

Psicoterapia grupal en niños con trastornos de conducta

Espina, A. Ortego, A., Villanueva, E., Calzado, M^a J., y Perea J. M.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Torremolinos. Servicio Andaluz de Salud.

Aloma. Revista de la facultad de psicología de la Universitat Ramon Llull, 18, 105-116. 2006.

Introducción

Entre los trastornos de conducta en los niños y adolescentes encontramos en el DSM-IV-TR (APA, 2000) los siguientes: trastorno negativista desafiante, T. de conducta, T. disocial, T. de déficit atencional con/sin hiperactividad. Este último puede cursar sin trastorno de conducta, pero puede ser un factor predisponente y precipitante. El T. negativista desafiante se da en la infancia y puede ser precursor de un trastorno de conducta en la adolescencia y este puede favorecer el T. Disocial en la adolescencia tardía y edad adulta.

Su etiología está asociada a factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los factores ambientales y del niño destacan los siguientes:

- a) Factores familiares: apego inseguro y desorganizado. Estructura y estilos de comunicación familiar inadecuados, jerarquía de “dejar hacer” o excesivamente autoritaria, problemas conyugales y parentales, enfermedad mental en los padres, enfermedades crónicas que generan carga familiar, situaciones familiares desfavorables, etc.
- b) Otros factores ambientales: absentismo escolar, falta de normas en el colegio, fracaso escolar, grupo de pares marginales y/o violentos, videojuegos y películas violentas, etc.
- c) Factores del niño: Hiperactividad, falta de atención, impulsividad, dificultades psicomotoras, falta de habilidades sociales, alta emocionabilidad, bajo coeficiente intelectual verbal, retraso en la capacidad de simbolización, déficit en funciones ejecutivas, alexitimia, falta de empatía, etc.

La impulsividad, muy frecuente en los niños con problemas de conducta, hace referencia a la dificultad para actuar después de pensar y para tolerar la frustración que supone la espera, por ello los impulsivos son muy impacientes, interrumpen conversaciones, no respetan los turnos e incluso llevan a cabo conductas que acarrearán riesgos para la integridad propia y ajena. Se ha diferenciado una *impulsividad cognitiva*, que hace referencia al estilo de aprendizaje y afrontamiento de tareas. La persona impulsiva no reflexiona y tiene más probabilidades de precipitarse y no solucionar adecuadamente los problemas que se le presentan, no se para a observar y escuchar, por lo que toma decisiones precipitadas sin valorar las ventajas y desventajas de diferentes opciones. Su procesamiento de la información es pobre.

Mientras que la *impulsividad motora*, se asocia a una falta de control motriz por la búsqueda de gratificación inmediata que hace que les resulte muy difícil esperar. La persona impulsiva puede tener accesos de cólera cuando no obtiene lo que desea, lo cual entraña riesgo para los que le rodean y para él mismo si se autoagrede o golpea objetos sin prevenir no dañarse, por Ej. Pegar un puñetazo o cabezazos en la pared. También suelen ser desobedientes, confrontativos, mienten con más frecuencia y suelen ser rechazados por los demás

En los trastornos de conducta destacan, por su impacto social, la agresividad y violencia. Gómez-Jarabo (1999) entiende la *agresión* como una conducta natural adaptativa, intencional y propositiva, común en el mundo animal. Es considerada como una respuesta normal frente a circunstancias adversas y orientada a la supervivencia del individuo y la especie, bajo los límites del autocontrol. Por otro lado describe la *violencia* como una conducta negativa, excesiva, inapropiada y destructiva.

La agresividad se debe a factores: *a) endógenos*: biológicos (sistema nervioso y endocrino) y psicológicos (emociones y cogniciones) y *b) exógenos*: situacionales (atmosférico, alimentario, drogas, contexto) y sociales (aislamiento, espacio restringido, desorganización, valores, escasez de recursos). A nivel biológico la agresión está determinada por la actividad de los centros corticales (control inhibitorio), subcorticales (sistema límbico que regula la aceleración-freno), neurotransmisores (activadores: dopamina, noradrenalina e inhibidores: serotonina) y hormonas. Los estímulos internos y externos son procesados cognitivamente y si no se hace adecuadamente, es más probable que se utilice la agresión y la violencia como modo de influir en el ambiente.

La agresión se activa por afectos negativos (causadas por estímulos aversivos), la respuesta de ataque-fuga (determinada por factores genéticos, el aprendizaje y factores situacionales) y por cogniciones. Bandura (1973, 1983) afirma que la agresión es instigada por modelos (excitación, atención), estímulos aversivos (ataque, frustración), incentivos (admiración, refuerzos positivos), instrucciones (órdenes) y creencias anormales (paranoia), y se mantiene por medio de la autorregulación (orgullo, culpa), estímulos externos (premio-castigo) y experiencias vicarias.

La violencia aparece cuando existe una activación del sistema nervioso central y una disminución de la capacidad inhibitoria, que puede deberse al deterioro de la atención, memoria, concentración y pensamiento, lo cual lleva a una mala interpretación de estímulos y a una respuesta inadecuada. Los niños y adolescentes que padecen alteraciones cognitivas a la hora de procesar la información relacionada con el mundo emocional, poca expresividad emocional e impulsividad y dificultad para empatizar y que no evalúan correctamente la realidad recurran a la violencia como modo de expresión e influencia en el ambiente.

El trastorno de conducta acarrea consecuencias que acaban formando parte del problema: aislamiento y rechazo de los iguales, fracaso escolar,

promiscuidad y relaciones sexuales inadecuadas, embarazos adolescentes, consumo y abuso de alcohol y drogas, delincuencia, dificultad de acceso al mercado laboral, trastorno emocionales e ideación suicida.

Vemos que un conjunto de factores propician que los niños vayan acumulando déficit biopsicosociales que desencadenan problemas de conducta que son expresión de su sufrimiento, sus carencias y su respuesta a un ambiente percibido, no sin razón, como hostil.

El abordaje de estos problemas, mejor que “trastornos”, pasa por tener en cuenta las carencias y el sufrimiento del niño, e intentar ofrecerle lo que necesita para un normal desarrollo. Para ello es imprescindible tener en cuenta los diferentes factores implicados en el problema e intervenir en ellos: familia, escuela, niño y otros sistemas.

Psicoterapia grupal

En esta trabajo vamos a hablar de la psicoterapia de grupo, que es una pieza de un programa que realizamos en nuestra Unidad, en el que incidimos en los niveles biológico (tratamiento psicofarmacológico si es necesario), psicológico (psicoterapia) y social (intervenciones con la familia y escuela). La psicoterapia grupal que utilizamos recoge intervenciones provenientes de diferentes modelos: cognitivo, conductual, dinámico, fenomenológico existencial (gestalt, bioenergética) y sistémico. También hemos recogido ejercicios utilizados en el entrenamiento de actores, juegos infantiles y ejercicios de psicomotricidad.

Antes de formar los grupos, los niños y sus familias son evaluados con entrevistas y una batería de pruebas diagnósticas en las que recogemos información sobre: psicopatología, relaciones familiares y escolares. Posteriormente se evaluará el cambio y se realizarán seguimientos. Se realizará un control rutinario de las constantes vitales y estilos de vida de los niños y adolescentes que acuden a terapia.

Proceso de admisión:

1. El primer día que el paciente acude a consulta y después de ser visitado por su facultativo se realiza un registro de “conductas y toma de constantes” y el protocolo de “test para padres e hijos”.
2. Registro de prescripción de medicación y control de efectos secundarios.
3. Los días sucesivos, se seguirá el mismo procedimiento y quedarán archivados todos los documentos en la historia del paciente.

Edad

Va dirigido a niños y adolescentes de entre 5 y 18 años. El trabajo se lleva a cabo con grupos mixtos de 5 a 10 integrantes, distribuidos por edades de la siguiente manera: 5 a 6 años; de 7 a 10 años; de 11 a 14 años y de 15 a 18 años.

Indicaciones

Las patologías deben ser, en cierta medida, homogéneas. Nosotros solemos incluir en un mismo grupo niños con trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta y de las emociones. Los cuadros psicóticos requieren grupos homogéneos de no más de 5 niños.

De todas maneras, el diagnóstico clínico, siendo una variable importante para la indicación, no debe condicionar al cien por cien la misma. A la hora de organizar un grupo deberemos tener en cuenta las características psicosociales de cada niño para ver si encajarían bien en un mismo grupo. Esto requiere que el equipo terapéutico revise las historias clínicas y comente las necesidades de cada niño y sus características biopsicosociales.

Contraindicaciones

No incluimos en los grupos niños con deficiencias psíquicas, trastornos disociales graves y cuadros psicoorgánicos. En el mismo grupo no deben estar hermanos, ni parejas.

Tipo de grupo: abierto, cerrado.

Para la puesta en práctica de las sesiones serán necesarios dos coordinadores, preferiblemente de ambos sexos. Los grupos pueden ser *abiertos*, en los cuales entran nuevos niños a medida que se dan altas, o *cerrados*. Si el grupo es cerrado se limita la duración del grupo, por ejemplo a 6 meses/un año y no se incluyen nuevos pacientes a lo largo de su desarrollo.

La ventaja del grupo abierto es que la permanencia de los niños en el grupo se asocia a su evolución, pudiendo necesitar más o menos tiempo de terapia. La desventaja es que si un niño entra en el grupo cuando lleva por Ej. 4 meses, se pierde las actividades programadas durante ese tiempo. Esto se puede solventar dedicando un tiempo cada día a recordatorio de lo visto en sesiones anteriores y procurando que no haya un goteo de pacientes que obligaría a hacer demasiados recordatorios, para ello se pueden ir dando altas y aceptar 2-3 niños a la vez en lugar de uno en uno.

Objetivos :

El programa se propone los siguientes objetivos:

- Favorecer y comprender la expresión del mundo emocional, desarrollando la empatía.
- Favorecer la comprensión y solución de los conflictos personales y familiares.
- Mejorar la competencia social de los niños, para que interactúen adecuadamente con las personas de su entorno.
- Mejorar la autoestima.

- Favorecer el comportamiento asertivo, adoptando actitudes de respeto, cooperación, participación e interés hacia las demás personas.
- Mejorar las habilidades de comunicación y resolución de problemas.
- Desarrollar el autocontrol
- Potenciar la creatividad.
- Mejorar la imagen corporal
- Aprender a utilizar la práctica de la relajación de manera autónoma

Encuadre

El encuadre es el contexto terapéutico y se divide en externo e interno. El encuadre externo define las condiciones temporo-espaciales y el interno las reglas que rigen la terapia y las técnicas utilizadas.

Encuadre externo:

Espacio

La terapia se lleva a cabo en una sala polivalente, equipada para trabajar con grupos, con colchonetas, cojines, sillas, una mesa plegable y espacio suficiente para desplazarse. Puntualmente se podrán realizar actividades al aire libre.

Tiempo

La duración de las sesiones es de 75-90 minutos semanales. El tiempo a emplear en cada uno de los bloques de trabajo será variable y se adaptará a las necesidades del grupo. La duración del grupo puede ser indefinida en el caso de los grupos abiertos, pues aunque los pacientes no sean los mismos, el grupo con su historia sigue siendo el mismo. Últimamente estamos realizando grupos en los que la periodicidad de las sesiones es de 3 semanas/mes para los grupos que se inician y una semana/mes para los grupos en los que ya se ha realizado un trabajo, han mejorado y se mantiene el grupo durante unos meses con esa frecuencia mensual hasta el alta.

Encuadre interno:

Las terapias de grupo se rigen por unas reglas comunes y otras específicas de cada tipo de terapia. En el tipo de terapia multimodal que realizamos utilizamos las siguientes reglas:

- a) *Regla de la confidencialidad:* lo que se habla o hace en el grupo no se puede comentar fuera. Esto es necesario para proteger la intimidad de los miembros y crear un clima de seguridad. La confidencialidad tiene un límite para los terapeutas: las situaciones de peligro o revelaciones importantes para la salud del paciente (auto o hetero-agresión, acoso,

- abuso...). En esos casos se le explica al paciente la gravedad de la situación y la necesidad de comentarlo con los padres.
- b) *Regla de la restitución*: lo que se comenta fuera de la sesión con otros miembros del grupo, debe ser restituido al grupo.
 - c) *Regla de la responsabilidad*: los terapeutas proponen actividades y explican a los pacientes que no están obligados a forzar una situación que les resulte difícil. Si no pueden seguir, lo dicen y se interrumpe lo que estaban haciendo. Esta regla se usa en los grupos de adultos para señalar que pueden seguir hasta donde ellos quieran en el desarrollo de un ejercicio, el terapeuta no forzará más allá y el paciente se responsabiliza de hasta donde quiere llegar. Con los niños lo de "responsabilidad" suena algo excesivo pues no tienen la experiencia y el criterio de un adulto, pero es conveniente decirles que no se les va a forzar a seguir un ejercicio que les angustia y que se les preguntará si prefieren seguir o parar. De todas formas incluso con los adultos el terapeuta parará un ejercicio si ve que no es bueno para el paciente seguir, aunque lo desee.
 - d) *Reglas de convivencia en el grupo*: 1. Se respetarán los turnos de palabra, 2. El contacto físico-agresivo está prohibido, 3. Respetar a los demás: sus opiniones, aspecto físico y dificultades, 4. Pedir permiso para salir de la sala, 5. Cuidar el material, 6. Seguir las pautas propuestas por los terapeutas, 7. En caso de infracción se analizarán las causas en grupo y se podrá llegar a penalizar, de un modo gradual: expulsión de la sala durante 5 minutos, expulsión el resto de la sesión, avisar a sus padres, no podrá asistir a la próxima sesión (el tratamiento es voluntario, si el niño no quiere acudir al grupo no se le obliga), si hay más de tres ausencias injustificadas se le expulsa del grupo. Estas reglas las ponemos en cartulinas pegadas en la pared con el fin de que el que incumpla alguna la lea para tomar conciencia de en qué no está actuando correctamente. Si no sabe discriminar en que falla, se les pregunta a los otros niños.
 - e) *Técnicas*: Como hemos comentado al principio las técnicas utilizadas pertenecen a diferentes modelos psicoterapéuticos y los materiales utilizados son de diferente índole: balones, raquetas, papel, cartulina, pegamento, tijeras, pajitas, palos (depresores), lápices, ceras, temperas, saco de boxeo, viñetas, cuentos, películas, fotos, etc.

Proceso terapéutico:

Al inicio de la terapia grupal, se seguirán una serie de pasos generales, que van a ser considerados requisitos básicos para el conocimiento y la cohesión de los miembros del grupo: a) saludo, b) presentación de los terapeutas, c) presentación de los niños: nombre, edad, aficiones, intereses, estudios, composición familiar, problemas, y d) explicación del encuadre: objetivos, normas y pautas de trabajo en el grupo.

El proceso de la terapia grupal se va desarrollando a través de diferentes bloques: 1. Presentación y conocimiento. 2. Creando cohesión grupal. 3. El cuerpo: psicomotricidad, expresión e imagen corporal. 4. Expresión emocional

y empatía. 5. Entrenamiento en Habilidades Sociales Básicas (HHSS). 6. Asertividad. 7. Autoestima. 8. Actividades de autocontrol. 9. Estimulación cognitiva. 10. Interacción con el género opuesto. 11. Relaciones Grupales: a) Tomar decisiones, b) Interacciones de grupo, c) Resolución de conflictos, d) Cooperativas, e) Creatividad. 12. Relaciones familiares y 13. Relajación y técnicas de fortalecimiento del yo.

En el curso del proceso terapéutico se realizan fiestas en la Unidad antes de las vacaciones de verano. Suelen durar una mañana y en ellas se invita a padres y pacientes y se organizan juegos en los que participan niños, padres y equipo. Los juegos favorecen la interacción entre familias y potencian lo lúdico en las relaciones padres-niños.

Al final de la terapia se trabaja el duelo y se hace un reconocimiento al trabajo realizado por padres y niños.

Un ejemplo.

En el curso de una sesión se propone el juego del pañuelo: los niños forman 2 grupos que se sitúan en dos lados de la sala, un coordinador sujeta un pañuelo y un miembro de cada equipo debe correr para cogerlo y llevarlo a su lado.

Se inicia el juego y Juan se lleva el pañuelo, al llegar a su lado su equipo lo aclama y el mira con cierta chulería al derrotado, Pedro. Este se abalanza sobre Juan y le golpea. Los coordinadores los separan. Pedro llora de rabia y Juan de dolor por el golpe. Se le invita a Pedro ha salir de la sala hasta que se calme, le acompaña un terapeuta, con el que hablará de qué le ha pasado.

Nos sentamos en círculo y hacemos una ronda de opiniones y vivencias sobre ese hecho. Se señala la cartulina donde están escritas las normas del grupo y se pregunta a los niños quién ha incumplido normas y cuales. Comentan Pedro ha fallado en la 2, el contacto físico-agresivo está prohibido, y Juan en la 3, respetar a los demás: sus opiniones, aspecto físico y dificultades, en este caso al perder. Pedro vuelve al rato.

Se pregunta al grupo sobre qué creen que deberían hacer los dos. Unos plantean que Juan debería pegar a Pedro, otros que es normal que Pedro le atacara pues le despreció al ganarle, otros que no hay que burlar ni pegar.

Formamos un tribunal: Juez, fiscal, abogados, y jurado, Juan y Pedro eligen abogado, el resto del grupo eligen al juez y al fiscal. Los acusados preparan la defensa con sus abogados. Se abre el juicio, debaten y argumentan, el jurado escucha y a veces opina, el juez les llama al orden. Al acabar las exposiciones y haber intervenido el fiscal, el juez pide al jurado su veredicto. Los dos hicieron mal, Juan despreció con el gesto a Pedro y este actuó como un dragón agrediendo. Deberían pedirse perdón. Los dos merecen castigo, como la respuesta de Pedro fue más dañina y desproporcionada merece un castigo mayor. Fin de la dramatización.

Todos en círculo. Se comenta el por qué del desprecio de Juan, por qué el ganador necesita humillar con su desprecio al que ha perdido. Juan comenta que otro día Pedro le hizo burla, quizás fue un pequeña venganza. Pedro se defiende diciendo que Juan es un chulo, más tarde dice llorando que siempre pierde a todo, que es muy torpe y se burlan de él en el colegio. Otros niños comentan que les pasa lo mismo y optan por callarse o pegar a niños más pequeños. El clima emocional del grupo se vuelve abatido y triste, hablan del rechazo, la rabia, la pena, la soledad, sus dificultades. Hablamos de diferentes situaciones en las que les han sucedido situaciones semejantes.

Les preguntamos, por los tres estilos de respuesta: agresivo (dragón), inhibido (ratón) y asertivo (persona) y cómo han actuado en las diferentes situaciones. Ventajas e inconvenientes de cada respuesta.

Proponemos unas dramatizaciones en las que, ante situaciones semejantes, actúan con los tres estilos de respuesta. Después de varias representaciones breves se vuelve a hablar de cómo se han sentido, y cómo creen que se ha sentido el otro. Ensayamos respuesta asertivas.

El grupo está bastante “cargado” emocionalmente, comienzan a enredar, a no hacer caso a las indicaciones, les decimos que se han portado muy bien, pero que están tensos y que quizás no saben muy bien qué hacer con la tensión que sienten. Les proponemos ejercicios de autoexpresión (bioenergética), por parejas, uno frente al otro de rodillas encima de una colchoneta, el de la izquierda mira con odio al otro y golpea la colchoneta con fuerza y gritando, el otro observa quieto. Luego al revés. Al final, agotados, uno se tumba boca abajo y el otro, orientado por los coordinadores, le da masaje en la espalda. Cambio de roles. Les proponemos a Juan y Pedro que hagan el ejercicio juntos, pero no quieren, otro día será.

Al final de la sesión comentamos que como las dos infracciones no pueden quedar sin castigo, Juan deberá salir de la sala 5 minutos y Pedro no podrá venir la próxima sesión y se comunicará a los padres la razón. Pedro se enfada, se le dice que entendemos que su ataque haya sido con motivos, y los entendemos, pero en el grupo no se pueden permitir agresiones y todos tienen que ver que nadie puede quedar impune.

Conclusiones

El trabajo grupal permite crear un contexto de socialización en el que tiene cabida, muchas veces a través del juego, la expresión de conflictos cotidianos de los niños en un ambiente de seguridad en el que se puede hablar para entender sus sentimientos, el por qué de sus conductas, y ensayar alternativas más sanas de interacción. Al estar en diferentes roles: protagonista, antagonista y coro, aprenden a observar, actuar y reflexionar, de manera que puedan irse conociendo, poniéndose en el lugar del otro y ampliar su repertorio de conductas desde el autoconocimiento y el respeto.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). Masson, Barcelona, 2002.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. New York. Prentice hall.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. Prentice Hill.

Bandura, A. (1983). Psychological mechanisms of aggression. En R. G. & E. I. Donnerstein (Eds.) *Aggression: Theoretical and empirical reviews*. New York. Academic Press.

Gómez-Jarabo, V. (1999). *Violencia: antítesis de la agresión*. Valencia. Promolibro.