo se analiza la aplicación combinada de estrategias básicas de modificación de conducta y las actuales herramientas terapéuticas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la intervención en familias con problemas de maltrato y/o negligencia infantil. Bajo un diseño experimental de caso único A-B con medidas de conductas-objetivo múltiples, se analizan la mejoría de 3 familias en los tipos de interacción familiar, el comportamiento de los menores y el nivel de bienestar o reducción de prácticas de maltrato. Los resultados apuntan la utilidad de ACT para promover cambios en este tipo de problemas y nos indican también las posibles condiciones necesarias para su aplicación.

Palabras clave: terapia familiar, maltrato, clarificación valores, barreras psicológicas

ABSTRACT

The application of classical strategies of behavior therapy may not be effective in the intervention with families, mainly in those with rigid and problematic patterns of verbal and regulation that act as psychological barriers to what they consider valuable. The combined application of basic strategies of behavior modification and current therapeutic tools of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) are applied in families with problems of abuse and / or neglect. Under a single-case experimental design A-B with measures of multiple target behaviors, we analyze the improvement in 3 families in the types of family interaction, children's behavior and well-being or reduction of abuse. The results suggest the usefulness of ACT to promote change in this type of problems and indicate us also the possible conditions necessary for his application.

Keywords: Family therapy, abuse, values clarification, psychological barriers

¹ Inmaculada Gómez, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Almería; María Rosa García Barranco, Centro de Salud Mental de Loja, Servicio Murciano de Salud; Juan Carlos Hódar, Equipo Tratamiento Familiar, Servicios Sociales, Ayuntamiento de Motril (Granada); y María del Mar Martínez, Centro de Atención Infantil Temprana ASPRODESA, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Correspondencia: Inmaculada Gómez Becerra. Escuela Superior de Ingeniería, despacho 0,50. Universidad de Almería. La Cañada de San Urbano, s/n. 04120 Almería. Teléfono: 950 214 414. Fax: 950 0154 471. Correo electrónico: igomez@ual.es

El maltrato infantil constituye un tema de gran relevancia social, por lo que resulta in cuestionable que el estado debe garantizar el derecho del menor a estar protegido del posible daño que le puedan ocasionar otras personas, incluidos sus cuidadores. En este sentido, los programas públicos de tratamiento familiar intervienen en los casos de desprotección familiar detectados con diferentes objetivos: (a) evitar situaciones de desamparo; (b) colaborar con las familias para promover un cambio positivo en sus actitudes y actuaciones de cara a superar las carencias socio-afectivas de esos menores; (c) favorecer aquellos comportamientos parentales que tengan un efecto positivo sobre el desarrollo psicosocial de los menores; y, (d) paralelamente, reducir aquellas prácticas parentales que pueden perjudicar este proceso evolutivo.

En el ámbito de la intervención con familias, los conocimientos, las reacciones, actitudes y creencias que los padres han de aprender o cambiar, ya sea mediante una intervención grupal o individual, pueden ser transferidos a través de las siguientes estrategias:

Primero, instruir tales conocimientos o actuaciones, a través de diferentes modalidades: (a) proporcionar pautas a los padres sobre lo que han de hacer, tanto a través de charlas como en terapia individual; y (b) proporcionar dichas pautas por escrito (desde recordatorio de las pautas indicadas por los profesionales hasta libros de autoayuda). No obstante, estas estrategias basadas en la instrucción directa suelen presentar problemas de adherencia, derivados fundamentalmente de las "teorías implícitas" de los padres sobre sus hijos, el

apego a aquellas estrategias de "modificación de conducta" que vienen aplicando aunque no hayan funcionado, y el modelo paralelo que tienen de cómo ser padres, ya que fueron hijos (Santamaría, Cebolla, Rodríguez, & Miró, 2006).

En segundo lugar, es habitual y efectivo en la terapia a familias, bien como otra estrategia per se o como un elemento complementario del anterior, el hecho de proporcionar modelos de actuaciones adecuadas. Estos modelos pueden ser dados a los padres a través de vídeos o ensayos de casos que describen actuaciones de otros padres. Esta ha sido, junto con las dinámicas de grupo, una de las estrategias más validadas (Laski, Charlop, & Schreibman, 1988; Webster-Stratton, 1998).

Una última estrategia es la aplicación directa de consecuencias diferenciales, es decir, valorar o reforzar las actuaciones correctas de los padres y rectificar o corregir las disfuncionales. Esta última táctica, se suele denominar "demostrar el dominio" y puede estar basada en: (a) situaciones en vivo (por ejemplo, a través de visitas al hogar); (b) bajo condiciones de role-playing (en un contexto simulado se plantea a los padres una serie de problemas sobre los que han de cambiar sus actitudes y reacciones); y (c) en base a grabaciones en casa, que sirven para establecer análisis funcionales en el contexto clínico-educativo con los padres, y conceden una oportunidad al terapeuta para reforzar los logros y para generar en los padres habilidades de autocorrección. Estas tácticas en "demostrar el dominio" no han mostrado ser más eficaces a corto plazo que las dos restantes pero si han tenido efectos robustos en los seguimientos (Meharg & Lipsker, 1991).

En general, la combinación variada de las estrategias anteriores ha demostrado sobradamente su eficacia (Barkley, 1997; Keenan, Kerr, & Dillenburger, 2000; Sanders et al., 2004). Sin embargo, no ha sido validado el papel de los diferentes componentes de estos paquetes de intervención de manera diferencial ni comparativa, por lo que son necesarios más estudios de metaanálisis en la intervención con familias (Beardslee & Gladstone, 2001).

A su vez, entre los principales protocolos de tratamiento en que se han estructurado las estrategias básicas anteriores podemos destacar la Terapia Familiar Funcional y la Terapia de Interacción padres-hijos, que en la misma línea, están mostrando su efectividad en distintos problemas, pero que también necesitan paliar ciertas limitaciones.

En concreto, la denominada Terapia Familiar Funcional –TFF– es una terapia breve que surge hace unos 35 años como un conjunto de principios teóricos basados en la evidencia clínica y que gradualmente ha ido evolucionando con más base científica hasta considerarse uno de los modelos clínicos más maduros en el tratamiento de los menores en riesgo y sus familias (Alexander, Pugh, Parsons, & Sexton, 2002; Alexander, Sexton, & Robbins, 2002; Sexton & Alexander, 2002; Sexton, Weeks, & Robbins, 2003). Se basa en un protocolo clínico articulado en tres fases: (1) enganche y motivación de la familia, (2) cambio de conducta o prácticas parentales y (3) generalización. Cada una de estas fases tiene unos objetivos terapéuticos y unas técnicas, pero de manera genérica los métodos clínicos indicados son los propios

de la terapia y modificación de conducta antes citados (por ejemplo, instruir, modelos, dinámica de grupos, manejo de contingencias, y estrategias de prevención de respuesta).

De otro lado, la Terapia de Interacción Padres-Hijos (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT) es una terapia breve para tratar problemas de la infancia, que surgió a finales de los 80, inicialmente formulada por Eyberg (1988) y sistematizada especialmente en dos manuales (Eyberg, 1999; Hembree-Kigin & McNeil, 1995). Integra las técnicas tradicionales de modificación de conducta (métodos operantes: estrategias de control de estímulo y, sobre todo, de manejo de contingencias) con la terapia de juego tradicional desde una perspectiva de la psicología del desarrollo; así se trabaja directamente con las interacciones padre-hijo a través del juego.

Complementariamente a la efectividad de las estrategias hasta aquí indicadas y los sólidos protocolos de la TFF y la PCIT, como aportaciones actuales, se viene considerando que los conocimientos, actuaciones y cambios de actitudes o creencias que se esperan de los padres sean guiados o inducidos a través de una psicoterapia más indirecta, no instruidos directamente.

Prueba de estas estrategias se encuentra en las llamadas terapias de tercera o nueva generación. De entre las aplicaciones en la terapia con padres podemos señalar la práctica de la atención plena, destacando el trabajo de Santamaría et al. (2006), quienes aplican la práctica de la meditación y la atención plena en el entrenamiento de padres. En concreto, estos autores adaptan un programa anterior de Kabat-

Zinn (1997, citado en Santamaría et al., 2006), que parte de tres principios fundamentales: (1) la soberanía de padres e hijos sobre sus propias vidas; (2) la empatía más allá incluso de “ponerse en lugar de otro”; y (3) la aceptación, intentando instaurar una actitud interior de reconocimiento de que las cosas “son como son”, y aunque discrepe de las expectativas de los padres deben aceptar la realidad de sus hijos. Además, proponen doce ejercicios de parentalidad consciente. A su vez, Dumas (2005) desarrolló otro programa de entrenamiento para padres desde la atención plena, que promueve las siguientes habilidades de paternalidad: (1) la escucha facilitadora a fin de “aprehender” la realidad del niño; (2) el distanciamiento suficiente que permita ver a los hijos como distintos de los padres; y (3) no reaccionar en base al automatismo ni de manera visceral, sino tener planes motivados de acción.

De manera similar, en el marco de las terapias de nueva generación, se está validando la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la intervención con familias, que enfatiza las estrategias de cambio contextual y experiencial y promueve repertorios comportamentales flexibles, eficaces y constructivos que permitan avanzar en dirección a unos valores delimitados, en lugar de centrarse en reducir o eliminar los comportamientos que originan o mantienen los problemas psicológicos. Así, se introducen nuevos componentes en la intervención familiar como son: el proceso de aceptación de los padres y de los hijos de lo que no se puede cambiar y de los pensamientos y emociones no deseados de ambos, para desde ahí trabajar en dirección a

sus valores; y el elemento de distanciamiento, que pretende contrarrestar la fusión cognitiva que a veces está a la base de la función o rol parental desadaptativos (Coyne & Wilson, 2004; Greco & Eifert, 2004). Estos tres componentes claves en la intervención (aceptación, valores y distanciamiento) se abordan a través de diferentes metáforas y ejercicios experienciales, como métodos clínicos; y se están estructurando a modo de protocolo o guía clínica que se detallará más adelante, ya que es el procedimiento de elección en este trabajo. Así mismo, cada vez se encuentran más estudios clínicos con familias que muestran su eficacia (Blackledge & Hayes, 2006; Coyne & Wilson, 2004; Hódar & Gómez, 2007; Martín, Gómez, Maraver, Molinero, & Belda, 2007; Murrell, Coyne, & Wilson, 2005; Murrell & Scherbarth, 2006).

Finalmente, siguiendo esta línea de terapias de nueva generación, la Terapia Familiar Integrativa (Integrative Family Therapy, IFT), según sus autores (Greco & Eifert, 2004), surge de la influencia de la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) y de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Las aplicaciones más recomendadas son en familias en conflicto y adolescentes con Trastornos Negativistas Desafiantes. En ella se integran estrategias de aceptación dentro de una terapia familiar centrada en los valores, balanceando la aceptación y el cambio de acciones y dando importancia al contexto de juego como oportunidad para tales cambios. Por tanto, se puede entender como un tratamiento multicomponente en el que se usan métodos para promocionar la aceptación como: el entrenamiento en

mindfulness (ejercicios de meditación) y el uso de metáforas típicas de ACT. Finalmente, a través de cuestionarios se evalúan y clarifican los valores de todos los miembros de la familia, se les ayuda a distinguir entre lo que son valores y objetivos, y se aborda en cada una de las personas implicadas en el conflicto hacia qué direcciones quiere actuar.

En conclusión, las diferentes terapias de nueva generación detalladas incorporan estrategias para abordar los sentimientos, la conciencia y los valores de las familias además de sus conocimientos y habilidades para la educación de sus hijos y el manejo de los conflictos con estos. De hecho, se considera que los programas de terapia familiar pueden ser de dos tipos: bien dirigidos a mejorar la labor y las pautas concretas de los padres; o bien, encaminados a mejorar el bienestar psicológico de los padres para favorecer que adopten tales prácticas parentales y estilos educativos (Rey, 2006).

Por todo lo indicado, consideramos estas últimas terapias útiles en el ámbito del maltrato o la negligencia infantil, ya que en estas familias destaca la presencia de patrones de funcionamiento familiar incompatibles con lo que desean o valoran en su vida y la de sus hijos. Así ciertos valores personales pueden coordinarse con sus valores como padres o, por el contrario, pueden ser incompatibles o supeditarse unos a los otros en lo que denominamos escala de valores. Por ejemplo, a un progenitor el valor de "ser buen padre" puede resultarle equivalente con ciertos valores (p.e. "tener una casa limpia y ordenada") que comprendería una serie de acciones; pero parale-

lamente, puede resultarle incompatible con otros valores en su vida (p.e. "vivir de manera independiente y sin ataduras") y/o considerarlo jerárquicamente un valor superior o inferior a otros valores (laborales, de relación de pareja, ocio, entre otros). En este sentido, consideramos que para conseguir y mantener un cambio en las familias en una dirección beneficiosa para los menores hemos de evaluar y clarificar necesariamente los valores de los progenitores, ya que estas direcciones valiosas nos serán útiles para "anclar" o encadenar los objetivos que pretendemos y guiarán el buen trato a la infancia, con lo que ya es importante y tiene un significado para ellos.

Bajo la hipótesis anterior, el presente estudio tiene como objetivos:

- a) Sistematizar un procedimiento para la evaluación y clarificación de aquellos valores de los progenitores que controlan sus acciones disfuncionales.
- b) Aplicar un protocolo o guía de intervención basada en las aportaciones de ACT, adaptadas a la intervención familiar para facilitar que los padres adquieran patrones de funcionamiento con sus hijos más adaptativos y de protección.

Método

Participantes

Las tres familias que participaron en el estudio estaban siendo atendidas por presentar problemas de negligencia o maltrato infantil. En primer lugar, participaron dos familias atendidas en un Equipo de Tratamiento Familiar (ETF) de Servicios Sociales de un ayuntamiento. En segundo lugar, y en aras a replicar

los resultados en otro contexto de tratamiento alejado de las funciones culturalmente asociadas a los Servicios Sociales y obtener medidas más pormenorizadas de los logros por reiterativos, se contó con la participación de una tercera familia que recibió tratamiento en un contexto sanitario, en concreto en un Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT).

Específicamente, como criterio de inclusión en el estudio se requirió que todas las familias presentaran indicadores de maltrato y abandono emocional, siguiendo los marcadores y niveles de gravedad para la valoración de los diferentes tipos de maltrato del manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar del Programa de Tratamiento a Familias con Menores de la Dirección General de Infancia y Familias de la Junta de Andalucía (2005). Además de los indicadores citados, que permitieron homogeneizar las familias estudiadas, las características sociofamiliares idiosincrásicas de cada una de ellas fueron:

- Familia 1: Compuesta por una madre, su hijo de 10 años y la actual pareja de ésta.

- Familia 2: Compuesta por una abuela que ostenta el acogimiento legal remunerado de una nieta de 11 años que reside en una escuela hogar los días lectivos escolares y con la abuela los periodos vacacionales. Además, la menor en esos períodos convive con un tío, la esposa de éste y la hija de ambos (2 años).

- Familia 3: Compuesta por una madre con 4 hijos de dos matrimonios distintos, de 14, 11, 4 y 2 años. La hija de 4 años acude a un CAIT para recibir atención individualizada por problemas en el desarrollo derivados de una parálisis cerebral, y es en este contexto donde la madre

informa que ha sido derivada a los servicios de protección de menores de la provincia con una orden de desamparo de sus hijos, tras intentos infructuosos del ETF correspondiente de que se adhiriera al tratamiento psicológico en su servicio, que la madre explica en base a su “desconfianza” en los profesionales de dicho ámbito.

Medidas

En primer lugar, como medida del grado en el que las necesidades básicas del niño están siendo satisfechas en el núcleo familiar, se utilizó la versión española de la Escala de Bienestar Infantil –CWBS - de Magura y Mosés (1986), validada por De Paul y Arrubarrena (1999), por ser una escala específica para familias que están siendo atendidas en servicios de protección a la infancia, ofreciéndonos puntuaciones en tres dimensiones (cuidado parental, disposición parental y trato que recibe el menor), además de una puntuación global de bienestar del menor.

En aras a complementar dicha medida pre y postratamiento, se elaboró la Escala de Valoración de la Evolución Familiar (Hódar & Gómez, 2007) cuyo formato de respuesta se basa en una escala de frecuencia tipo Likert (ningún día/vez, algunos días/veces, bastantes días/veces, todos los días/veces), cumplimentada por el terapeuta en base a la información aportada por los padres en cada una de las sesiones. En concreto, en cada sesión con la familia 1 y 2 se valoraba la frecuencia de cambios comportamentales de los menores en una dirección positiva y en una dirección negativa y la frecuencia de interacciones cuidador-niño disfuncionales o funcionales para un adecuado

desarrollo psicológico de los menores.

En relación a la réplica realizada con la familia 3, además de la Escala de Bienestar Infantil, también se tomó en cada una de las sesiones una medida de autoinforme sobre la frecuencia con que la madre realizaba actuaciones funcionales, pero en este caso, pormenorizadas por áreas relevantes en el cuidado de los menores (comida, vestuario, higiene, limpieza de la casa, responsabilidad, comunicación y coordinación con maestros).

Las variables de intervención fueron el proceso de evaluación y clarificación de valores y el protocolo de intervención con familias con componentes de ACT.

La evaluación y clarificación de valores se sistematizó a través de un cuestionario diseñado al efecto y que denominamos "Cuestionario de Evaluación de Valores Educativos y Familiares" –CEVEF - (Hódar & Gómez, 2007), que se presenta en el Anexo. En concreto, se evaluaron: 1) los valores personales de los progenitores relacionados con los valores de "ser un buen padre o madre", dar una "buena" educación a los hijos y mantener una adecuada relación con ellos y con la familia en general; 2) los valores opuestos a los valores citados; y 3) la importancia comparativa entre el conjunto de valores expresados y la satisfacción con ellos. Así mismo, se incluyeron preguntas dirigidas a conocer las motivaciones asociadas con la decisión de ser padres, las acciones realizadas en dirección a dichas motivaciones y sus autoevaluaciones como padres. Dicha evaluación se realizó en dos sesiones de una hora de duración, según las dificultades encontradas con cada familia para responder a algunos ítems.

En el protocolo de intervención con estas familias se incluyeron los componentes de aceptación, distanciamiento cognitivo, yo como contexto, contacto con el momento presente, valores y compromiso con la acción. En este sentido, hay que precisar que los componentes incluidos en la intervención no se realizaron en un orden estricto, sino que se aplicaron y retomaron de manera flexible y adaptada a la evolución de cada familia, siempre bajo el objetivo de establecer y/o mantener acciones valiosas para el adecuado desarrollo del menor.

Procedimiento

La intervención se llevó a cabo en un rango de 8 a 9 sesiones de aproximadamente 1 hora de duración, con una periodicidad semanal. Dadas las condiciones del contexto de intervención, en las que necesariamente, por razones éticas, no son posibles diseños de tratamiento reversible ni grupo control, se aplicó un diseño de caso único A-B con réplicas a través de sujeto (que en este caso son cada una de las tres familias) con medidas de conductas-objetivo múltiples pre y post-tratamiento.

La intervención se llevó a cabo a través de las siguientes fases:

Fase 1. Medidas pre-intervención y encuadre del tratamiento. En primer lugar, los pacientes cumplimentaron la citada Escala de Bienestar Infantil (Magura & Mosés, 1986) y se tomaron las primeras medidas de registro con la Escala de Valoración de la Evolución Familiar. Seguidamente, a fin de establecer una óptima alianza terapéutica y minimizar las creencias y actitudes negativas hacia el equipo de tratamiento familiar, se explicitaron los fundamen-

tos, objetivos y naturaleza del tratamiento a realizar. Para tales efectos, se empleó la “metáfora de la casa”¹ (Hódar & Gómez, 2007), que sitúa la responsabilidad del proceso de cambio en las familias, la importancia de sus valores para guiar dicho proceso y los límites a considerar, que son los derechos éticos y legales de los menores y el terapeuta.

Fase 2. Clarificación de valores y análisis de las barreras psicológicas de los padres o tutores. Esta fase se basó en la cumplimentación del CEVEF por cada uno de los tutores del menor. Para ello se dedicaron un máximo de las dos primeras sesiones de 1 hora de duración. Durante dicha evaluación, se solicitó a cada tutor que expresara sus valores en la educación de los menores y que revisara las acciones en dirección a dichos valores, a fin de que diferenciara lo que en el momento presente eran “valores genuinos” (es decir, aquellos que se reflejan en acciones) de lo que eran denominados “valores vacíos” (es decir, intenciones o descripciones de lo que les gustaría que no implican ninguna acción en dirección, sino

1 La metáfora de “los planos de la casa”, ha sido elaborada por uno de los autores del presente trabajo, y en ella se le plantea a los padres que el proceso de la terapia es como el diseño de los planos de una casa, en los que el terapeuta o psicólogo del ETF es como el arquitecto que los va a diseñar pero ellos son los dueños y futuros habitantes de la casa, de manera que el arquitecto irá dibujando y dando forma a las habitaciones y espacios que ellos quieran tener, pero para ello han de mostrar todo lo que piensan, todos sus gustos y preferencias respecto de cómo quieren que sea la casa, cuántas habitaciones, de qué forma, de qué color, con cuántas ventanas, etc. Así se va dialogando con los padres hasta conseguir de ellos que autoricen la terapia, que entiendan que la responsabilidad de los contenidos que allí se lleguen a tocar y, por tanto, intervenir sobre ellos no es del terapeuta (ahora simbólicamente transformado en arquitecto) sino de la familia (los habitantes). Así como se afianza la alianza terapéutica y se comprometen en dejar al terapeuta inspeccionar los sentimientos, pensamientos y creencias de la familia de manera honesta.

que se explicitan por otras motivaciones; por ejemplo, evitar juicios negativos de otras personas, o evitar medidas administrativo-legales o patrones de autoengaño). Para encuadrar dicha evaluación se utilizaron metáforas como la del “jardín” y ejercicios como el del “funeral” (véanse estas metáforas y ejercicios, así como los que siguen, bien en Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; o bien, en Wilson & Luciano, 2002).

Fase 3. Implementación del protocolo de tratamiento. El protocolo de tratamiento se llevó a cabo en 7 sesiones de 1 hora de duración. Los componentes y métodos clínicos aplicados fueron los siguientes:

I. Desesperanza creativa: el objetivo de este componente es que las familias tomen conciencia y contacten emocionalmente con la ineficacia de determinadas estrategias de evitación, dado que han resultado incompatibles con comportamientos dirigidos a reducir el riesgo y aumentar el bienestar de los menores. Se utilizaron, fundamentalmente, la metáfora del “granjero y el asno” y la del “hombre en el hoyo”.

II. Distanciamiento cognitivo o toma de perspectiva: este componente, basado en ejercicios y metáforas como la del “autobús y los pasajeros” y la del “tablero de ajedrez”, está dirigido a facilitar que el paciente discrimine entre el yo-contexto y el yo-contenido², entre

2 Entendiendo la formación del YO como un proceso continuo que se crea desde la infancia, igual que otras discriminaciones relevantes para la vida, una abstracción que la persona va aprendiendo a través de numerosas experiencias que concurren en un lugar que es ella misma. El YO presenta tres dimensiones básicas cuyas características responden a la historia de vida de cada persona: El YO *conceptual* o *como el contenido verbal* comprende lo que se piensa, se siente, se recuerda, se opina, se cree, se sueña, etc. El YO *como un proceso* en marcha de los contenidos, comprende el acto de pensar, sentir, imaginar, recordar; es aprender los

evaluaciones y descripciones, entre la valoración como un sentimiento y como un acto y la relación entre las respuestas emocionales y la historia personal.

III. Aceptación de las emociones y los pensamientos: se introducen ejercicios experienciales y metáforas dirigidas a fomentar que cada familia “haga un hueco psicológico” a los eventos que evita y que suponen barreras para comportarse en direcciones valiosas. Se plantea la posibilidad de que la principal barrera pueda ser no aceptar, o lo que es igual querer controlar aquellos pensamientos o sentimientos que escapan de nuestro control (en la línea de lo indicado en Barraca Mairal, 2011). Las metáforas utilizadas fueron la de “la pantalla del ordenador”, “las dos caras de la moneda”, “el autobús y los pasajeros”, “la lucha con el monstruo”, “el polígrafo”, y “enseñar a nadar”; a

procesos que la comunidad verbal entiende como importantes, es una parte de la socialización que ocurre a la par que se forman las relaciones entre una serie amplia de eventos entendidos como sensaciones, predisposiciones, etc. El *YO como contexto*, el yo que trasciende, es el yo como el lugar y fondo sin fin de todos los contenidos y procesos, proviene de la toma de perspectiva, de manera que a base de practicarla se produce la transcendencia del yo. (Barnes-Holmes, Hayes, & Dymond, 2001).

la par que ejercicios como el de “la escala de la ansiedad y la acción”, el del “elefante rosa”, “sacar la mente a pasear” o el de “la lucha con las tarjetas”. Así mismo se introdujeron ejercicios de fisicalización de los eventos que funcionaban como barreras para facilitar la flexibilidad comportamental y cognitiva.

IV. Establecer compromisos: se basa en facilitar que los cuidadores expliciten compromisos concretos de acciones más funcionales, en dirección a sus valores.

En cada una de las sesiones el terapeuta cumplimentaba la Escala de Valoración de la Evolución Familiar. Al final del tratamiento se procedió a la evaluación de la Escala de Bienestar Infantil.

Resultados

Todas las familias muestran adherencia al tratamiento y mejoría en las variables de cambio analizadas. Concretamente, las mejorías observadas entre las medidas pre y postratamiento de cada una de las familias son:

La familia 1 obtiene tras el tratamiento mejores puntuaciones en la Escala de Bienestar

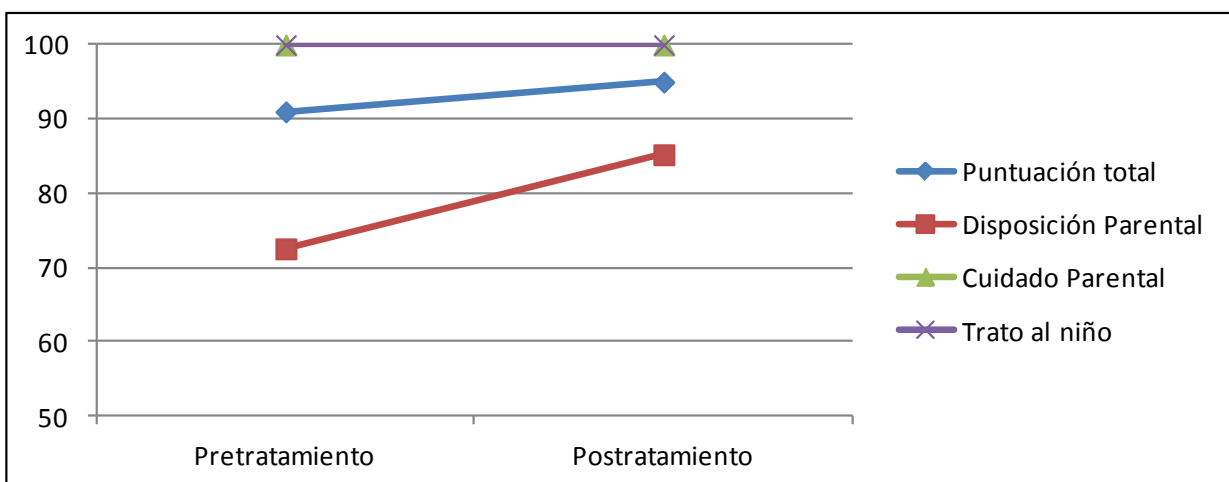


Figura 1. Puntuaciones pretratamiento y postratamiento de la familia 1 en la Escala de Bienestar Infantil.

Infantil (ver figura 1), tanto en la puntuación total como en la dimensión de disposición parental. Las puntuaciones en las dimensiones de cuidado parental y trato al menor alcanzaron la puntuación máxima en la evaluación

pretratamiento, y se mantuvieron estables tras el tratamiento.

Además, se observa una mejoría en las interacciones de los cuidadores con el menor (ver figura 2), ya que aumenta progresivamen-

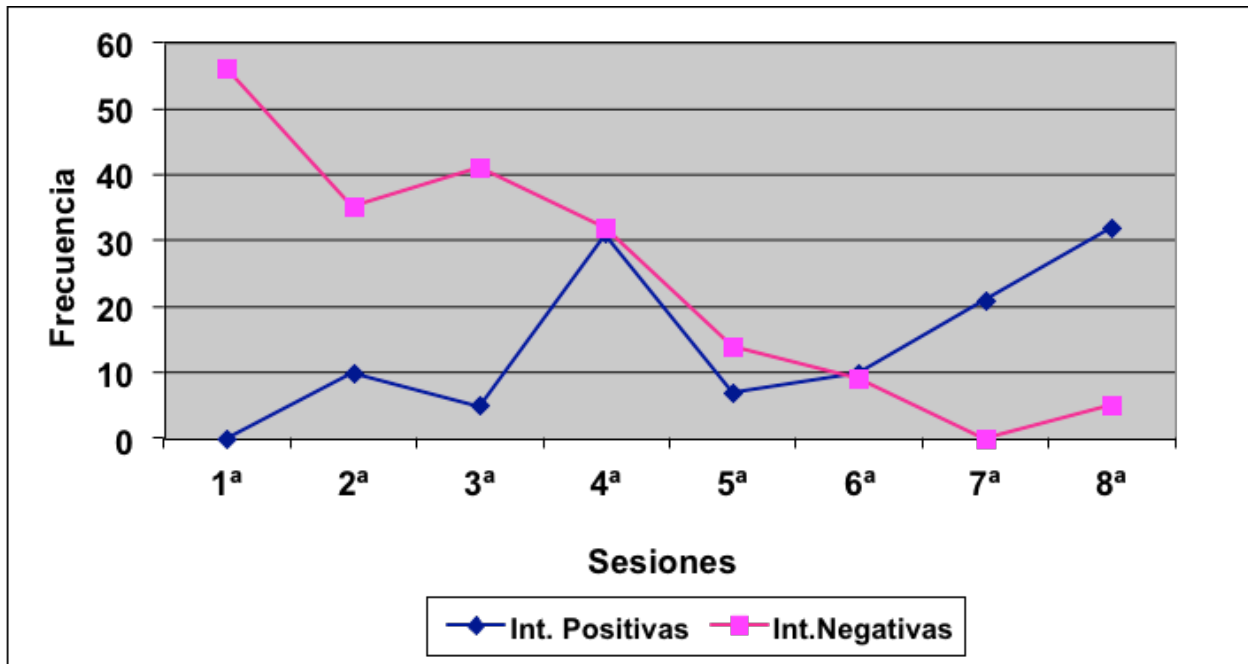


Figura 2. Informes de los cuidadores de la familia 1 de interacciones positivas y negativas con el menor.

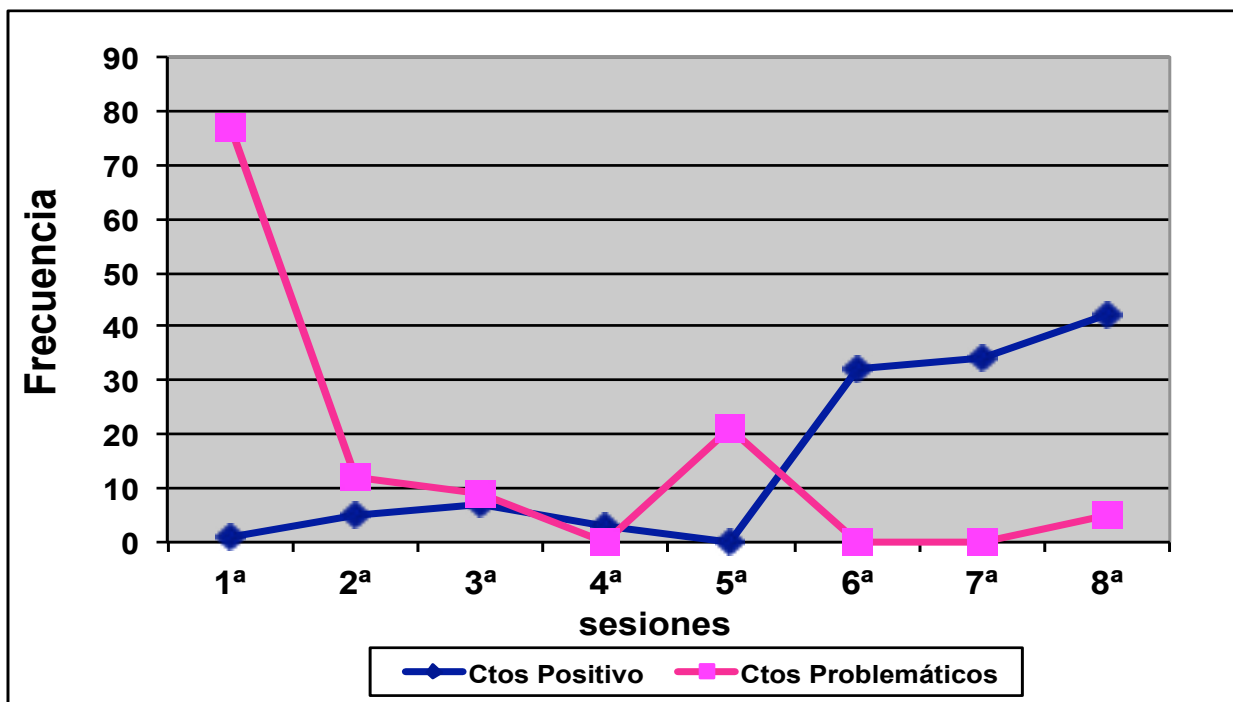


Figura 3. Informes de la familia de comportamientos positivos y problemáticos del menor.

te la frecuencia de interacciones positivas y se muestra una clara reducción de las interacciones disfuncionales con el menor. En paralelo, descienden bruscamente los comportamientos problemáticos del menor y aumenta la frecuencia de comportamientos más adaptativos (ver figura 3).

La familia 2 muestra una mejoría en cuanto a las puntuaciones en la Escala de Bienestar Infantil, tanto en la puntuación total como en la puntuación obtenida en las tres dimensiones evaluadas, siendo el aumento más notable en la dimensión de disposición parental (ver figura 4). Complementariamente, se reducen

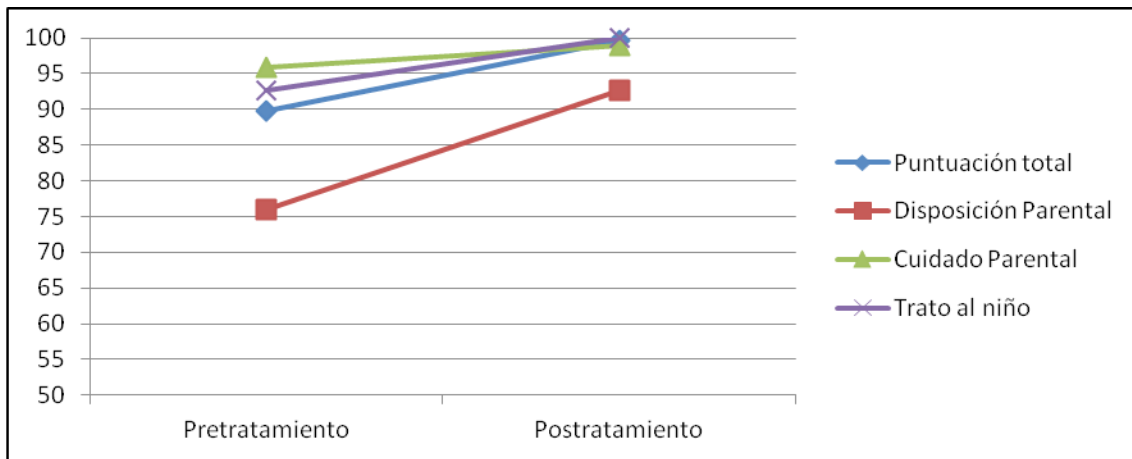


Figura 4. Puntuaciones pretratamiento y postratamiento de la familia 2 en la Escala de Bienestar Infantil.

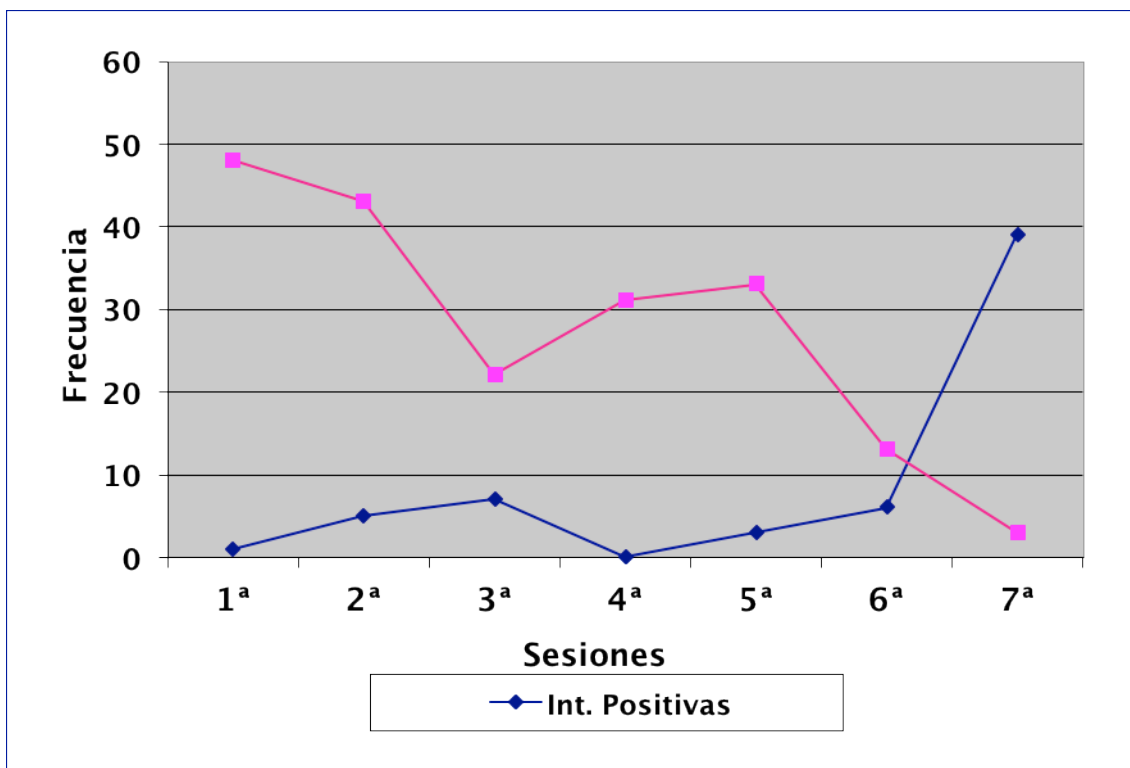


Figura 5. Informes de los cuidadores de la familia 2 de interacciones positivas y negativas con el menor.

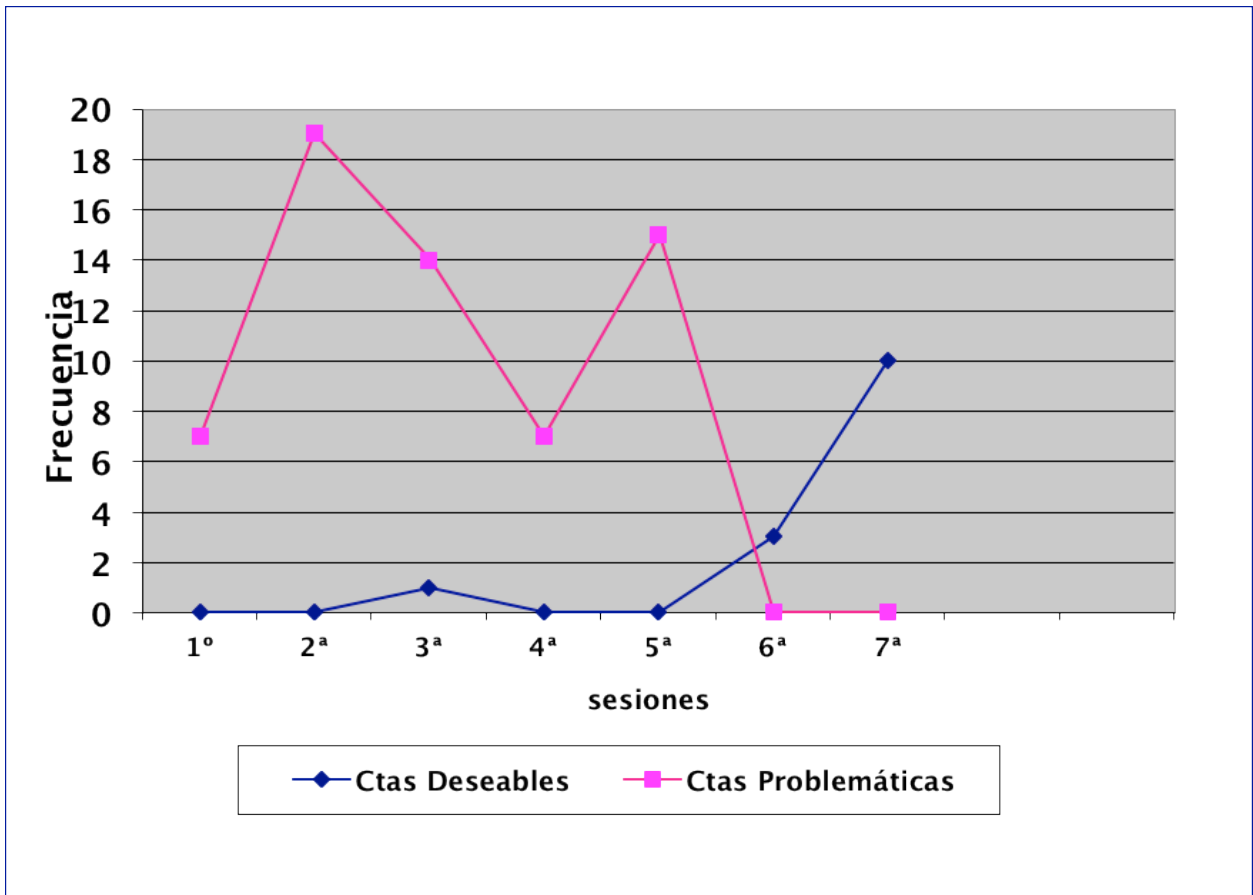


Figura 6. Informes de la familia 2 de comportamientos positivos y problemáticos del menor.

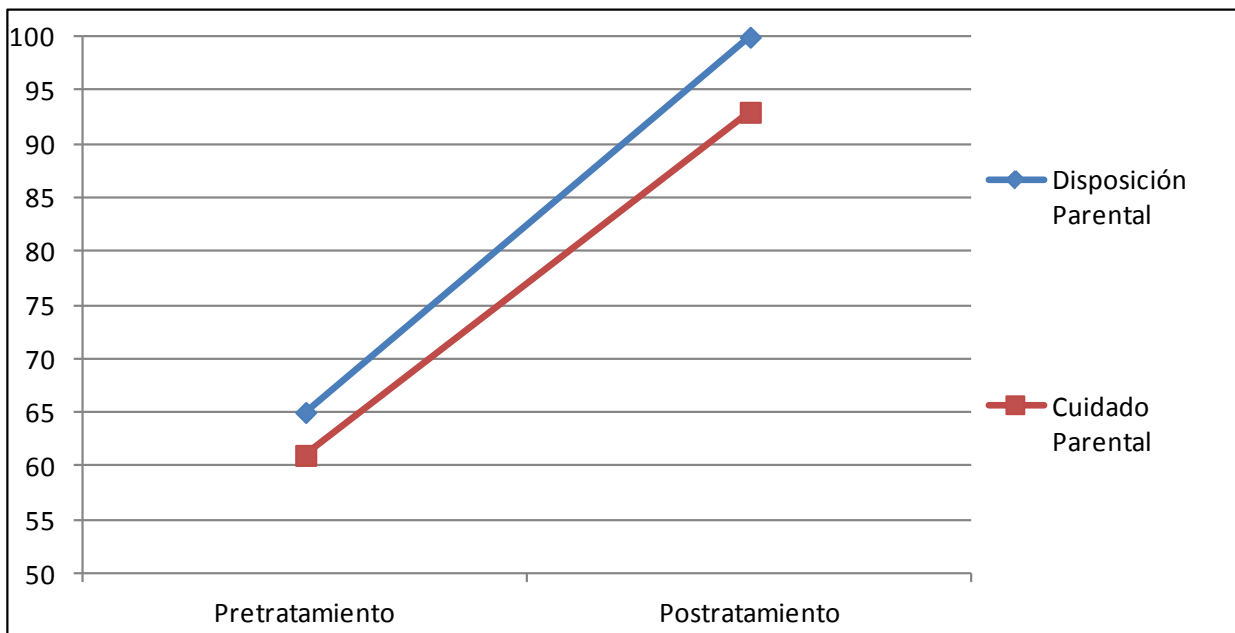


Figura 7. Puntuaciones pretratamiento y postratamiento de la familia 3 en la Escala de Bienestar Infantil.

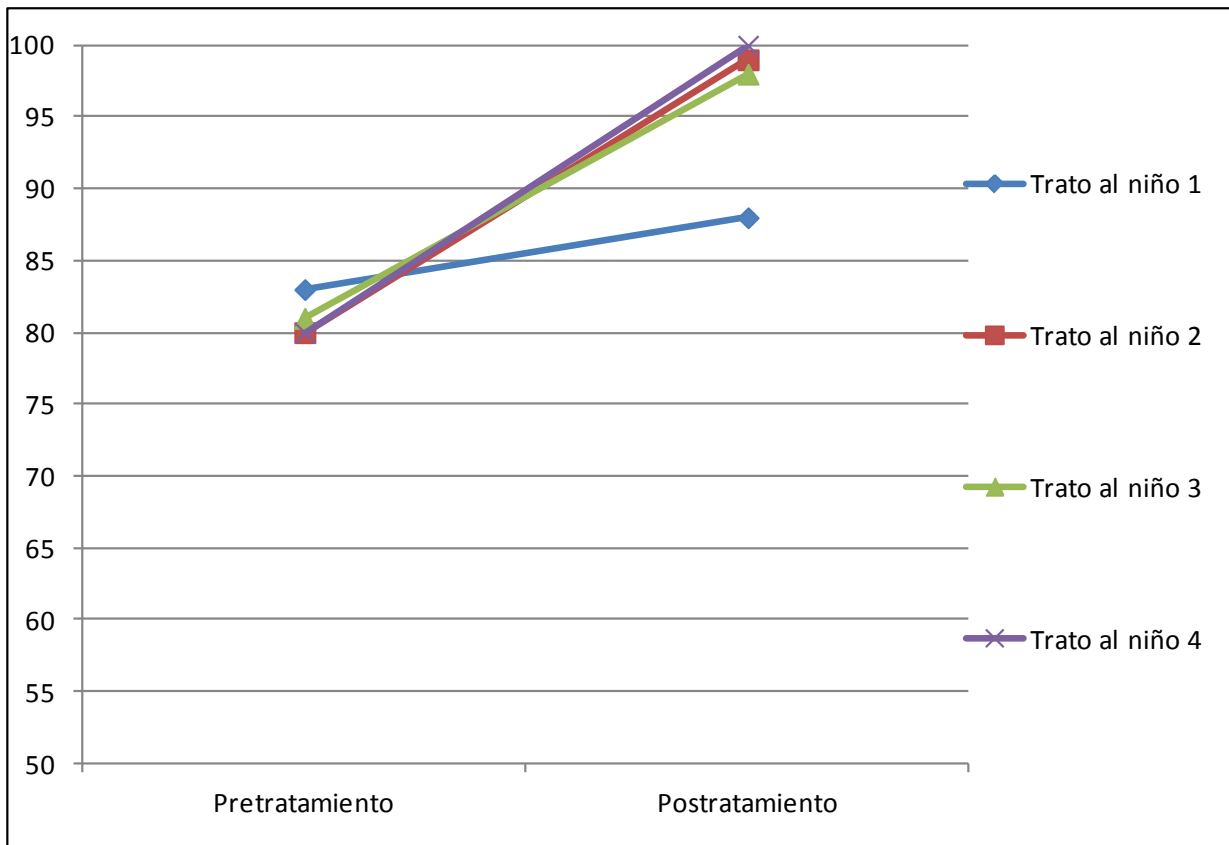


Figura 8. Puntuaciones de la dimensión trato al niño de la Escala de Bienestar Infantil, en cada uno de los menores de la familia 3.

significativamente las interacciones negativas de los cuidadores con el menor y aumentan las interacciones positivas (ver figura 5). A su vez, se observa un incremento en la frecuencia de los comportamientos adaptativos del menor y desde la sexta sesión se reduce a cero la frecuencia de los comportamientos disfuncionales del niño, lo que se mantiene en el último seguimiento (figura 6).

La familia 3 también muestra una mejora en las puntuaciones en la Escala de Bienestar Infantil, aumentando las puntuaciones en disposición y cuidado parental (figura 7), así como las puntuaciones relativas al trato a cada uno de los menores, evaluados por separado (figura 8). Así mismo, la madre muestra un au-

mento claro y generalizado de la frecuencia de comportamientos dirigidos a distintas áreas importantes en el cuidado de los menores: comida, vestuario, higiene, limpieza de la casa, responsabilidad, comunicación y coordinación con maestros (figuras 9 y 10).

Conclusiones y discusión

Del conjunto de los resultados, podríamos concluir que la intervención realizada promueve mejorías tanto en el estilo de funcionamiento parental como en el repertorio disfuncional de los menores, observadas en las medidas de registro establecidas y en la evaluación estandarizada del bienestar infantil a través del cuestionario CWBS.

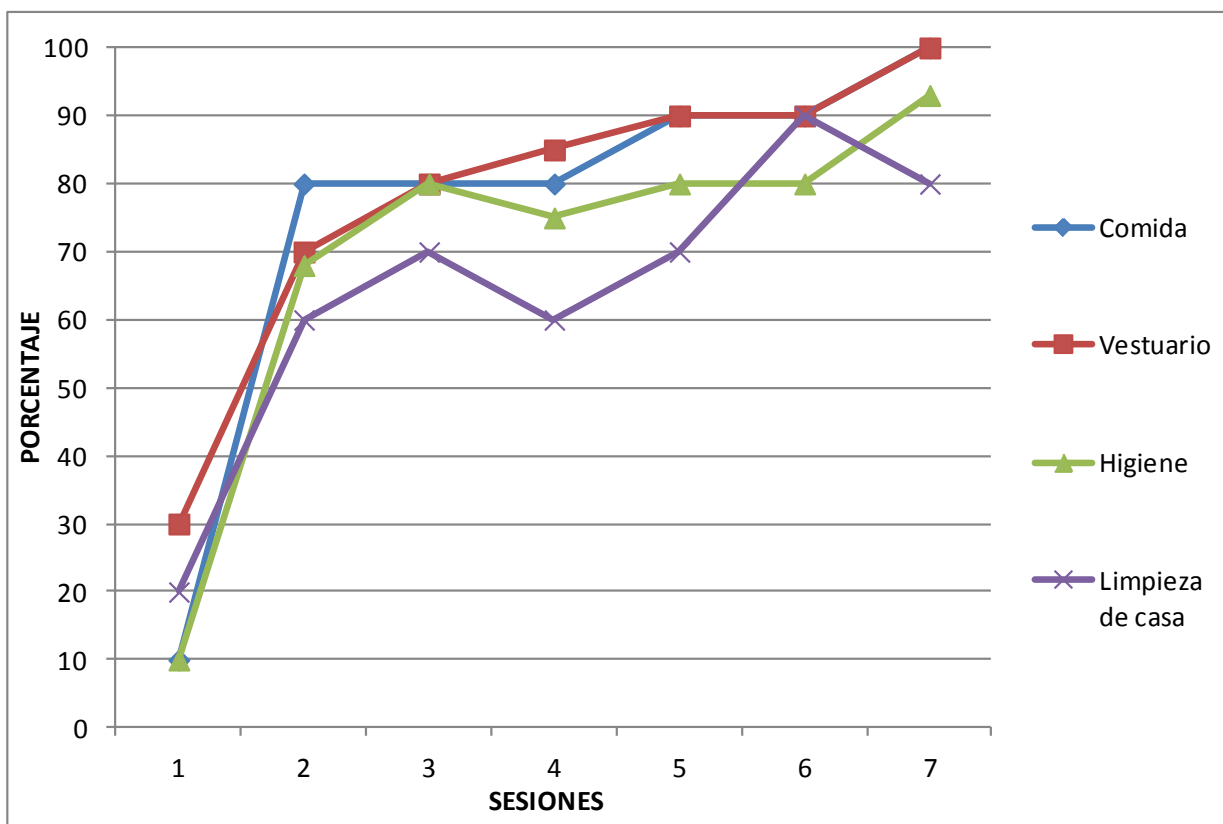


Figura 9. Interacciones positivas con el menor de la familia 3 por áreas.

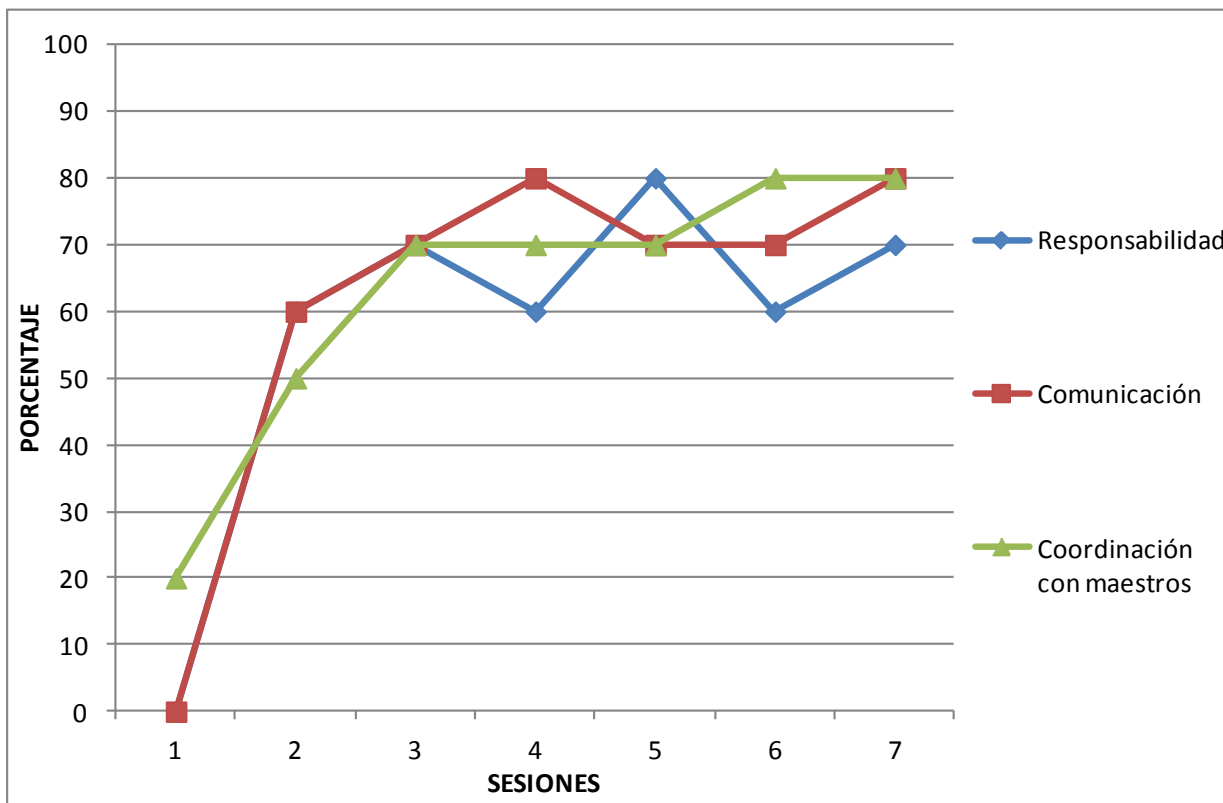


Figura 10. Interacciones positivas con el menor de la familia 3 por áreas (parte 2).

Específicamente, en las tres familias se reduce el número de interacciones disfuncionales, aumentan las interacciones positivas para el adecuado desarrollo del menor y mejoran sus puntuaciones en la escala "disposición parental" del CWBS. Por ejemplo, en el caso de la familia 3, dichas mejorías se concretan en una mayor implicación parental en distintas áreas relevantes en la educación de los hijos como: asunción de distintas responsabilidades, coordinación con los maestros, promoción de la autonomía del menor en distintas facetas (alimentación e higiene) y comunicación familiar.

Complementariamente, las tres familias informan de una reducción de la frecuencia de los comportamientos problemáticos y una mayor frecuencia de comportamientos adaptativos en los menores.

Es de destacar que, a pesar de la cronicidad y gravedad de las interacciones familiares disfuncionales motivo de consulta, el tratamiento realizado, incluido el papel terapéutico de la clarificación en valores, promueve cambios en el funcionamiento familiar con el reducido número de 7 sesiones. Por tanto, ha resultado ser una intervención escasamente intrusiva y de corto tiempo, aspecto que en el ámbito de la negligencia y/o maltrato infantil se torna de vital importancia dada la necesidad de establecer de la manera más rápida y eficiente unas mínimas condiciones de protección de los menores. Así mismo es preciso señalar que, por los condicionantes administrativo-legales del contexto de intervención, no se ha realizado un seguimiento de dichos casos de manera rigurosa, sino en base a contactos informales, por lo que consideramos preciso que nuevas

investigaciones clarifiquen el mantenimiento de los logros con intervenciones breves de este tipo y si es preciso un seguimiento más extenso para mantener los logros terapéuticos (e inclusive generalizarlos a otros contextos de la relación padres e hijos). Además, y aunque no con la rigurosidad experimental que futuros estudios pudieran aportar, se ha analizado si los resultados obtenidos en las dos primeras familias con dicho tratamiento pueden estar contaminados por las funciones derivadas del contexto sociocomunitario y legal de intervención, al replicar el tratamiento con una tercera familia en un contexto sanitario, sin la posible función "sancionadora" del psicólogo de un ETF, observándose también unos resultados favorables, lo que nos hace hipotetizar que los componentes introducidos en el tratamiento son suficientes para establecer el contexto motivacional necesario para alcanzar logros terapéuticos. No obstante, serían precisos futuros estudios que aislen las condiciones motivacionales necesarias para la adecuada evolución de los casos de negligencia o maltrato familiar, así como analizar el papel facilitador (u obstaculizador) de las funciones culturalmente establecidas de determinados contextos terapéuticos para la adquisición de logros a corto plazo y su mantenimiento.

Desde nuestro punto de vista, el presente estudio viene a aportar una primera exploración del papel de la intervención en valores parentales así como otros componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el ámbito de la negligencia y/o maltrato infantil; consideramos que dicha intervención, al trabajar directamente sobre la motivación para el

cambio, puede potenciar la rapidez y adherencia de los efectos terapéuticos. Los resultados obtenidos parecen indicarnos que el trabajo motivacional con las familias aumenta su disposición parental y promueve cambios beneficiosos tanto en los padres como en los menores de manera similar a la indicada en trabajos previos enfocados a familias (Blackledge & Hayes, 2006; Coyne & Wilson, 2004; Hódar & Gómez, 2007; Martín, Gómez, Maraver, Molinero & Belda, 2007; Murrell et al., 2005). Experiencias clínicas como ésta vienen a justificar la necesidad de estudiar experimentalmente el papel de las estrategias de tercera generación en el campo del maltrato y/o negligencia familiar, bien como tratamiento único o como estrategias complementarias a otros tratamientos.

Finalmente, estos datos han permitido destacar unos recursos terapéuticos que vayan planteando cuestiones a los padres a fin de generar dudas en algunas de sus actuaciones o creencias y que sirvan como peldaños para llegar a la solución de sus problemas o conflictos con sus hijos (a modo de un método socrático). También se ha mostrado útil que durante este proceso se utilicen metáforas, refranes, símiles y ejemplos (en lo posible de su propia vida o de padres con características equivalentes).

Referencias

- Alexander, J. F., Pugh, C., Parsons, B., & Sexton, T. L. (2002). *Functional family therapy*. Golden CO: Venture Publishing.
- Alexander, J. F., Sexton, T. L., & Robbins, M. S. (2002). The developmental status of family therapy in family psychology intervention science. En H. Liddle, D. Santisteban, R. Levant & J. Bray (Eds.), *Family psychology intervention science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children. A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Barraca Mairal, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 43-63.
- Beardslee, W. R., & Gladstone, T. R. G. (2001). Prevention of childhood depression: recent findings and future prospects. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1101-1110.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using Acceptance and Commitment Training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, 28, 1-18.
- Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2004). The role of cognitive fusion in impaired parenting: an RFT analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 469-486.
- De Paul, J., & Arruabarrena, M. I. (1999). Escalas de Bienestar Infantil de Magura y Mosés. Un primer estudio para la validación de la versión española. *Intervención Psicosocial*, 8(1), 89-107.

- Dirección General de Infancia y Familias, Junta de Andalucía (2007). *Programa de Tratamiento a Familias con Menores. Manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Dumas, J. E. (2005). Mindfulness-based parent training: Strategies to lessen the grip of automaticity in families with disruptive children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 779-791.
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child and Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.
- Eyberg, S. M. (1999). *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Integrity checklists and session materials*. University of Florida. Recuperado de <http://pcit.phhp.ufl.edu>
- Greco, L. A., & Eifert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-314.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hembree-Kigin, T. L., & McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum Press.
- Hódar, J. C., & Gómez, I. (2007). *Análisis de valores en familias de riesgo y aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en problemas de relación familiar*. Almería: Autores.
- Keenan, M., Kerr, K. P., & Dillenburger, K. (2000). *Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behaviour Analysis in Context*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.
- Laski, K. E., Charlop, M. H., & Schreibman, L. (1988). Training parents to use the natural language paradigm to increase their autistic children's speech. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 391-400.
- Martín, M. J., Gómez, I., Maraver, J., Molinero, J., & Belda, C. (2007). Intervención en un caso de violencia familiar y entre iguales. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez, A. J., Cangas & N. Yuste (Eds.), *Mejora de la convivencia y programas encaminados a la prevención e intervención en el acoso escolar* (pp. 331-335). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Meharg, S. S., & Lipsker, L. E. (1991). Parent Training Using Videotape Self-Modeling. *Child & Family Behavior Therapy*, 13(4), 1-28.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2005). ACT with children, adolescents and their parents. En S. C. Hayes, C. Strosahl, & D. Kirk (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Hardcover.
- Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2006). State of the research and literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2(4), 531-543.
- Rey, F. (2006). Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the triple P-positive parenting program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy*, 35(3), 513-535.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J., & Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, XVII (66), 157-176.
- Sexton, T. L., & Alexander, J.F. (2002). Family-based empirically supported interventions. *The Counseling Psychologist*, 30(2), 238-261.
- Sexton, T. L., Weeks, G. R., & Robbins, M. S. (2003). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner-Routledge.

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 715–730.

Wilson, K., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Anexo

Guía para la evaluación y clarificación de valores educativos y familiares (Hódar, & Gómez, 2007).

1. ¿Qué debemos procurar para dar una buena educación a nuestros hijos?
2. ¿Qué es lo más importante para educar bien a una persona?
3. Por el contrario, ¿qué cosas cree que no debemos hacer con respecto a ellos si queremos educarlos bien?
4. ¿Cuál es el peor error que usted cree que podemos cometer con los hijos con respecto a la educación y formación que les damos?
5. ¿Qué significa para usted el hecho de ser padre o madre?
6. ¿Por qué decidió tener hijos?
7. En general, ¿qué espacios o actividades comparten diariamente?, y ¿de qué aspectos se ocupa?, o ¿qué hace por ellos de forma cotidiana?
8. Intente pensar en lo que siente, cómo actúa y reacciona y cómo se relaciona con sus hijos, y luego intente imaginar cómo se ve a sí mismo como padre, esto es, si tuviera que poner de tres a cinco calificativos ¿cómo se definiría como padre?
9. Piense en aquellas personas que considera son los mejores padres o madres que conoce. ¿Cuales son las cosas más importantes que hacen con respecto a sus hijos, que le llevan a usted a considerarlos buenos padres?
10. Si piensa en todo lo que sus padres han hecho por usted, ¿qué es lo que más valora o qué diría que es lo mejor que le han dado?
11. De las respuestas a las dos preguntas anteriores, ¿con qué se identifica?, esto es, ¿se ve reflejado/a en algunos de los aspectos indicados para ser buenos padres?
12. En resumen, ¿qué es lo más importante que un padre o una madre deben hacer por sus hijos? Destacar una idea o creencia.
13. ¿Qué cosas cree que nunca debe de hacer un padre o una madre?
14. ¿Cuál es el peor error que usted cree que podemos cometer en la relación con los hijos?
15. ¿Qué aspectos cambiaría o mejoraría de la relación con sus propios padres? o en ¿cuales cree que ellos no han actuado acertadamente?
16. ¿En qué aspectos cree que se equivocan otros padres o madres que ve en su entorno o en la sociedad en general?
17. ¿Qué debe proporcionarnos la familia?
18. ¿En qué aspectos piensa usted que se reconoce una verdadera familia?

19. ¿Qué cosas deben valorarse entre sí los diferentes miembros de una familia?
20. ¿En qué aspectos se distingue la relación familiar de otro tipo de relaciones?
21. ¿Qué es lo más importante de la familia?
22. ¿Qué errores o acciones no deben cometerse con las personas de tu familia?
23. ¿En qué circunstancias sentiría que su familia no está funcionando como debe? ¿Qué considera como inaceptable en una auténtica relación de familia?
24. En su opinión, ¿qué es lo peor que una familia puede hacer?
25. Valorar según grado de importancia y satisfacción las siguientes facetas de nuestra vida (de 1 a 10).

| | Importancia | Satisfacción |
|------------------------|-------------|--------------|
| Relación de pareja | | |
| Relaciones sociales | | |
| Trabajo | | |
| Educación y formación | | |
| Ocio | | |
| Espiritualidad | | |
| Ciudadanía | | |
| Salud bienestar físico | | |
| Relaciones familiares | | |

La interacción entre padres e hijos y su relación con los problemas de conducta externalizante

Antonio Félix Raya Trenas, María José Pino Osuna y Javier Herruzo Cabrera
Universidad de Córdoba

RESUMEN

El presente estudio se propone analizar la posible relación existente entre los problemas de conducta externalizante en los niños medidos por sus padres a través del BASC (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes) y el estilo de crianza según el PCRI (Cuestionario de Crianza Parental) compuesto por siete factores: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía y distribución de rol, en una muestra de 278 niños (152 niños y 126 niñas) entre 3 y 14 años. Los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre los problemas de conducta externalizante en los niños y la mayoría de los factores del estilo de crianza parental. Además se establece un modelo capaz de predecir el 30,7% de la varianza con respecto a los problemas de conducta externalizante en los niños, compuesto por la disciplina de ambos progenitores, la comunicación y la distribución de roles de los padres y el apoyo de las madres. Finalmente se discute la utilidad de estos resultados para el planteamiento de estrategias de intervención en el ámbito familiar basadas en el estilo disciplinario.

Palabras clave: problemas de conducta externalizante, interacción padres-hijos, estilo parental, disciplina

ABSTRACT

This current study proposes to analyse the possible relationship which exists between externalizing problem behaviour in children reported by parents through the BASC (Behaviour Assessment System for Children), and the parenting style according to the PCRI (Parent-Child Relationship Inventory) composed of seven factors such as support, satisfaction with parenting, involvement, communication, limit setting, autonomy granting, and role orientation, in a sample of 278 children (152 male & 126 female) between 3 and 14 years old. The results show the existence of a significant relationship between externalizing problem behaviour in children and the majority of the parenting factors. Furthermore, a model is established which is able to predict 30,7% of the variance with respect to externalizing problem behaviour in children, made up by limit setting from both parents, communication and role orientation from the fathers, and support from the mothers. Finally, the utility of results to raise intervention strategies within the family based on limit setting is discussed.

Keywords: Externalizing problem behaviour, parent-child interaction, parenting style, limit setting

Antonio Félix Raya Trenas, Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba; María José Pino Osuna; Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba; y Javier Herruzo Cabrera, Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba.

Correspondencia: Antonio Félix Raya Trenas. Facultad de Ciencias de la Educación. C/ Alberto Magno, s/n. 14071 Córdoba. Teléfono: 957 212 297. Fax: 957 212 513. Correo electrónico: antonio.raya@uco.es

Los problemas de conducta externalizante se caracterizan por conductas perturbadoras como la agresividad, la hiperactividad u otro tipo de comportamientos deshonestos como la transgresión de las normas sociales o los actos delictivos. Coinciden en buena medida con lo que Achenbach y Edelbrock (1978) denominaron conducta "insuficientemente controlada", siendo una característica clara la naturaleza perturbadora de la conducta del niño, que llama la atención de profesores, psicólogos y otros profesionales porque alteran las actividades de sus compañeros y de los adultos, son menos obedientes y presentan reacciones más problemáticas que los demás (Reynolds & Kamphaus, 2004).

En el DSM-IV-TR (*American Psychological Association* [APA], 2002), estos problemas quedan recogidos dentro de la categoría de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, donde podemos encontrar diagnósticos como el Trastorno Disocial, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Estos trastornos presentan prevalencias que oscilan entre el 2 y el 16% en función del sexo o la edad de los chicos, aunque las conductas específicas que generan problemas de convivencia presentan una prevalencia estimada mucho más alta, sin que esto suponga la existencia de un diagnóstico (Schroeder & Gordon, 1991).

Los problemas de conducta externalizante suelen empeorar con la edad, exacerbados por factores tales como el fracaso académico, el rechazo de los iguales o un estilo educativo ineficaz de los padres que carecen de habilidades para el gobierno de la familia. (Patter-

son, 2002). Estudios recientes han calificado este modelo parental como disciplina negativa o disfuncional, que actúa como mediador entre la personalidad de padres e hijos y los problemas de conducta (Prinzle, Onghena, & Hellinckx, 2006).

En referencia al modelo parental, el más conocido sin duda es el planteado por Baumrind (1967), reelaborado por Maccoby y Martin (1983). Este modelo planteaba la existencia de cuatro estilos parentales denominados autoritativo, autoritario, negligente e indulgente, que propiciaban en mayor o menor medida la aparición de problemas de conducta externalizante en los hijos. Basándose en este modelo, estudios recientes concluyeron que el estilo autoritativo era el que mejor prevenía estos problemas de conducta en los hijos, mientras que los estilos negligente e indulgente eran los que presentaban una relación más directa con estos problemas (López-Soler, Puerto, López-Pina, & Prieto, 2009; McKinney & Renk, 2011; Steinberg, Blatt-Eisengart, & Cauffman, 2006; Villar, Luengo, Gómez, & Romero, 2003).

La distinción que posteriormente establecieron Darling y Steinberg (1993) entre estilos parentales y prácticas de crianza ha marcado el devenir del estudio de la dinámica familiar en los últimos años. Análisis factoriales basados en estas prácticas de crianza han dado lugar a una serie de constructos referentes al comportamiento de los padres en la interacción diaria con los hijos. Uno de estos constructos denominado disciplina, consistencia o control conductual, ha sido contemplado por numerosos estudios que coinciden en indicar que unas pautas disciplinarias razonadas y consist-

entes están relacionadas con una menor problemática en los hijos (Aunola & Nurmi, 2005; Elgar, Waschbusch, Dadds, & Sigvaldasson, 2007; Knutson, DeGarmo, & Reid, 2004; McCoy, Frick, Money, & Ellis, 1999; Oliva, Parra, Sánchez-Queija, & López, 2007; Pffiffner, McBurnett, Rathouz, & Judice, 2005; Raya, Pino, & Herruzo, 2011; Tur, Mestre, & Del Barrio, 2004). Uno de los principales requisitos para lograr establecer unas pautas disciplinarias consistentes y razonadas es la existencia de una relación adecuada entre padres e hijos. En esta línea, numerosos investigadores relacionan los problemas de conducta externalizante con aspectos como la mala comunicación (Krinsley & Bry, 1992; Villar et al., 2003) o la falta de implicación y compromiso con la crianza de los hijos (Finkenauer, Engels, & Baumeister, 2005; Kimonis et al., 2006; McCoy et al., 1999).

Otro aspecto frecuentemente estudiado es el grado de autonomía que, según los trabajos de Bynum y Kotchick (2006), Reitz, Dekovic y Meijer (2006) o Tur et al. (2004), fomenta la responsabilidad y está relacionada con una menor problemática en el niño. No obstante, otros trabajos como los de Beyers, Bates, Pettit y Dodge (2003), Raya, Pino y Herruzo (2009) o Vazsonyi (2004) concluían que un elevado grado de autonomía y falta de supervisión podría identificarse con una actitud negligente por parte de los padres, que daría lugar a una situación de riesgo.

Por otro lado, existen otras variables que reflejan el grado de apoyo percibido en la crianza y que han sido relacionadas con los problemas de conducta externalizante, como la pobreza crónica (Pachter, Auinger, Palmer, & Weitzman,

2006) o la situación de desempleo (Knutson et al., 2004). También la mala calidad de las redes sociales ha sido indicada como una fuente de estrés e insatisfacción en la crianza (Vandewater & Lansford, 2005).

Estudios anteriores llevados a cabo con población española han mostrado que variables como la implicación, la comunicación, el apoyo percibido o la disciplina guardan una estrecha relación con determinados problemas de comportamiento en los hijos como la hiperactividad y la impulsividad (Raya, Herruzo, & Pino, 2008; Robledo Román, García Sánchez, & Díez González, 2009) o la conducta agresiva (Raya et al., 2009; Samper, Aparici, & Mestre, 2006). En definitiva, esta relación entre determinados aspectos del estilo de crianza y ciertas manifestaciones conductuales inadecuadas, nos permite plantear que, llevando a cabo una medición de determinadas características del estilo de crianza de los padres, se podría predecir en cierta medida la presencia de otros problemas de adaptación en los hijos como es el caso de los problemas de conducta externalizante. En este sentido, este estudio se propone describir la relación existente entre este tipo de problemas en una muestra de escolares y el estilo de crianza de sus padres y madres. Además, se pretende elaborar un modelo predictor de los problemas de conducta externalizante en los hijos compuesto por distintos factores del estilo de crianza de los padres y madres.

Método

Participantes

Para la selección de un amplio número de

participantes de estatus socioeconómico medio, se recurrió a tres centros de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, situados en dos localidades de la provincia de Córdoba y una de la provincia de Jaén. Así, se obtuvo información de 278 chicos y chicas con sus respectivos padres y madres.

La edad media de los padres era de 40.11 ($DT = 5,503$), con un rango entre 28 y 70 años, mientras que la edad media de las madres era de 38,13 ($DT = 4,977$), situándose el rango en este caso entre 26 y 56 años.

Por su parte, la muestra de hijos estaba compuesta por 152 niños y 126 niñas, con una edad media de 8,27 ($DT = 3,187$), con un mínimo de 3 años, un máximo de 14.

Instrumentos

Para la recogida de la información se han empleado los siguientes instrumentos:

- *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes* BASC (Reynold & Kamphaus, 2004): es una adaptación al castellano del original en lengua inglesa *Behavior Assessment System for Children*.

Evalúa una amplia gama de dimensiones patológicas y adaptativas, mediante distintas fuentes de información y distintos métodos. Para este estudio se ha usado el cuestionario para padres.

Este cuestionario se divide en tres niveles según la edad (3-6, 6-12, 12-18) y presenta un índice de consistencia interna entre 0,70 y 0,90, según las escalas. Respecto a la correlación test-retest (intervalo de tres meses), los valores son 0,85, 0,88 y 0,70 para los tres niveles del cuestionario.

De las distintas escalas que contempla el instrumento, para este estudio se ha usado la dimensión global denominada *Exteriorizar problemas*, que deriva a su vez de otras tres escalas referentes a la conducta perturbadora como son la agresividad, la hiperactividad y los problemas de conducta. Esta escala presenta unos índices de consistencia interna medidos mediante el coeficiente α de Cronbach entre 0,86 y 0,88.

Las puntuaciones obtenidas en cualquiera de las escalas son transformadas en puntuaciones T, que señalan la distancia de una puntuación con respecto a la media del grupo normativo y permiten establecer comparaciones entre sujetos de diferentes edades. Estas puntuaciones T pueden oscilar entre 0 y 100 y presentan una media de 50 y una desviación típica de 10. En base a estas puntuaciones T se establecen distintos niveles, de modo que puntuaciones por debajo de 30 se consideran muy bajas, por debajo de 40 bajas, entre 40 y 60 nivel medio o normal, por encima de 60 en riesgo y por encima de 70 clínicamente significativo.

- *Cuestionario de Crianza Parental* (PCRI-M), de Roa y Del Barrio (2001), adaptado del *Parent-Child Relationship Inventory* (Gerard, 1994): este cuestionario mide las actitudes paternas y maternas hacia la crianza de sus hijos.

Está compuesto por 78 items con cuatro opciones de respuesta, que se agrupan en siete escalas:

- *Apoyo*: nivel de apoyo social y emocional que una madre o padre está recibiendo.
- *Satisfacción con la crianza*: satisfacción que obtiene una madre o padre por el hecho de serlo.

- *Compromiso*: grado de interacción y conocimiento que los padres tienen de su hijo.
- *Comunicación*: percepción que los padres tienen de la efectividad de la comunicación con su hijo.
- *Disciplina*: nivel de exigencia de cumplimiento de las normas impuesto por los padres.
- *Autonomía*: habilidad de los padres para proporcionar independencia al hijo.
- *Distribución de rol*: actitudes de los padres acerca del papel que desempeña el género en la crianza.

En general, una alta puntuación en cualquiera de las escalas indica una buena actitud hacia la crianza (estilo democrático), mientras que puntuaciones bajas son signo de un estilo de crianza poco efectivo.

La consistencia interna del instrumento para esta muestra, obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, oscila entre 0,68 de la escala de Apoyo y 0,78 de la escala de Satisfacción con la crianza. Además, podemos decir que el cuestionario presenta una buena validez de constructo, dadas las correlaciones obtenidas entre las distintas escalas del cuestionario, sobre todo en las escalas más importantes de la crianza como son Compromiso-Satisfacción con la crianza (0,51), Compromiso-Comunicación (0,64), Disciplina-Apoyo (0,42), Disciplina-Autonomía (0,44) y Satisfacción con la crianza-Disciplina (0,37).

Procedimiento

Para contactar con las familias participantes recurrimos a los centros donde estaban esco-

larizados sus hijos. El primer paso fue obtener permiso de los equipos directivos y consejos escolares de los distintos centros para participar en el estudio. Para informar a las familias por escrito y hacerles llegar el instrumento contamos con la colaboración de los tutores de los distintos cursos, que se encargaron tanto de distribuir como de recoger de los cuestionarios. Las familias, que accedieron a colaborar de manera voluntaria, cumplieron el BASC en su forma P (padres) y en sus distintas versiones según la edad de los chicos y el PCRI tanto por parte del padre como de la madre.

Tras recoger los cuestionarios se pasó a la tabulación de los datos, transformación de las puntuaciones del BASC en puntuaciones T como se indica en la descripción del instrumento y realización de los análisis con el paquete estadístico SPSS.

Análisis de datos

El estudio se ha realizado con un diseño ex post facto prospectivo en el que se ha realizado un análisis de regresión múltiple para obtener los factores predictores de la agresividad. Por lo tanto, las variables empleadas en el estudio fueron las siguientes: como variable dependiente (VD) se ha usado la puntuación T en exteriorizar problemas y como variables predictoras los factores del estilo de crianza tanto del padre como de la madre medidos con el PCRI-M, que son: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía y distribución de rol.

Previamente al análisis de regresión múltiple se han descrito las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos y se ha calculado

el coeficiente de correlación de Pearson entre la variable exteriorizar problemas y los factores del estilo de crianza de padres y madres.

Resultados

Para la variable agresividad, se ha obtenido una puntuación T media de 48,35 ($DT = 9,616$), que resultó ser un poco más baja que la media establecida por el instrumento ($T = 50$). Las puntuaciones obtenidas por los participantes se sitúan en un rango entre 28 y 85.

Respecto a la clasificación de los sujetos en función de los niveles establecidos por el BASC, la Figura 1 muestra el porcentaje de sujetos que han sido clasificados como muy adaptados ($T < 30$), adaptados ($30 < T < 40$), dentro de un rango normal ($40 < T < 60$), en riesgo ($T > 60$) y clínicamente significativos ($T > 70$).

Posteriormente, para identificar aquellas variables relacionadas con los problemas de conducta externalizante, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre la variable exteriorizar problemas y todos los factores del PCRI de padres y madres, cuyas puntuaciones medias se muestran en la Tabla 1. Todas las variables han correlacionado de manera inversa con la variable exteriorizar problemas. Además, todas excepto la distribución de roles

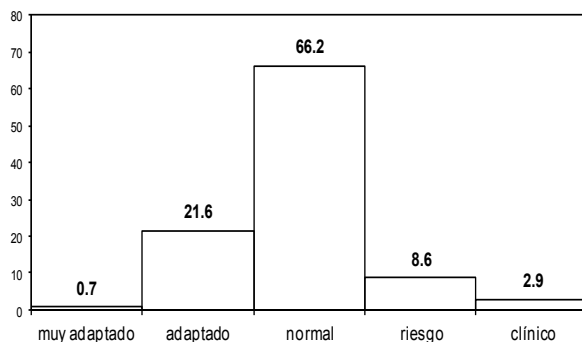


Figura 1. Clasificación de los chicos según su puntuación en exteriorizar problemas.

de ambos progenitores lo han hecho de manera significativa, luego altas puntuaciones en estas variables están relacionadas con bajas puntuaciones en exteriorizar problemas.

Finalmente, para estudiar el carácter predictor de los factores del PCRI respecto a la agresividad, se aplicó el análisis de regresión múltiple mediante el que se pretende obtener un modelo capaz de predecir la posibilidad de presentar una alta puntuación en problemas de conducta externalizante. Las cinco variables que componían el modelo con mayor capacidad predictora eran la disciplina de la madre, la disciplina del padre, la comunicación del padre, la distribución de rol del padre y el apoyo de la madre, como muestra la Tabla 2.

En el quinto paso se obtuvo una R^2 de 0,307, por lo que se puede decir que las variables disciplina de la madre, disciplina del padre, comunicación del padre, distribución de rol del padre y apoyo de la madre predicen el 30,7% de la variabilidad respecto a los problemas de conducta externalizante. Para todas estas variables se han obtenido coeficientes Beta negativos excepto para la distribución de rol del padre, por lo que esta variable es predictiva de una puntuación alta en problemas de conducta externalizante cuando presenta puntuaciones también altas. Para el resto de las variables ocurre lo contrario.

Todas las variables incluidas hacen una aportación interesante al modelo, que mejora ostensiblemente en cada paso. Por su parte, los estadísticos de colinealidad que nos informan sobre la independencia de cada factor respecto a los demás, ofrecen unos resultados bastante buenos, teniendo en cuenta que el

Tabla 1

Puntuación media para cada factor del PCRI y coeficientes de correlación de Pearson entre los factores del PCRI de padres y madres y la variable exteriorizar problemas

| PCRI padre | M | DT | Correlación con Exteriorizar problemas | PCRI madre | M | DT | Correlación con Exteriorizar problemas |
|--------------|-------|-------|--|--------------|-------|-------|--|
| Apoyo | 25,31 | 3,627 | -0,273** | Apoyo | 23,83 | 4,096 | -0,342** |
| Satisfacción | 34,82 | 4,031 | -0,261** | Satisfacción | 34,80 | 4,185 | -0,265** |
| Compromiso | 43,66 | 4,366 | -0,236** | Compromiso | 44,99 | 4,031 | -0,310** |
| Comunicación | 28,65 | 3,353 | -0,228** | Comunicación | 29,72 | 3,611 | -0,245** |
| Disciplina | 32,07 | 4,503 | -0,404** | Disciplina | 31,70 | 4,802 | -0,445** |
| Autonomía | 24,91 | 2,950 | -0,190** | Autonomía | 25,22 | 3,416 | -0,146* |
| Distrib. rol | 27,56 | 4,146 | -0,070 | Distrib. rol | 28,27 | 4,016 | -0,106 |

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

valor de tolerancia está más próximo a 1 que a 0 y que el factor de inflación de la varianza (FIV) no se aleja demasiado de 1.

Discusión y conclusiones

Los datos descriptivos mostrados en nuestro estudio son un buen indicativo de la representatividad de la muestra con la que hemos trabajado. Así, la muestra presenta una puntuación media en exteriorizar problemas bastante cercana a la media normativa, mientras que la distribución en base a los criterios de clasificación del BASC presenta una alta concentración de sujetos en el rango "normal", reduciéndose los sujetos clínicamente significativos a un 2,9%, lo que resulta bastante representativo de la población general, donde las tasas de prevalencia para el Trastorno Disocial oscilan entre el 2 y el 16% (APA, 2002).

Este estudio se proponía analizar la relación existente entre el estilo de crianza de ambos progenitores y los problemas de conducta externalizante en los hijos. En la introducción se apuntaba cierta relación que numerosos autores habían descrito entre determinados aspectos del estilo de crianza de los padres y los

problemas de conducta externalizante en los hijos, de manera que podrían llegar a establecerse determinados modelos familiares directamente relacionados con los mismos. En este sentido, asumiendo ciertas limitaciones como el tratarse de un estudio transversal o el uso de una única fuente de información (los padres), los resultados obtenidos reflejan una elevada relación entre determinadas características del estilo de crianza y los problemas conducta externalizante, de manera que una combinación de puntuaciones altas en distribución de rol del padre junto con puntuaciones bajas en apoyo percibido por la madre, comunicación del padre y disciplina de ambos progenitores, influyen significativamente en el incremento de la probabilidad de que se dé una puntuación elevada en problemas de conducta externalizante según el BASC. Mediante estas variables hemos podido explicar más del 30% de la varianza respecto a estos problemas, lo que consideramos una cifra bastante importante si tenemos en cuenta la naturaleza multidimensional de los problemas de conducta externalizante, en cuya aparición y mantenimiento pueden influir aspectos tan diversos como la

Tabla 2

Regresión múltiple en pasos sucesivos para la VD exteriorizar problemas

| Variable | R | R ² | R ² corr. | F | sig. | B | t | sig. | Int. para B 95% Inf. Sup. | Colinealidad Tol. FIV |
|--------------------|-------|----------------|-------------------------|-------|-------|---------|--------|-------|------------------------------|--------------------------|
| Paso 1 | 0,445 | 0,198 | 0,195 | 68,16 | 0,000 | | | | | |
| Constante | | | | | | 76,598 | 22,135 | 0,000 | 69,785 83,410 | |
| Disciplina madre | | | | | | -0,891 | -8,256 | 0,000 | -1,104 -0,679 | 1,000 1,000 |
| Paso 2 | 0,499 | 0,249 | 0,244 | 45,65 | 0,000 | | | | | |
| Constante | | | | | | 86,650 | 21,244 | 0,000 | 78,620 94,680 | |
| Disciplina madre | | | | | | -0,659 | -5,606 | 0,000 | -0,890 -0,428 | 0,792 1,262 |
| Disciplina padre | | | | | | -0,543 | -4,331 | 0,000 | -0,790 -0,296 | 0,792 1,262 |
| Paso 3 | 0,531 | 0,282 | 0,274 | 35,83 | 0,000 | | | | | |
| Constante | | | | | | 100,329 | 18,000 | 0,000 | 89,356 111,301 | |
| Disciplina madre | | | | | | -0,613 | -5,292 | 0,000 | -0,842 -0,385 | 0,782 1,278 |
| Disciplina padre | | | | | | -0,549 | -4,472 | 0,000 | -0,791 -0,308 | 0,792 1,263 |
| Comunicación padre | | | | | | -0,521 | -3,521 | 0,001 | -0,812 -0,230 | 0,986 1,014 |
| Paso 4 | 0,543 | 0,295 | 0,285 | 28,58 | 0,000 | | | | | |
| Constante | | | | | | 96,655 | 16,776 | 0,000 | 85,313 107,998 | |
| Disciplina madre | | | | | | -0,662 | -5,657 | 0,000 | -0,892 -0,431 | 0,757 1,322 |
| Disciplina padre | | | | | | -0,588 | -4,776 | 0,000 | -0,830 -0,346 | 0,777 1,287 |
| Comunicación padre | | | | | | -0,570 | -3,845 | 0,000 | -0,863 -0,278 | 0,965 1,037 |
| Distribución padre | | | | | | 0,285 | 2,279 | 0,023 | 0,039 0,532 | 0,886 1,129 |
| Paso 5 | 0,554 | 0,307 | 0,295 | 24,13 | 0,000 | | | | | |
| Constante | | | | | | 97,766 | 17,018 | 0,000 | 86,456 109,076 | |
| Disciplina madre | | | | | | -0,548 | -4,302 | 0,000 | -0,799 -0,297 | 0,630 1,588 |
| Disciplina padre | | | | | | -0,588 | -4,813 | 0,000 | -0,829 -0,348 | 0,777 1,287 |
| Comunicación padre | | | | | | -0,484 | -3,175 | 0,002 | -0,785 -0,184 | 0,900 1,111 |
| Distribución padre | | | | | | 0,287 | 2,310 | 0,022 | 0,042 0,532 | 0,886 1,129 |
| Apoyo madre | | | | | | -0,303 | -2,180 | 0,030 | -0,577 -0,029 | 0,727 1,376 |

familia, los iguales o los medios de comunicación.

En general, la mayoría los factores del estilo de crianza parental medidos muestran una fuerte relación inversa con los problemas de conducta externalizante. Además, aquellas variables que han resultado ser más importantes y por tanto más válidas para la composición de los modelos, confirman los resultados obtenidos por autores como Aunola y Nurmi (2005), Elgar et al. (2007), Knutson et al. (2004), McCoy et al. (1999), Pffner et al. (2005) o Tur et al. (2004). En este sentido, podemos decir que un bajo nivel de disciplina, entendida como establecimiento de unos límites claros, actúa como

un excelente predictor de los problemas de conducta externalizante. Algo parecido ocurre con la comunicación con de los hijos, que también aparecía en los estudios revisados como predictor de unos mejores niveles de adaptación en los hijos. En cuanto al apoyo social y emocional percibido por las madres, hemos podido confirmar que, tal y como planteaban algunos autores como Vandewater y Lansford, (2005), un bajo grado de apoyo social está relacionado con una mayor problemática en los hijos y con un sentimiento de mayor insatisfacción con el rol parental. Sin embargo, la distribución de rol entendida como creencia en el reparto igualitario de las tareas en el hogar ha

sido incluida en nuestro modelo como un componente negativo respecto a la adaptación de los hijos, aunque estos resultados adquieren cierta lógica cuando los encuadramos dentro de un modelo familiar de padres negligentes y poco comunicativos y escasos recursos de apoyo en las tareas de crianza. Otras variables como la autonomía, el compromiso o la satisfacción con la crianza, que no han formado parte del modelo de regresión múltiple, presentaban también una relación inversa y significativa con los problemas de conducta externalizante, dando buena cuenta de su carácter protector a pesar de no ser los predictores más importantes según nuestro modelo.

La información obtenida ha de ser analizada asumiendo la existencia de una relación bidireccional entre padres e hijos, considerando que ambos ejercen una influencia mutua en sus comportamientos y actitudes. Visto desde esta perspectiva interactiva entre padres e hijos, estos resultados tiene una gran aplicación tanto en la prevención como en la intervención con familias de niños problemáticos, pues puede orientar sobre algunos aspectos concretos de la práctica educativa diaria que pueden ser modificados, como enseñar a los padres a establecer unas normas claras y asegurar su cumplimiento o mejorar las redes de apoyo social y familiar. Estas pautas de prevención e intervención podrían verse enriquecidas con nuevos estudios que aporten información sobre determinadas variables familiares relacionadas con otros aspectos positivos del desarrollo como las habilidades adaptativas u otros negativos como los problemas de conducta internalizante.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, *85*, 1275-1301. doi:10.1037/0033-2909.85.6.1275
- American Psychological Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.ª ed., texto rev.) (T. de Flores, J. Toro, J. Masna, J. Treserra, É. Masana, & C. Udina, Trads.). Barcelona: Masson (Trabajo original publicado en 2000).
- Aunola, K. & Nurmi, J. E. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development*, *76*, 1144-1159. doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00840.x-i1
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour. *Genetic Psychology Monographs*, *75*, 43-88. doi:10.2307/1127295
- Beyers, J. M., Bates, J. E., Pettit, G. S., & Dodge, K. A. (2003). Neighbourhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, *31*, 35-53. doi:10.1023/A:1023018502759
- Bynum, M. S., & Kotchick, B.A. (2006). Mother-Adolescent Relationship Quality and Autonomy as Predictors of Psychosocial Adjustment Among African American Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *15*, 529-542. doi:10.1007/s10826-006-9035-z
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*, 487-496. doi:10.1037/0033-2909.113.3.487
- Elgar, F. J., Waschbusch, D. A., Dadds, M. R., & Sigvaldasson, N. (2007). Development and validation of a short form of the Alabama Parenting Questionnaire. *Journal of Child and Family Studies*, *16*, 243-259. doi:10.1007/s10826-006-9082-5

- Finkenauer, C., Engels, R. C., & Baumeister, R. F. (2005). Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control. *International Journal of Behavioral Development, 29*, 58-69. doi:10.1080/01650250444000333
- Gerard, A. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., Boris, N. W., Smyke, A. T., Cornell, A. H., Farrell, J. M., & Zeanah, C. H. (2006). Callous-unemotional features, behavioral inhibition, and parenting: independent predictors of aggression in a high-risk preschool sample. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 745-756. doi:10.1007/s10826-006-9047-8
- Knutson, J. F., DeGarmo, D. S., & Reid, J. B. (2004). Social disadvantage and neglectful parenting as precursors to the development of antisocial and aggressive child behavior: Testing a theoretical model. *Aggressive Behavior, 30*, 187-205. doi:10.1002/ab.20016
- López-Soler, C., Puerto, J. C., López-Pina, J. A., & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología, 25*, 70-77.
- Krinsley, K. E., & Bry, B.H. (1992). Sequential analyses of adolescent, mother and father behaviors in distressed and non distressed families. *Child & Family Behavior Therapy, 13*, 45-62. doi:10.1300/J019v13n04_03
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (Vol. 4, pp. 1-101). Nueva York: John Wiley & Sons.
- McCoy, M. G. Frick, P. J., Loney, B. R., & Ellis, M. L. (1999). The potential mediating role of parenting practices in the development of conduct problems in a clinic-referred sample. *Journal of Child and Family Studies, 8*, 477-494. doi:10.1023/A:1021907905277
- McKinney, C., & Renk, K. (2011). A multivariate model of parent-adolescent relationship variables in early adolescence. *Child Psychiatry and Human Development, 42*(4), 442-62. doi:10.1007/s10578-011-0228-3
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I., & López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología, 23*, 49-56.
- Pachter, L. M., Auinger, P., Palmer, R., & Weitzman, M. (2006). Do parenting and the home environment, maternal depression, neighbourhood, and chronic poverty affect child behavioral problems differently in different racial-ethnic groups? *Pediatrics, 117*, 1329-1338. doi:10.1542/peds.2005-1784
- Patterson, G. R. (2002). The early developmental of coercive family process. En J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: Developmental theories and models for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10468-002
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Rathouz, P. J., & Judice S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*, 551-563. doi:10.1007/s10802-005-6737-4
- Prinz, P., Onghena, P., & Hellinckx, W. (2006). A cohort-sequential multivariate latent growth curve analysis of normative CBCL aggressive and delinquent problem behavior: Associations with harsh discipline and gender. *International Journal of Behavioral Development, 30*, 444-459. doi:10.1177/0165025406071901
- Raya, A. F., Herruzo, J., & Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema, 20*, 691-696.
- Raya, A. F., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de cri-

- anza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2, 211-222. Recuperado de http://www.ejep.es/index.php/journal/article/view/33/pdf_42
- Raya, A. F., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2011). Family variables related to behavioral problems in childhood. *Israel Journal of Psychiatry*, 48(2), 117-122.
- Reitz, E., Dekovic, M., & Meijer, A. M. (2006). Relations between parenting and externalizing and internalizing problem behaviour in early adolescence: Child behaviour as moderator and predictor. *Journal of Adolescence*, 29, 419-436. doi:10.1016/j.adolescence.2005.08.003
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Roa, L., & Del Barrio, V. (2001). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 329-341.
- Robledo Román, P., García Sánchez, J. N., & Díez González, C. (2009). Relación entre la tipología de alumnos y factores psicológicos parentales en familias de personas con y sin dificultades de aprendizaje y TDAH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 35, 1-18.
- Samper, P., Aparici, G., & Mestre, V. (2006). La agresividad auto y heteroevaluada: variables implicadas. *Acción Psicológica*, 2, 155-168.
- Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (1991). *Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide*. Nueva York: Guilford.
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I., & Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 47-58. doi:10.1111/j.1532-7795.2006.00119.x
- Tur, A., Mestre, V., & Del Barrio, M. V. (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica*, 36, 207-221.
- Vandewater, E. A., & Lansford, J. E. (2005). A family process model of problem behaviors in adolescents. *Journal of Marriage and Family*, 67, 100-109. doi:10.1111/j.0022-2445.2005.00008.x
- Vazsonyi, A. T. (2004). Parent-Adolescent relations and problem behaviors: Hungary, the Netherlands, Switzerland, and the United States. *Marriage and Family Review*, 35, 161-187.
- Villar, P., Luengo, M. A., Gómez, J. A., & Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15, 581-588.

Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar

Sergio Balbuena Teruel
Inmaculada Rueda Lozano
C. E. I. P. Juan Cano (Melilla)

Paz López Herrero
Universidad de Granada
Campus de Melilla

RESUMEN

Los niños con mutismo selectivo presentan un complejo conjunto de síntomas y no sólo se niegan a hablar en situaciones sociales concretas a pesar hacerlo en otras, sino que en ellos también se observa timidez, ansiedad, sobreprotección familiar y/o bilingüismo.

Se presenta el caso de un varón de 8 años de edad con mutismo selectivo, escolarizado desde los 3 años y que no hablaba en el colegio. El objetivo era establecer la comunicación oral del alumno en el entorno escolar con distintas personas y en diferentes situaciones.

Las técnicas de terapia de conducta empleadas fueron: relajación y respiración, desvanecimiento estimular, automodelado y reforzamiento positivo.

La aplicación del programa resulta positiva porque el alumno comienza a hablar con diferentes personas en su centro escolar. Se recomienda seguir trabajando ciertos aspectos porque el niño sólo habló una vez a su tutora y con una alta activación muscular y autonómica.

Palabras clave: Ansiedad, bilingüismo, mutismo selectivo, sobreprotección familiar, técnicas de terapia de conducta, timidez

ABSTRACT

Children with selective mutism present a complicated set of symptoms, as they not only refuse to speak in certain social situations (e.g. at school), despite talking in others, but also appear shy and anxious, and often suffer problems associated with overprotective families and/or bilingualism.

In this case we have studied an 8-year-old male with selective mutism, who has attended school since he was 3 years old and does not speak at school. The objective was to enable the child to communicate orally with different people in different settings at the school.

We used behavioural therapy techniques such as: Relaxation and breathing techniques, stimulus fading, self modeling and positive reinforcement.

The treatment program was very positive because the boy has now begun to speak to different people at the school. Nevertheless we recommend that more work be done because the pupil only spoke to his teacher once during which he was in a state of high muscle and autonomic activation.

Keywords: Anxiety, behavioral therapy techniques, bilingualism, overprotective families, selective mutism, shyness

Sergio Balbuena Teruel, C. E. I. P. Juan Caro, Melilla; Inmaculada Rueda Lozano, C. E. I. P., Melilla; y Paz López Herrero, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Granada, Campus de Melilla.

Agradecimientos a Antonio María Santos Ortega, Nigel Walkington y Barbara Young por las correcciones al manuscrito.

Correspondencia: Paz López Herrero. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Educación y Humanidades. Carretera Alfonso XIII. 52005 Melilla. Teléfono: 952 698 734. Correo electrónico: pazlopez@ugr.es

En la delimitación operativa del mutismo selectivo se constata un descenso hasta su anulación del habla en situaciones sociales concretas y ante personas ajenas al ámbito íntimo. Sin embargo, no existen otros problemas psicológicos o somáticos que expliquen tal situación. Además, suele aparecer y relacionarse con el inicio del período escolar y puede mantenerse varios años (Olivares, Rosa, & García-López, 2002; Ponzurick, 2012). Por último, la alteración interfiere el rendimiento escolar, laboral o la comunicación social (Barbero Las Heras, Maroto, & Fernández, 1994; Busse & Downey, 2011; Fernández & López-Herrero, 2000; Kearney & Vecchio, 2007; López-Herrero, 2000).

El lugar, las personas y las actividades tienen una gran importancia en la evaluación. Esto es, los mutistas tienden a hablar en casa y no fuera de ella (lugar), suelen hacerlo más con otros niños que con adultos, en la escuela los primeros que les suelen oír expresarse son los extraños y el profesor es el último al que el niño habla, pues aquel representa una figura de autoridad, es quien le evalúa (personas) y, por último, es probable que hable en situaciones agradables en las que en el pasado solía hacerlo (actividades) (McHolm, Cunningham, & Vanier, 2005).

Es importante establecer un diagnóstico diferencial dado que en diferentes trastornos se pueden observar problemas en la comunicación social e incapacidad para hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por lo tanto, el mutismo selectivo debe distinguirse de (Kristensen, 2000; Kristensen, 2002): a) Los trastornos del habla, puesto que la alteración

del lenguaje oral no se limita a una situación social específica. b) Las dificultades que presentan los niños procedentes de familias que han emigrado a un país donde se habla una lengua diferente y que pueden rehusar hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento del mismo. c) Los sujetos con trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o retraso mental grave.

Desde un punto de vista conductual son las hipótesis que relacionan ansiedad, refuerzo y mutismo las más contrastadas. De hecho cuanto más se refuerza el mutismo más difícil es extinguirlo (Krysanski, 2003). El trastorno se mantendría por el comportamiento similar de padres o parientes próximos (Kristensen, 2002; Olivares, Maciá, & Méndez, 1993a).

Por otro lado, Echeburúa y Espinet (1997) plantean que, a pesar de que con su mutismo el niño puede obtener algunos reforzadores positivos (ser el centro de atención, ser tratado de forma especial,...), esta conducta está mantenida por algún factor inhibitorio de la emisión de voz probablemente de tipo cognitivo. Y así, consideran el mutismo como una conducta de evitación mantenida por reforzadores negativos de tipo cognitivo "no hablar para evitar algo que teme"; estas expectativas negativas, consideradas y vividas como peligrosas, conllevan un incremento del miedo respecto de las mismas. De igual modo, contribuyen al mantenimiento de la ausencia del habla al disminuir y/o evitar el estado de malestar subjetivo y proporcionar privilegios y atención. También el uso de modos alternativos de comunicación perpetúan dicha conducta anómala (López Herrero, 2000).

Asimismo, en estos pequeños son frecuentes ciertas características personales, destacando la timidez, el retraimiento, la terquedad y algunos rasgos obsesivos (Busto, 1998; Cohan, Price, & Stein, 2006; Zelenko & Shaw, 2000).

Además, en la base del problema se encuentran factores como la sobreprotección materna, los trastornos del lenguaje y del habla, el retraso mental, la hospitalización, los traumas antes de los 3 años de edad o la inmigración como factor estresante muy relacionado con las demandas lingüísticas. En este sentido, las familias con niños mutistas han sido descritas como más aisladas y tímidas, con fuertes lazos entre madres e hijos, que causan problemas de separación e individualización (Sharkey & Mc Nicholas, 2008). Más específicamente, Hayden (1980) habla del Mutismo Simbiótico para describir la estrecha relación que en ocasiones existe entre los padres y los hijos y recomienda una intervención familiar en este tipo de casos.

Haciendo hincapié en las diferencias étnico-culturales o posible efecto del bilingüismo Cohan et al. (2006), Elizur y Perednik (2003), Fernández y López-Herrero (2001), Gallardo y Gallego (1995), McHolm et al. (2005), Sharkey y McNicholas (2008) y Toppelberg, Tabors, Coggins, Lum, y Burger (2005) manifiestan que el mutismo es más probable cuando: 1) La conducta de no hablar es desproporcionada en relación al conocimiento/exposición de la nueva lengua. 2) Está presente en ambos idiomas. 3) Se acompaña de ansiedad y timidez ante nuevas situaciones. 4) El bilingüismo, el temperamento inhibido, la inmigración y el estrés son factores que interactúan en la adquisición de otra lengua.

Si se sostiene que el miedo a hablar es una respuesta de ansiedad y que su mantenimiento viene dado por la confirmación de sus expectativas (pensamientos) respecto de las situaciones y personas temidas, las técnicas utilizadas en el tratamiento son las derivadas del condicionamiento clásico y del modelo cognitivo-conductual, como la respiración y la relajación, las habilidades sociales, el modelado, el automodelado filmado y el automodelado gradual filmado-trucado (Beare, Torgenson & Creviston, 2008; Grover, Hughes, Bergman, & Kingery, 2006; Sharkey & Mc Nicholas, 2008).

El tratamiento se habrá de dirigir a producir cambios concretos en el comportamiento de los adultos que conviven o mantienen una relación muy frecuente con el niño (profesores, compañeros, padres), así como del propio niño, si fuera preciso; pero, nunca sólo en el comportamiento del niño. Es así que, en ocasiones, en las intervenciones la familia también ha sido incluida, obteniéndose unos resultados espectaculares. Cabe recordar que la familia, al igual que los compañeros de clase, barrio o autobús, puede ser clave en todo tratamiento que persiga la generalización; además, el problema remite con mayor rapidez cuando se trata en el medio en el que surge (Fisak, Oliveros, & Ehrenreich, 2006; Lazarus, Gavilo, & Moore, 1983; Olivares et al., 1993a; Olivares, Rosa, & Olivares, 2007; Omdal, 2008; Sharkey, McNicholas, Berry, Begley, & Ahern, 2008).

El pronóstico respecto a la eficacia de la intervención empeora si se demora su aplicación debido al grado de consolidación del aprendizaje (Olivares, 1998) y también si, aun siendo sometido a tratamiento, el sujeto se aproxima

a los diez años de edad sin que se haya producido un incremento sustancial de la conducta de hablar. Hay que destacar que pese a que el trastorno se presenta entre los 2 y los 5 años de edad el tratamiento no comienza hasta más tarde, alrededor de 6-8 años, pues existe desinformación que conlleva el pensar que el niño es tímido, creencias erróneas por parte de los profesionales y padres e incluso conductas similares en el ámbito familiar del sujeto (Kristensen & Torgersen, 2001; Ponzurick, 2012). De tal manera que no es extraño observar un retraso en el inicio de este tipo de intervenciones (Sharkey & Mc Nicholas, 2008).

Método

Participantes

B es un niño de 8 años de edad, español, cuyos padres son de origen marroquí. Está escolarizado desde los 3 años en un Centro Público y en la actualidad cursa 2º curso de Educación Primaria. Fue su profesor de Educación Infantil quien informó al Equipo de Orientación Temprana de que el alumno no hablaba en el colegio. De este modo, durante dos años, profesor y equipo mantuvieron reuniones periódicas para analizar la evolución del alumno y poner en práctica algunas pautas de actuación para impulsar su comunicación oral. Entre estas últimas se planteó realizar actividades grupales para que participara en ellas, mejore su confianza y se comunique oralmente o evitar situaciones que conllevaran aislamiento. Tras dicho espacio de tiempo y dada la persistencia de sus problemas se decide realizar una valoración psicopedagógica. Esta preocupación es compartida por la madre de B, quien informa

a la tutora actual de que su hijo sólo habla con los miembros del núcleo familiar más cercano, mostrándose esquivo con otros familiares (abuelos, tíos, etc.) y vecinos.

Evaluación y diagnóstico

Instrumentos. El principal obstáculo con el que se encontró el equipo de orientación a la hora de evaluar a B fue su negativa a participar en dicho proceso al no responder ante las instrucciones dadas. Este hecho impidió la aplicación directa de las pruebas estandarizadas habituales para la evaluación de los distintos aspectos del desarrollo. Por lo tanto, los instrumentos finalmente utilizados y especialmente diseñados para la exploración del caso son los que se exponen en la Tabla 1.

Datos derivados del proceso de evaluación

Información familiar. El núcleo familiar está compuesto por los padres y dos hermanos más de 13 y 12 años de edad. La madre no comenta ningún dato sobresaliente relacionado con el desarrollo del niño, excepto en el ámbito de la adquisición del lenguaje que, al compararlo con el de sus hermanos, fue algo tardío. Asimismo, reconoce una cierta sobreprotección familiar y así, ante la timidez del hijo, es aquella quien suele responder por él. Sin embargo, también admite su severidad cuando B se niega a comunicarse con los demás. La madre se muestra inquieta en las entrevistas y su actitud inicial de colaboración (por ejemplo siguiendo las pautas dadas por el terapeuta) se transforma, posteriormente, en hostilidad hacia todo lo que tenga que ver con el centro escolar. Cabe destacar que en casa los padres

Tabla 1
Instrumentos de evaluación

| | Instrumento empleado | Área de información |
|----------------------|--|---|
| Información escolar | Registro de observación de conductas del alumno en el aula | Lenguaje Socialización |
| | Escala del nivel de competencia curricular | Competencia curricular |
| | Entrevista a tutora/ maestros implicados en el proceso de enseñanza del alumno | Lenguaje Socialización Estilo aprendizaje |
| | Registro de observación de conductas del alumno en el recreo | Lenguaje Socialización Motora |
| Información familiar | Grabación del alumno jugando con sus hermanos en casa | Lenguaje Socialización |
| | Entrevista a la madre del alumno | Anamnesis Lenguaje Socialización |
| | Informes médicos: ORL, oftalmólogo | Salud |

emplean tanto la lengua materna (tamazight) como el castellano, aunque éste no lo dominan completamente.

Nivel de desarrollo. El oftalmólogo recomienda a los padres que B utilice gafas debido a su miopía y al estrabismo convergente de su ojo izquierdo. En lo que concierne al ámbito comunicativo-lingüístico se sirve de gestos corporales y ruidos, solamente lo hace con ciertos compañeros y, siempre, en grupos reducidos. Rechaza cualquier tipo de interacción con los adultos poco conocidos que se dirigen a él, así se observan conductas de evitación como uso de signos para comunicarse o tono de voz bajo y conductas de escape como no mirar a la cara del interlocutor. Incluso la interacción oral con los miembros de su familia, aparentemente normal en la grabación aportada por la madre es inexistente ante la presencia de una persona ajena. En este mismo aspecto y, tras analizar el video grabado en su

casa, se constatan errores articulatorios como rotacismo, simplificación de sífonos y sustituciones de fonemas que no son estables, es probable que esto último sea debido a un incorrecto asentamiento del léxico. Predominan las oraciones simples, los errores en el orden de los elementos y la omisión de artículos y nexos. Se constata la utilización de ciertos vocablos en tamazight. Desde un punto de vista pragmático en la grabación se aprecia un uso del lenguaje con distintas funcionalidades: *Interactiva e informativa*, al comunicarse con su madre para contarle lo que está haciendo. *Imaginativa*, al hablar mientras juega con sus muñecos sobre una situación irreal. *Reguladora*, dando instrucciones al hermano sobre las normas del juego. Además, su voz tiene un timbre especialmente infantil, es demasiado aguda, su ritmo de emisión es acelerado, aparece una tensión excesiva y episodios disfémicos.

En cuanto a su desarrollo motriz, se advierte cierta pérdida de equilibrio y torpeza motora, se cae con frecuencia en el recreo. En el aspecto psicológico, B es un niño muy apegado a la madre, con la que pasa la mayor parte del tiempo. Presenta altos niveles de ansiedad en situaciones interpersonales, que se manifiesta en activación muscular y autonómica con tensión corporal y facial, hiperventilación y aumento de la tasa cardiaca. Sus cogniciones son de miedo e inseguridad a la hora de hablar y las expectativas de profesores, compañeros y padres acerca del problema son negativas. En el aspecto motor aparece negación a hablar, risa exagerada y descontrolada, tics nerviosos como guiño de ojos y colocación de la mandíbula inferior hacia delante, dientes apretados, estrabismo convergente más notable, ausencia de contacto físico con maestros y compañeros, restricción de las relaciones sociales en el entorno escolar, deficiencias en el control de la defecación, episodios de disfemia, conductas de escape (no mirar a la cara del interlocutor) y evitación (uso de signos para comunicarse). Por otro lado, se muestra muy reacio a relacionarse con adultos que no conoce, este rechazo se plasma en su expresión facial que es de desinterés y repulsión.

Competencia curricular. La tutora informa de que el alumno no muestra interés hacia las tareas escolares y tiene un importante desfase curricular, no alcanzando los objetivos básicos de la etapa de Educación Infantil. Sin embargo, los maestros que intervienen en su aprendizaje afirman que B tiene una capacidad que no se corresponde con sus bajos resultados o calificaciones y ello debido a que todo trabajo

escolar le exige un cierto intercambio oral de modo que al no hablar su aprendizaje se ve limitado. En lo referido al estilo de aprendizaje, la maestra destaca que el niño se inhibe ante las actividades verbales, mejorando en las manipulativas, no le motivan las tareas escolares, la relación con compañeros y maestros es escasa, no participa en actividades de grupo y prefiere trabajar de forma individual.

Conclusión diagnóstica

Todos estos datos parecen confirmar que B presenta un mutismo selectivo. De este modo, y tomando en consideración los rasgos diagnósticos proporcionados por la *American Psychiatric Association* (APA, 2002), donde se contemplan como criterios claves:

- a) Una incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable. Por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- b) La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
- c) La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
- d) La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- e) El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (ejemplo: tartamudez) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Más concretamente, y como causas que explican este diagnóstico, se ha de mencionar en este caso los factores siguientes (Beare et al., 2008; Cohan et al., 2006; Grover et al., 2006; Olivares et al., 2007; Sharkey & Mc Nicholas, 2008; Zelenko & Shaw, 2000):

- Timidez excesiva en las relaciones interpersonales.
- Altos niveles ansiedad.
- Sobreprotección familiar, especialmente de la madre.
- Bilingüismo mal integrado, de forma que no se siente totalmente competente en castellano.

Tratamiento

El plan de intervención logopédica planteado se inicia cuatro años más tarde de que se detectara el mutismo selectivo de B. De acuerdo con las recomendaciones del Equipo de Orientación, el alumno ha recibido en el centro educativo apoyo especializado por parte de un maestro especialista en Pedagogía Terapéutica y otro en Audición y Lenguaje (A y L). Sin embargo, B sigue sin hablar y rechaza el contacto con los demás en el entorno escolar, lo cual se refleja en el importante desfase curricular ya comentado.

Objetivos

El fin último del programa de intervención era establecer la comunicación oral del alumno en el entorno escolar con sus compañeros y profesores. La consecución de este objetivo obligó a plantear la adquisición de otros requisitos previos que podrían resumirse en los siguientes:

- Reducir la ansiedad del alumno a la hora de hablar en el centro escolar.
- Ampliar las habilidades comunicativas y sociales del alumno para que se expresara oralmente en el colegio con distintas personas en diferentes situaciones.

Técnicas

En el tratamiento se utilizaron diferentes técnicas conductuales que se describen a continuación (Barbero Las Heras et al., 1994; Beare et al., 2008; Fisak et al., 2006; Olivares, Méndez & Maciá, 1993b; Olivares, 2005; Olivares et al., 2007; Olivares, Rosa, Piqueras & Sánchez, 2006):

- Respiración y relajación: se aplicó la técnica de la Tortuga ideada por Scheider y Robin (Gil & Miranda, 2000) para reducir la activación neurovegetativa y muscular observada en B cuando tenía que hablar en el colegio. Y, posteriormente, la técnica de relajación de Jacobson (Escudero, 2006; Payne, 2009).
- Desvanecimiento estimular: que consiste en la transferencia del control estimular a través de la atenuación del estímulo discriminatorio. Se utilizan personas con las que se habla en un contexto determinado introduciéndolas en situaciones en las que usualmente no se comunicaba oralmente. En este caso, por ejemplo, B jugaba con determinados alumnos con los que manifestaba mayor afinidad en el aula de A y L. Con las personas se actuó del mismo modo, esto es, ir hablando con otros niños con los que no lo hacía.
- Automodelado: se puso en práctica el

automodelado gradual a partir de grabaciones filmadas y trucadas. La corta edad del niño permitió realizar montajes audiovisuales creíbles en los que aquel aparecía hablando ante personas con las que no lo hacía. La técnica de auto-modelado incluye la exposición gradual simbólica y en vivo, el manejo de contingencias, la transmisión de información y la implicación grupal e institucional. Está destinado a niños pequeños cuyas habilidades cognitivas no les permiten discriminar entre la ficción y la realidad.

- Reforzamiento positivo: como complemento a las técnicas anteriores se proporciona un evento valorado como positivo por el mudo selectivo (sonrisa, afirmaciones verbales,...) de una forma contingente e inmediata al habla.

Para garantizar el correcto desarrollo del programa de intervención se evitó presionar al niño para que hablara, se le hacía notar lo importantes que eran sus avances pero se actuaba con total normalidad cuando se comunicaba oralmente (sin exagerar sus logros) y se plantearon sesiones lúdicas y atractivas.

Temporalización

El plan de tratamiento fue diseñado para un curso académico (de septiembre a junio). Se planteó en tres fases de una duración trimestral que, posteriormente, se fueron adaptando a las demandas reales de la intervención. El paso de una fase a otra se realizó en función del logro de los objetivos propuestos.

Fases

Primera fase

Objetivo: Proporcionar al alumno estrategias que incrementen su seguridad en situaciones comunicativas, reduciendo de forma progresiva la ansiedad y el rechazo que éstas le generan.

Esta fase la llevó a cabo el maestro de A y L en su aula específica en dos sesiones semanales de 20 minutos de duración. En ella, se solicita a un alumno muy cercano al niño, Zacarías, que jugara con B en dicha clase. Con ello empieza la aplicación del desvanecimiento estimular ya que la intervención, en un primer momento, implicó al compañero con el que el alumno se comunicaba por medio de gestos y con el que se manifestaba cómodo realizando un juego que le gustaba.

Durante este periodo se realizaron dos tipos de actuaciones:

Relajación y respiración: Se comenzó con la práctica de la técnica de la Tortuga, pues la pretensión era que el alumno controlara las respuestas psicofisiológicas que se desencadenaban ante situaciones que para él eran negativas, en este caso la incomodidad que le provocaba estar en un contexto que le obligaba a emplear el lenguaje oral. Dicha técnica usa la analogía de una tortuga que se repliega dentro de su caparazón cuando se siente amenazada ante determinados estímulos ambientales. Así, se le enseña que al oír la palabra clave "tortuga" debía encogerse y controlar sus impulsos y emociones. Más tarde se pedía a B y a Zacarías que pensaran en esa palabra cuando algo empezara a "no ir bien" y actuaran tal y como se les había enseñado. Una vez que

este aspecto se interiorizó, se profundiza en técnicas de relajación basadas en la tensión-distensión progresiva, concretamente se utilizó el método de Jacobson. El alumno debía aplicar esta nueva forma de relajación en cuanto detectara una señal de alarma dado que la respuesta de distensión era incompatible con la excesiva activación que experimentaba al tener que hablar en público.

Actividades lúdicas. Bingo: También se planearon diferentes juegos basados en la interacción comunicativa. Entre ellos, sobre todo se utilizó, por su excelente acogida, "el bingo de las imágenes", que era una adaptación del tradicional bingo numérico. En él, cada alumno (B y Zacarías) tenía un cartón de ocho casillas referido a una categoría semántica. De un saco se iban sacando tarjetas/imágenes y los participantes señalaban las casillas que se correspondían con la tarjeta extraída. Al principio juegan los niños y el terapeuta, pero siempre dirigidos por este último. Sin embargo, rápidamente los niños se van desenvolviendo solos sin dificultad.

El uso de este tipo de actividad viene dado por la sencillez de la misma, rasgo elegido intencionadamente al pretender anular cualquier tipo de dificultad que se sumara a la problemática del alumno y porque a B le agradaba mucho y permitía trabajar el lenguaje oral al tener que denominar las tarjetas que se iban escogiendo.

Segunda fase

Esta fase se desarrolló del mismo modo que la anterior. En ella se llevaron a cabo intervenciones con grupos reducidos de 40 minutos de

duración así como sesiones individuales de 20 minutos.

A) Sesiones en pequeños grupos

Objetivos: a) lograr la expresión oral del alumno con sus compañeros en el aula de A y L, y b) proporcionar a los demás niños estrategias correctas para hablar con B.

En las sesiones se continúa utilizando el desvanecimiento estimular de personas. Así, B acudía al aula de A y L junto a cuatro compañeros de su clase, entre los que se encontraba Zacarías, pues era con este con el que el niño ya hablaba. Los alumnos eran elegidos por la tutora en función de su buen comportamiento en clase, lo que hacía que este método fuera evaluado por todos los participantes, incluido el alumno, como muy positivo y motivador. En cada sesión parte del grupo iba siendo renovado por nuevos compañeros.

Las técnicas y actividades planteadas fueron las que se exponen a continuación:

Automodelado filmado y trucado: Se aplicó la técnica del automodelado gradual filmado y trucado por medio de un montaje de vídeo y audio. En la cinta aparecía el alumno realizando distintas actividades escolares, por ejemplo: haciendo su tarea y aparentemente respondiendo a su tutora y compañeros ante preguntas del tipo ¿Con qué amigos te gusta jugar? Este método sirvió para modelar la conducta verbal del niño pero, también, como exposición ante el terapeuta al estar este presente y oírle hablar cuando se emitían los vídeos (Grover et al., 2006).

Al inicio de la sesión se explicaba que se tenía preparada una sorpresa. Creada la expectativa inicial se reproducía el montaje durante 5

minutos. Una vez visto, se analizaban durante 15 minutos más las actuaciones de los niños. El fin era que sus compañeros vieran que B hablaba y que mostraran su alegría cuando lo hacía con el fin de ayudarlo a sentirse más cómodo (refuerzo positivo contingente). Principalmente se pretendía que el alumno alcanzara una mayor seguridad hacia el acto de hablar.

Durante la exposición, el pequeño recibió refuerzos sociales vicarios consistentes en verbalizaciones del adulto significativo al que no se habla (tutor) mediante voz en off durante la grabación y refuerzo social real por parte de los compañeros y del terapeuta (ejemplo: ¡B habla!) (Olivares et al., 2007).

Bingo de imágenes: Inicialmente, el maestro de A y L realizaba el reparto de los grupos. Luego, eran los propios niños los que se distribuían. Fue muy significativo observar cómo todos los alumnos querían formar parte del grupo de B al considerarlo un experto en dicha actividad. Para poder jugar se formaban dos agrupaciones y el quinto alumno se encargaba de sacar y denominar las fichas extraídas. En ningún momento el pequeño quiso asumir este papel. Por dicho motivo, se graba a B evocando todas las palabras del bingo y en la siguiente sesión grupal no se utilizó el saco de las palabras, sino tal grabación. Para todos resultó muy divertido oír la voz de su compañero en el ordenador "cantar" las palabras del bingo. Incluso el alumno también disfrutó de la novedad introducida. En algunas sesiones se volvía a recurrir al saco de las palabras y le se pedía a B que dijera en voz alta las tarjetas seleccionadas.

Las sesiones descritas se grabaron para utilizarlas en el tratamiento individual que se pasa a describir con más detalle.

B) Sesiones individuales:

Objetivos: a) fomentar el uso de las técnicas de relajación, b) analizar su comportamiento verbal y no verbal para que la comunicación fuera más efectiva, c) mejorar su autoconcepto en relación al hecho de que era capaz de hablar en el colegio con sus compañeros, y d) Evaluar su lenguaje.

A continuación se comentan las estrategias utilizadas:

Relajación y respiración: De nuevo se puso en práctica la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Más tarde, se dedicaron 10 minutos a ver fragmentos de los vídeos de las sesiones grupales. El objetivo era analizar su expresión oral e introducir las modificaciones pertinentes no solo para ir mejorando su comunicación, sino para que B se sintiera capacitado para hacerlo al recordarle que ha de utilizar, entre otras, pautas específicas que reducen su nivel de activación: hablar en estado de relajación, respirar profundamente por la nariz,...

Evaluación del desarrollo lingüístico: Dado que el alumno ya hablaba con el maestro de A y L, este realizó una valoración más exhaustiva de su lenguaje. Con tal motivo empleó la prueba ELCE-R (López et al., 2007). De los cuestionarios que incluye dicha prueba se utilizaron todos los relativos a la elocución, el test de madurez de Hildreth y Griffith y el cuestionario de valoración del nivel verbal puro (basado en el cuestionario de Terman Merrill). Tal evaluación se distribuyó en cuatro sesiones de 30 minu-

tos de duración. Dos de ellas se centraron en la exploración de la elocución y, otras dos, de la comprensión.

Tercera fase

Objetivos: a) generalizar la conducta de hablar con sus compañeros de clase en su aula, b) comunicación verbal ante su tutora, y c) mayor autocontrol psicofisiológico, superación de la ansiedad, progreso en las habilidades de comunicación.

Esta última fase se planificó en dos sesiones semanales de 40 minutos de duración y se extendió hasta la finalización del curso escolar. Prioritariamente se dedicó a la generalización al entorno de la clase de los logros alcanzados hasta el momento. El fin último era que el alumno fuera tanto social como educativamente incluido en el contexto escolar (Omdal, 2008).

El punto de partida fue el bingo en imágenes por tratarse de una de las actividades claves del programa de intervención. La elección respondía a que había sido el único juego en el que B había hablado con sus compañeros. Por otro lado, la dinámica de dicha diversión era totalmente conocida por todos alumnos y, especialmente por B, con lo que el grado de malestar ante un posible fracaso por desconocimiento quedaba anulado. Asimismo, se hizo coincidir los campos semánticos tratados en el bingo con la temática específica que se estaba abordando en clase (ejemplo: los transportes, los animales, etc).

En el bingo de imágenes primero participaron todos los niños coordinados por el maestro de A y L. Más tarde, además, intervino la tutora del grupo.

Contexto de clase con todos los alumnos

Los alumnos se dividen en cuatro grupos y se les asignan los cartones del bingo. Cada equipo tenía un representante que era el encargado de acercarse al saco de las palabras, custodiado por el maestro de A y L, extraer una ficha del campo semántico sobre el que trataba el juego y decirla en voz alta para que los equipos la señalaran en caso de tenerla. En estos primeros momentos no se le pide a B que adopte ese papel ni tampoco él lo solicita. Nuestra pretensión era que se familiarizara con la nueva situación hasta lograr que estuviera lo suficientemente cómodo como para participar totalmente en el juego. Pasadas tres semanas, el maestro de A y L le invitó a ser el portavoz de su equipo. No siempre se insistió en que adoptara el papel de representante porque podía suponer un retroceso en los avances alcanzados.

Contexto de clase con todos los alumnos y la tutora

Después de seis semanas, la tutora formó parte de las situaciones comunicativas.

Por lo tanto, se realizaron sesiones grupales en las que se incluyó a tal profesora de modo que durante dos semanas, ésta participó en la actividad como si fuera un miembro más de uno de los equipos. Pero nunca formó parte del grupo de B. Tras dicho periodo, la tutora pasó a integrarse en el equipo del niño.

Asimismo, se retomaron las sesiones individuales de autocontrol psicofisiológico y de análisis de la conducta. Por un lado, se recuperaron las técnicas de relajación y respiración resaltando la importancia de respirar adecuada-

mente y de atraer a su mente las sensaciones de comodidad. Por otro, se veían las grabaciones de las partidas realizadas en clase para que B avanzara en el autocontrol de las situaciones temidas (hablar estando presente la tutora). En las cintas de esta fase tercera se analizaron aquellos momentos en los que el alumno aparecía más retraído, era entonces cuando el maestro-terapeuta le proponía preguntas que implícitamente le invitaban a reflexionar sobre su comportamiento y le ofrecía alternativas a sus actuaciones: “¿Por qué te quedaste callado?, ¿no sabías el nombre de la ficha? Acuérdate de mirar a la persona con la que hablas, cuida el tono de tu voz, habla alto y claro”.

Resultados

Antes de comenzar la intervención B no se expresaba oralmente, ni se relacionaba o participaba en actividades grupales en el colegio. Solo con un compañero de su aula se comunicaba utilizando para ello gestos y ruidos. Se mostraba muy ansioso cuando tenía que interactuar con personas ajenas a su círculo familiar más cercano. Además, su interés por las actividades escolares era escaso. Por tales motivos, la evaluación del desarrollo de su lenguaje oral no pudo llevarse a cabo al no poder administrar pruebas estandarizadas y/o no estandarizadas que le exigían una respuesta oral.

Cuando se pone en práctica el programa de tratamiento se observa una evolución en B en el sentido de que comienza a hablar con diferentes personas en su centro escolar.

Fase primera. La aplicación de técnicas de control psicofisiológico así como la utilización de situaciones comunicativas lúdicas a través

de juegos como el bingo permitieron reducir significativamente el elevado nivel de ansiedad del alumno.

El desvanecimiento estimular dio lugar a que comenzara a hablar por primera vez

con alguien ajeno al núcleo familiar en el contexto escolar. Especialmente la introducción del compañero, con quien en un principio se relacionaba por medio de gestos, resultó todo un éxito. En esta fase B conversaba animada y más cómodamente con Zacarías y con el maestro-terapeuta en el aula de A y L (ejemplo: ¡Mira, Zacarías, este animal del dibujo!).

Fase segunda. Tanto el automodelado como el uso adecuado de los refuerzos potenciaron la expresión oral de B. La primera técnica, porque modelaba su habla y en ella el alumno se exponía al terapeuta dado que en las cintas trucadas aparecía el niño hablando directamente con su tutora en el colegio. La segunda, porque los compañeros de clase cuando le oían hablar en el vídeo denotaban su alegría con aplausos, sonrisas y con exclamaciones de júbilo. Esto es, le administraban refuerzos positivos contingentes a la conducta de hablar en el centro escolar. Además, el terapeuta contribuía en este mismo sentido, administrando refuerzos sociales tanto al niño como al resto del alumnado.

Las intervenciones en pequeñas agrupaciones favorecieron que el alumno ampliara su círculo social y se relacionara con otros niños. De hecho, cada vez eran más los compañeros de su clase con los que jugaba e interactuaba en el aula de A y L, en el patio. Concretamente, durante los recreos B jugaba con otros pequeños y se divertía participando en distintas

actividades. También, en una ocasión accedió a cantar ante los demás niños del grupo las fichas que iba sacando del saco de las palabras. Aunque ayudado por otro compañero, con una voz muy débil y excesiva rapidez. El resto del alumnado celebró con gran entusiasmo este primer avance.

Por tanto, se constata que en el aula de A y L el lenguaje oral empieza a estar cada vez más presente en su relación con los iguales y son más numerosas las producciones espontáneas del tipo ¡bien! ¡huy! o correcciones hechas a otros niños cuando se equivocan al jugar.

Las sesiones individuales de relajación sirvieron para que B se mostrara calmado cuando hablaba con los otros pequeños, para tener más control y seguridad ante el acto de hablar. Igualmente, estos logros se vieron impulsados por las normas concretas de actuación que el terapeuta le daba cuando se revisaban los vídeos.

Poco a poco, sus intervenciones mientras veía las grabaciones iban automatizando y nuestras preguntas iban más dirigidas al acto comunicativo para seguir modelando su expresión y comunicación oral.

Todo ello contribuyó a que el niño variara su autoconcepto, sintiéndose capaz y con estrategias suficientes para expresarse oralmente ante sus compañeros y el terapeuta en el aula de A y L.

En este momento el alumno hablaba con el maestro-terapeuta y con algunos de sus compañeros, pues se dirigía más a los varones de su clase, aunque siempre en pequeños grupos y en el aula de A y L, controlaba, en cierta medida, su alto nivel de ansiedad y participaba cada vez más en actividades grupales.

En relación a la evaluación del desarrollo lingüístico, la prueba ELCE-R ofrece los siguientes resultados:

Elocución: A) Exploración anatómica y funcional de los órganos fono-articulatorios: se observa una oclusión dental defectuosa y la falta de piezas dentarias definitivas. B) Exploración fonológica inducida y repetida: se evidencian dificultades en los fonemas /q/ y /ř/ y en los grupos consonánticos o sílfones. Además, se comprueba que B suele omitir la primera sílaba de la palabra, las consonantes al final de la palabra y de sílabas mixtas. C) Discriminación auditiva: presenta dificultades en la discriminación fonética de algunos los sonidos consonánticos /ř/ /l/, /g/ /x/, /s/ /q/.

Comprensión: De la valoración léxico-semántica y del razonamiento verbal de las respuestas de B se desprende un cierto retraso que es más significativo en las pruebas que comprometen el ámbito expresivo (razonamiento verbal). Específicamente, las respuestas relativas a definiciones de absurdos y semejanzas se corresponden con las de un niño de 5 años de edad.

Por tanto, estos datos confirman un desfase lingüístico importante, vinculado claramente a su privación voluntaria del uso del lenguaje oral y a que en el hogar se utilizaba otra lengua.

Fase tercera. Es de destacar que B, en un primer momento, no quiso voluntariamente ser el portavoz de su equipo. Evitaba con esta conducta el tener que decir en voz alta, delante de todos sus compañeros y en su aula la ficha del bingo. Si bien, seguía jugando con entusiasmo y se alegraba cuando su equipo

tenía las tarjetas nombradas celebrando con aplausos y gestos de alegría los logros de su equipo cuando iba tachando las casillas del cartón. Después, el terapeuta lo seleccionó como representante de su grupo. Pero se negó a nombrar la tarjeta. Finalmente, en una ocasión se acercó con decisión a la bolsa de las palabras, sacó la ficha y delante de sus compañeros dijo el nombre del objeto al que aludía. No obstante, su voz era casi inaudible, no miró al resto del alumnado y se giró hacia el maestro de A y L para hablar. En días posteriores su implicación aumentó y se encargaba de denominar las imágenes. Sin embargo, aunque contestaba, seguían restringidos su tono de voz, su mirada y sus gestos.

Cuando la tutora comienza a participar en el bingo de las palabras, en B se apreció una reducción de su expresión oral. Y, también, un aumento de su actividad muscular y autonómica, la aparición de tics nerviosos (guiño de ojos, avance de mandíbula, etc.) que prácticamente habían desaparecido en las fases anteriores. Sin embargo, seguía muy interesado jugando. A partir de este momento, una sola vez consiente en ser el portavoz de su equipo y denomina la ficha.

Al constatar la inquietud del pequeño se le recuerdan las técnicas de relajación y se analizan las grabaciones realizadas en su clase. Ambas técnicas permitieron al pequeño tomar conciencia del problema y poner en práctica tales estrategias cuando se comunicaba con compañeros y profesores.

Por último, se ha de manifestar que está fue una fase de evolución muy lenta y que pese a los logros señalados, el objetivo general del

programa de intervención no había sido alcanzado completamente.

Discusión

Con este programa de intervención se pretendía establecer la comunicación oral del alumno en el entorno escolar con distintas personas y en diferentes situaciones. Lo cual obligaba a reducir su ansiedad y a ampliar sus habilidades comunicativas. Se ha de recordar que las intervenciones de caso único se muestran como apropiadas a la hora de evaluar la eficacia de los tratamientos conductuales (Beare et al., 2008; Kristensen & Torgersen, 2002).

Los recursos empleados con éxito en el caso presentado se enmarcan dentro de la terapia de conducta. De modo que se han puesto en práctica tanto técnicas operantes (desvanecimiento estimular, reforzamiento positivo) como las basadas en el condicionamiento clásico y en el modelo cognitivo conductual (relajación y respiración, automodelado) (Barbero Las Heras et al., 1994; Beare et al., 2008; Grover et al., 2006; Olivares, 2005; Olivares et al., 1993b; Olivares et al., 2007; Olivares et al., 2006; Sharkey & Mc Nicholas, 2008). Más específicamente como viene a continuación.

Primera fase. Se subraya la importancia de integrar en la intervención, desde inicio de la misma, a un compañero cercano al alumno (Zacarías), así como la utilización de recursos lúdicos atrayentes (bingo de palabras). Ambas estrategias, conjuntamente con la puesta en práctica de la técnica de la tortuga y de la relajación de Jacobson, permitieron lograr los objetivos propuestos en este momento del tratamiento.

Además, se destaca el hecho de que B habla con el terapeuta desde el primer momento en que comienza a jugar con él al bingo y ello debido a que no lo ve como profesor o figura de autoridad que le evalúa sino como un compañero más que participa con él en distintas actividades (McHolm et al., 2005).

Segunda fase. Se acentúa lo efectivo que resultó combinar sesiones en pequeños grupos con intervenciones individuales y la utilización de las técnicas de automodelado filmado y trucado, de desvanecimiento estimular de personas y de refuerzo positivo para alcanzar las metas planteadas, es decir: lograr la expresión oral del alumno con sus compañeros y maestro-terapeuta en el aula de A y L de forma que aquel hable con mayor comodidad, mejore su autoconcepto y se pueda realizar una evaluación de su lenguaje. Igualmente, los demás alumnos reforzaron correctamente a B y variaron el concepto que de él tenían, percatándose de que era capaz de hablar en el colegio.

Tercera fase. Una de las principales claves en los avances que experimentó B se basó en el uso del desvanecimiento estimular de personas y situaciones. En este momento tal técnica permitió que en su clase el niño se comunicara oralmente con sus compañeros y, en una ocasión, con su tutora.

Asimismo, resalta la gran utilidad del bingo como recurso didáctico acomodando las imágenes a los temas que se estudiaban en clase. Igualmente, dicha similitud de contenidos permitía ver de un modo natural la presencia del maestro-terapeuta en el aula usual. El interés primordial fue normalizar al máximo la situa-

ción de intervención para fomentar la generalización de la conducta objetivo.

La valoración general de la aplicación del programa resulta positiva, aunque no todas las metas planteadas fueron conseguidas plenamente. En concreto, existen dos aspectos que exigen una continuación y/o una adaptación del programa de tratamiento:

- Si bien se redujo el alto grado de ansiedad del alumno en la clase de A y L, este objetivo no llegó a ser generalizado al contexto de su aula.
- B sólo habló una vez a su tutora y en un estado de alta activación muscular y autonómica. Sin embargo, el que lo hiciera revela que este objetivo se encuentra en un momento inicial de su consecución.

La posible explicación de estos últimos datos podría residir en la consolidación del problema debido al retraso en el inicio del tratamiento (Kristensen & Torgersen, 2001; Olivares, 1998; Ponzurick, 2012; Sharkey & Mc Nicholas, 2008). Asimismo, el éxito total de ambos aspectos estuvo directamente limitado por el factor tiempo. Esto es, requería de un tiempo mayor al planificado inicialmente en el programa puesto que el ritmo de evolución de un tratamiento lo marca el propio alumno en función de sus circunstancias personales (momento, intervención, edad,...).

Tal y como proponen Beare et al. (2008) una de las dificultades observadas es que el niño extienda los aprendizajes a otros lugares y personas y hable con diversos compañeros y profesores. En esta línea, sería interesante plantearse un programa educativo que incluyera a los padres del niño con el propósito de que

aprendieran a actuar con efectividad en situaciones cotidianas, a apoyarle adecuadamente en el entorno escolar cuando se enfrenta a personas desconocidas. El objetivo final sería la generalización completa del tratamiento establecido; esto es, que el alumno hablara con diferentes personas en distintos ambientes. Además, con este tipo de intervenciones también se consigue que los padres se apoyen, pues en ocasiones las familias se sienten aisladas, desconsoladas. Incluso muchos cónyuges llegan a culparse mutuamente de la conducta del hijo, sobre todo cuando aparecen en ellos conductas similares de ansiedad social o de mutismo previo (Kristensen & Torgersen, 2001). En resumen, se cree que un factor importante en el éxito de estos casos es la introducción de las familias en la intervención (Olivares et al., 2006; Sharkey et al., 2008).

Como se ha reflejado anteriormente, tras evaluar el desarrollo del lenguaje de B, se constata un retraso lingüístico en todos los componentes y dimensiones del lenguaje. Tal demora estaría ligada a su escasa comunicación oral y al bilingüismo mal integrado de su hogar. Conviene recordar que el lugar idóneo para impulsar el lenguaje es el colegio, sin embargo el alumno no habla en el centro escolar y, por lo tanto, los distintos profesionales no le pueden corregir. Por otro lado, dichas correcciones tampoco se realizan en casa ya que la familia no domina completamente la segunda lengua (Fernández & López-Herrero, 2001; Gallardo & Gallego, 1995; López-Herrero, 2000).

Siguiendo esta misma línea, no es extraño observar en estudios a largo plazo que los índices de habla de estos niños permanecen por

debajo de la media. Y que si bien son adultos continúan teniendo ciertas dificultades de comunicación (Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan, & Stein, 2007; Sharkey & McNicholas, 2008).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.ª ed., texto rev.) (T. de Flores, J. Toro, J. Masna, J. Treserra, É. Masana, & C. Udina, Trans.). Barcelona: Masson (Trabajo original publicado en 2000).
- Barbero Las Heras, F. Maroto, G., & Fernández, A. (1994). Tratamiento conductual en el colegio del mutismo selectivo de una niña de cinco años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 899-921.
- Beare, P., Torgenson, C., & Creviston, C. (2008). Increasing verbal behavior of a student who is selectively mute. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 248-255. doi: 10.1177/1063426608317356
- Busse, R., & Downey, J. (2011). Selective Mutism: A three-tiered approach to prevention and intervention. *Contemporary School Psychology*, 15, 53-63. doi: 892429277.
- Busto, M. C. (1998). *Manual de logopedia escolar. Niños con alteraciones del lenguaje oral en Educación Infantil y Primaria*. Madrid: CEPE.
- Cohan, S., Price, J., & Stein, M. (2006). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 341-355. doi: 0196-206X/06/2704-0341
- Chavira, D., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (11), 1464-1472.
- Echeburúa, E., & Espinet, A. (1997). Tratami-

- ento en el ambiente natural de un caso de mutismo electivo. En F. X., Méndez & D. Maciá (Ed), *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (pp. 423-440). Madrid: Pirámide.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 1451-1459. doi:10.1097/01.chi.000091944.28938.c6
- Escudero, M. (2006). *Técnicas de relajación y autocontrol emocional. Curso práctico*. Madrid: TEA.
- Fernández, A., & López-Herrero, P. (2000). Mutismo electivo: programa de intervención. En *Actas del IX congreso INFAD 2000. Infancia y adolescencia* (pp. 553-557). Cádiz: INFAD.
- Fernández, A., & López-Herrero, P. (2001). Doble tratamiento en un caso de mutismo electivo. En *Jornadas de intercambio de experiencias educativas* (pp. 29-37). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Fisak, B., Oliveros, A., & Ehrenreich, J. (2006). Assessment and behavioral treatment of selective mutism. *Clinical Case Studies*, *5*, 382-402. doi: 0.1177/1534650104269029
- Gallardo, J., & Gallego, J. (1995). El niño que no habla. En J. R. Gallardo, & J. L. Gallego, *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico* (pp. 267-281). Málaga: Aljibe.
- Gil, M. D., & Miranda, A. (2000). La hiperactividad y el déficit atencional. En M. C. Fortes, A. Ferrer, & M. D. Gil, *Bases psicológicas de la Educación Especial. Aspectos teóricos y prácticos* (pp. 261-288). Valencia. Promolibro.
- Grover, R., Hughes, A., Bergman, R., & Kingery, J. (2006). Treatment modifications based on childhood anxiety diagnosis: Demonstrating the flexibility in manualized treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *20*, 275-286.
- Hayden T. (1980). The classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *19*, 118-133.
- Kearney, C., & Vecchio, J. (2007). When a child won't speak. *The Journal of Family Practice*, *56*, 917-921.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 249-256.
- Kristensen, H. (2002). Non-specific markers of neurodevelopmental disorder/delay in selective mutism: a case-control study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *11*, 71-78.
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: a case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 648-652. doi:10.1037//0021-843X.110.4.648
- Kristensen, H., & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a co-morbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, *56*, 347-353.
- Krysanski, V. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, *137*, 29-40.
- Lazarus, P. J., Gavilo, H. M., & Moore, J. W. (1983). The treatment of elective mutism in children within the school setting: Two cases studies. *School Psychology Review*, *12*, 467-472.
- López, M. J., Zurita, M. D., Redón, A. García, I., Santamaría, M., & Iniesta, J. (2007). *ELCE- R. Exploración del lenguaje comprensivo y expresivo*. Madrid: CEPE.
- López-Herrero, P. (2000). Un caso de mutismo electivo en el colegio. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, *20*, 30-36.

- McHolm, E., Cunningham, A., & Vanier, K. (2005). *Helping your child with selective mutism: steps to overcome a fear of speaking*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Olivares, J. (1998). Ansiedad y habla. El mutismo selectivo. En *Actas del I symposium internacional sobre fobias y otros problemas de ansiedad* (p. 15). Granada. Funveca y Apicsa.
- Olivares, J. (2005). *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, D., Maciá, J., & Méndez, F.X. (1993a). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo electivo. Una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 771-792.
- Olivares, J., Méndez, F. X., & Maciá, D. (1993b). Detección e intervención temprana en mutismo electivo. Una aplicación del automodelado gradual filmado y trucado (AGFT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 793-817.
- Olivares, J., Rosa, A., & García-López, L. (2002). Mutismo selectivo. En M. Servera (Dir.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 331-357). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A., & Olivares, P. (2007). *Tratamiento psicológico del mutismo selectivo*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A., & Piqueras, J. (2005). Evaluación cognitivo-conductual del mutismo selectivo. En V. Caballo, *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 387-400). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Rosa, A., Piqueras, J., & Sánchez, R. (2006). Tratamiento de un niño con mutismo selectivo. En F. Méndez, J. Espada, & M. Orgilés, *Terapia psicológica con niños y adolescentes* (pp. 67-83). Madrid: Pirámide.
- Omdal, H. (2008). Including children with selective mutism in mainstream schools and kindergartens: Problems and possibilities. *International Journal of Inclusive Education*, 12, 301-315. doi:10.1080/13603110601103246
- Payne, R. (2009). *Técnicas de relajación: guía práctica para el profesional de la salud*. Barcelona: Paidotribo.
- Ponzurick, J. M. (2012). Selective mutism: A team approach to assessment and treatment in the school setting. *The Journal of School Nursing*, 28(1), 31-37. doi:10.1177/1059840511422534
- Sharkey, L., & McNicholas, F. (2008). More than 100 years of silence, elective mutism. A review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(5), 255-263. doi:10.1007/s00787-007-0658-4
- Sharkey, L., McNicholas, F., Barry, E., Begley, M., & Ahern S. (2008). Group therapy for selective mutism: A parents and children treatment group. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 538-545. doi:10.1016/j.jbtep.2007.12.002
- Toppelberg, C., Tabors, P. Coggins, A., Lum, K., & Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 592-595.
- Zelenko, M., & Shaw, R. (2000). Case study: Selective mutism in an immigrant child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5 (4), 555-562. doi:10.1177/1359104500005004009