

## *Diez años de psicología clínica infantil y de adultos en un centro privado*

*M<sup>a</sup> Pilar BERZOSA GRANDE*

*M<sup>a</sup> Paz RINCONADA LORENZO*

*Centro Psicológico Intelecto. Jerez de la Frontera.(Cádiz)*

### *Resumen*

En el presente artículo se muestra el resultado de diez años de trabajo en psicología clínica infantil y de adultos en un centro privado desde una perspectiva descriptiva. Hemos destacado desde el principio el crecimiento de la actividad y la aceptación por parte de los usuarios de la necesidad de atención psicológica. Este proceso lo hemos vivenciado y, echando la vista atrás, planteamos este estudio con el objetivo de determinar la evolución de nuestro trabajo tanto en las técnicas como en los resultados obtenidos. Exponemos aquí el análisis de los datos conseguidos de los 595 sujetos que hemos introducido en el estudio, cuyos resultados indican que el proceso terapéutico llevado es satisfactorio.

*Palabras clave:* psicología clínica, práctica privada, infantil, adultos, estudio descriptivo, atención psicológica.

### *Abstract*

In this article shows the result of ten years of work in clinical psychology for children and adults from a narrative perspective. We have stressed from the beginning, the growth in activity and acceptance by users of the need for psychological care. This process we have experienced and looking back we raised this study to determine the evolution of our work, both in techniques and in the results. We describe here the analysis of data obtained from the 595 subjects who have entered into the study, whose results indicate that the therapeutic process is carried satisfactory.

*Key words:* Clinical Psychology, Private Practice, Children, Adults, Descriptive Study, Psychological Care.

---

*Dirección de las autoras:* Centro Psicológico Intelecto. Urb. El Almendral, Bloque 4, 3º A. 11407 Jerez de la Frontera (Cádiz). *Correos electrónicos:* mpberzosa@centrointelecto.com, mprinconada@centrointelecto.com

Han colaborado en este estudio Patricia Benítez Valle, Ángela Fernández Muñoz-Torrero, M<sup>a</sup> Dolores González García, Raquel Núñez Real y M<sup>a</sup> José Santamaría Ruiz-Mateos.

*Recibido:* marzo 2009. *Aceptado:* octubre de 2009

El estudio que se expone a continuación es un análisis descriptivo y detallado de la evolución de la terapia psicológica y las características de los casos atendidos en un centro privado durante 16 años de actividad.

El centro se funda en 1990 con la perspectiva metodológica sistémica, influenciado especialmente por el profesor Ríos González, considerado el padre de la Terapia Familiar en España (Ríos González, 1996), la Escuela de Milán (Berzosa, 2003), la Ecología del Desarrollo Humano (Bronfenbrenner, 1987), la Teoría de los Sistemas (Bertalanffy, 1976) y la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1967).

Desde el inicio se evita adoptar un enfoque excluyente, de modo que la práctica clínica se va enriqueciendo con la formación en terapia cognitiva-conductual (Vallejo y col, 1993). Los resultados obtenidos con la terapia breve que utilizamos nos confirman las ventajas de optar por una perspectiva global (Muñiz, 2004).

La integración de nuevos componentes en el equipo y la evolución personal y técnica van dando a *Intelecto* un cariz cada vez más ecléctico, en el que la formación continuada hace recurrir a diferentes constructos teóricos para poder ejercer la actividad en general y la clínica en particular. Así, en el área de la psicología clínica infantil se utilizan estrategias diagnósticas proyectivas, en especial con niños pequeños, por entender que son las más eficaces para obtener información sobre sus problemáticas. De la misma manera, se puede conjugar el tratamiento con técnicas conductuales (registros, economías de fichas, etc) y cognitivas. Lo mismo podíamos decir en cómo se conjugan técnicas cognitivas en adultos con técnicas conductuales, como la nueva Terapia de Aceptación y Compromiso (Wil-

son y Luciano, 2002) técnicas basadas en la Gestalt, técnicas relacionales y sistémicas (Selvini, 1988; Prata, 1990; Ochoa de Alda, 2000).

Tanto en infantil como en adultos, el enfoque global del Centro incluye alternar tratamientos individuales con los grupales, ser flexibles de manera constante por lo que si a lo largo de una intervención individual se establece la necesidad de un tratamiento de pareja, se plantea durante las sesiones necesarias, teniendo en cuenta un enfoque breve en el tratamiento (Deshazer, 1987). Lo mismo sucede al contrario, si en medio de la terapia de familia o de pareja se observa que si uno de los miembros ha de tener unas sesiones a solas, se le da la oportunidad. La ventaja de esta flexibilidad es muy elevada y el beneficio directo está en el número de altas y en la satisfacción de los clientes. El terapeuta tiene que tener la habilidad de estimular la expresión de las situaciones conflictivas y a la vez ser partidario de esta misma expresión para que los conflictos puedan resolverse entre quienes los crearon. Esto conlleva que sea un conductor del proceso, ayudando a unos y a otros y a la espontánea expresión de los afectos; con esta actitud se colabora en el enfoque global del que nos referimos (Canevaro, 2004).

Desde 1990 hasta la actualidad *Intelecto* se ha consolidado. Se fundó cuando la oferta de atención psicológica en Jerez de la Frontera era muy limitada. Desde entonces se han abierto otros muchos centros que ofrecen servicios de atención psicológica. *Intelecto* no sólo ha sobrevivido a esa competencia, mantiene incluso muy buenas relaciones con muchos de estos nuevos centros (se comparten, se derivan casos y se entiende que esta competencia es positiva para que haya una mayor posibilidad de tratamiento en la población).

El tener constituido un equipo y no trabajar sólo facilita la supervivencia de nuestro Centro y aumenta la calidad en diferentes sentidos: aumento del trabajo especializado (cada profesional abarca un sector concreto) aumento de la calidad al poder compartir y elaborar análisis clínicos en grupo, garantiza la flexibilidad técnica de la que antes se hablaba, posibilita la apertura con ámbitos externos al Centro tanto públicos como privados (hospitales, colegios, ayuntamiento, universidades, etc.). Además de todo esto, gracias a tener un equipo se ha podido crear un departamento de estudio e investigación, donde los alumnos en prácticas de las Universidades con las que colaboramos (UNED y UCA) aprenden y ayudan a mejorar nuestra labor clínica y a divulgar los conocimientos que vamos adquiriendo. Esto no hubiera sido posible sin contar con este grupo humano. Éste es nuestro segundo estudio; el anterior se dedicó a analizar el trabajo de la terapia familiar y de pareja a lo largo de una década (Berzosa y col., 2006).

### **Objetivo**

El objetivo del presente estudio es un análisis descriptivo en relación a la práctica de la psicología clínica de adultos y menores a lo largo de 16 años (1990-2007). Se pretende extraer conclusiones sobre los usuarios, el proceso de evaluación, de intervención y los resultados obtenidos en la muestra seleccionada.

La descripción de los expedientes supone observar cómo ha ido evolucionando la intervención terapéutica y aumentando el número de casos tratados.

Queremos aprender y tener una visión global y lo más objetiva posible de cómo un terapeuta inicia su actividad y cómo la va mejorando a lo largo del tiempo y con la práctica.

No podemos considerarlo como un estudio de satisfacción con la terapia psicológica ni de valoración de la efectividad de las distintas técnicas, sino una descripción del trabajo realizado durante el intervalo analizado y sobre 595 pacientes.

### **Método**

#### ***Muestra***

La muestra ha sido seleccionada siguiendo un orden temporal, cogiendo los expedientes desde el 1 de enero de 1990 hasta 31 de diciembre de 2006. En este proceso se han eliminado aquellos casos que sólo acudieron a una primera entrevista y no iniciaron terapia, los que necesitaban terapia educativa (se remitieron al profesional correspondiente) y los que eran susceptibles de terapia familiar o de pareja. Se eliminan por este motivo 43 casos de terapia Infantil, 96 de terapia de adultos.

La muestra ha estado compuesta por 595 casos, de los cuales 282 han sido del Área de Psicología Clínica Infantil (se considera partícipe de esta especialidad todos los usuarios hasta los 21 años) y 313 del Área de Psicología Clínica de Adultos. La figura 1 muestra la distribución de ambas poblaciones por sexos.

Tal y como puede verse, entre los adultos la cantidad de mujeres que acude a la consulta es bastante mayor que la de los hombres, constituyendo un 67,09% del total frente a un 32,9%, en tanto que en el caso de infantil hay un mayor equilibrio: un 52,1% de usuarios varones y un 47,8% de sexo femenino.

#### ***Procedimiento***

El análisis se ha realizado revisando cada uno de los expedientes de la muestra,

resumiendo los datos y extrayendo la información relevante para el artículo que se va a detallar más abajo.

Los resultados del trabajo han sido obtenidos mediante un análisis descriptivo de la muestra y los cálculos fueron realizados usando una hoja de cálculo del programa informático Excel 2003.

## Resultados

### *Descripción general de los casos atendidos*

La tabla 1 presenta los indicadores descriptivos de la atención prestada a los 595 usuarios cuyos casos cumplían con el criterio de ser intervenciones de psicología clínica (aun cuando, como se verá más adelante, en ocasiones los motivos de consulta -en especial en población infantil- pueden tener que ver con el contexto académico).

Según los datos de esta tabla 1, se han invertido más sesiones para trabajar en el área infantil que en la de adultos, a la vez

que la frecuencia entre sesiones es más corta. Consideramos que esto está relacionado con la diferencia de usuarios. Es decir, los adultos necesitan más tiempo para poner en práctica ciertas estrategias y así comprobar sus avances sin una supervisión tan sistematizada como en los niños, que además, en la mayor parte de los casos, tienen que acudir junto o por separado de sus padres, lo que aumenta tanto la frecuencia como el número de sesiones. En ambas especialidades, la duración total media de la terapia no llega a seis meses (más adelante se analizarán los resultados).

### **Características de la población adulta atendida**

#### *Nivel educativo*

Del total de la muestra hay 95 sujetos de los que se desconoce el nivel educativo; esto tiene que ver con la falta de sistematización de los datos en los 5 primeros años

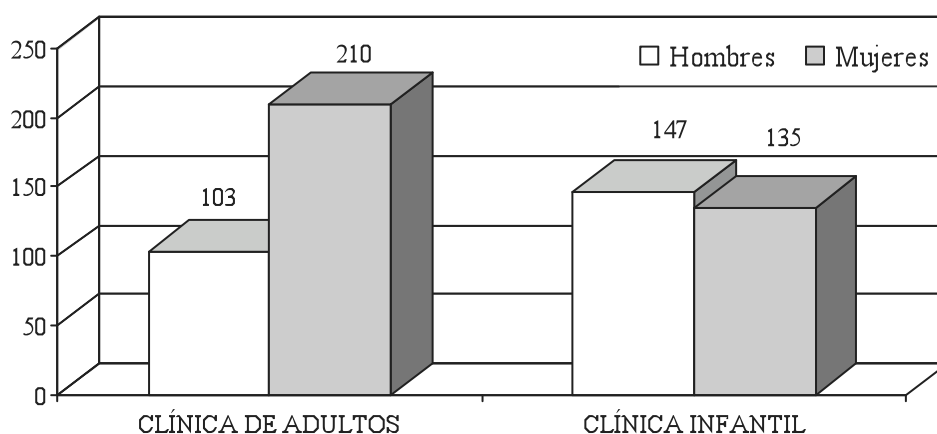


Figura 1. Distribución de la muestra según el tipo de atención requerida (clínica de adultos o clínica infantil) y el sexo de los pacientes.

de trabajo en el centro. Del resto, una gran mayoría tiene estudios secundarios o superiores (figura 2).

#### *Actividad profesional*

En esta variable sólo hay un 7,6% del total de casos de los que no consta su profesión (figura 3).

Las categorías profesionales se han establecido de la siguiente manera:

- Sin datos.
- Estudiantes.
- No cualificados: trabajadores no especializados, incluyendo las amas de casa.
- Trabajadores cualificados: obreros especializados, conserjes, arrendatarios, etc.
- Encargados: capataces, administrativos, contables, etc.
- Técnicos medios: oficiales del ejército, profesionales técnicos medios, jefes de departamento, agentes comerciales, etc.
- Directivos: empresarios, profesionales liberales, directores, jefes militares, etc.

El 25,5% se dedican a trabajos relacionados con la empresa en diferentes sectores, con un cargo medio y medio-alto. La muestra se dispersa de tal manera que hay

el mismo porcentaje de estudiantes que de administrativos o profesionales que habrán terminado unos estudios relacionados con la formación profesional (16,2%). Obreros especializados son el 14,05%; directores, empresarios y profesionales liberales se dan en un 11,8%. Los usuarios que no tenían especialización han sido 8,3%.

Según estos datos, en nuestra muestra un 53,6% del total tiene un nivel profesional medio y medio alto. El 46,3% corresponde a los demás grupos. Con esto vemos que la atención psicológica privada no es exclusiva de grupos profesionales excesivamente cualificados y que hay una dispersión poblacional, siendo un recurso al que cada vez acuden personas de todos los niveles profesionales.

#### *Características de la población infantil atendida*

##### *Nivel educativo cursado en el momento de la atención*

Tal como muestra la figura 4, el 43,6% de la muestra estudiaba Primaria. Según mostraba la tabla 1, la media de edad de los pacientes infantiles es de 12 años, lo que se correspondería con 6º de Primaria. El 21,9% estudia secundaria. Del total de pacientes atendidos, un 10,6% estaban en

*Tabla 1.* Indicadores descriptivos del conjunto de la muestra, diferenciando entre los pacientes adultos y los del área infantil.

	ADULTOS	INFANTIL
Número de casos analizados	313	282
Edad media del paciente	34'57	12
Duración media de la terapia (en días)	116'9	126
Número de sesiones medias realizadas	6'65	9
Frecuencia del periodo intersesiones (en días)	15	7

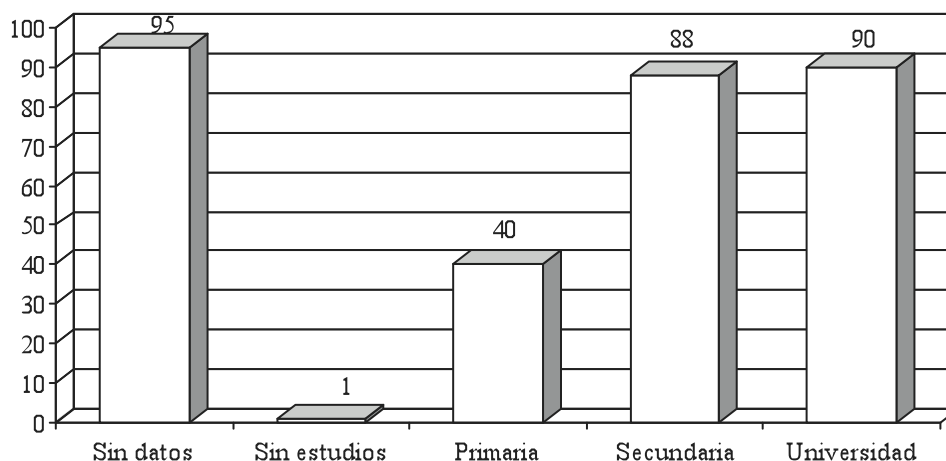


Figura 2. Nivel de estudios de los pacientes adultos.

Educación Infantil, un 65,5% cursaba niveles equivalentes a la actual escolaridad obligatoria y un 20,2% cursaba etapas postobligatorias (Bachillerato, Formación Profesional y Universidad, aunque el grueso de los estudiantes universitarios que acudieron a consulta lo hicieron en clínica de adultos.

### **Motivo de consulta**

Los motivos por los que los clientes llegaron al centro se han ordenado según la frecuencia, de mayor a menor. Se han delimitado los motivos de consulta para facilitar la descripción, sin embargo, en la práctica se suelen dar de forma combinada o se atienden por un motivo inicial, derivando a otros motivos posteriormente.

### *Motivos de consulta de psicología clínica de adultos*

Como revelan los datos de la tabla 2, hay una notable demanda por motivos de

trastorno de ansiedad (fobias específicas, agorafobias, crisis de angustia, fobia social, ansiedad generalizada, etc.) con un 34'5 %. Dentro de esta categoría hemos incluido los TOC (Trastornos Obsesivos-Compulsivos) ateniéndonos a la clasificación del DSM-IV-TR.

En segundo lugar están los problemas que a las personas le generan los conflictos de pareja (infidelidad, dependencia emocional, insatisfacción en la relación, etc.) con un 18'85%. Con estos usuarios se hace una intervención individual porque la situación que tenían así lo requería o no era posible contar con la pareja. En cuanto a los trastornos del estado de ánimo (depresión, estados disfóricos o ciclotímicos, etc) se trabaja en un 16'29 % con respecto al total. Un 3,19% mezclan síntomas de los trastornos de ansiedad y estado de ánimo, constituyendo el grupo de los trastornos mixtos. El resto de los trastornos son dispersos, tal y como puede observarse.

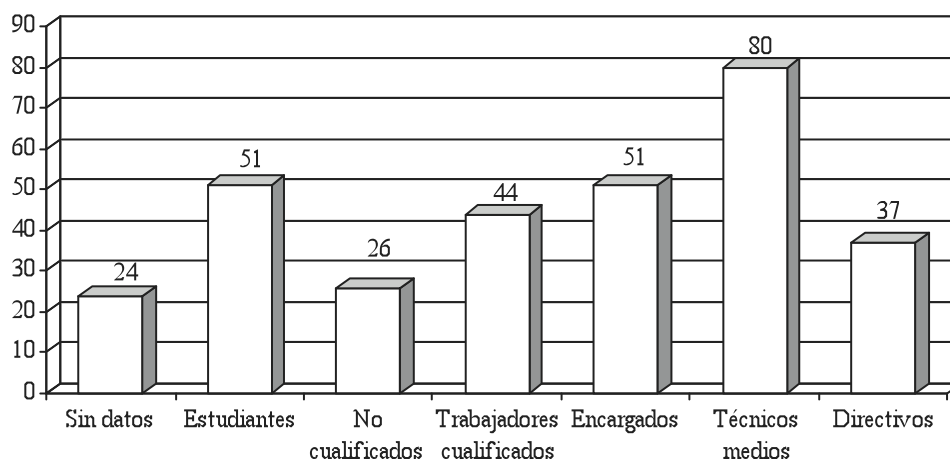


Figura 3. Actividad profesional de los pacientes adultos.

Tabla 2. Motivos de consulta de los pacientes adultos.

Motivo de consulta	Nº de usuarios
Trastorno de ansiedad	108
Problemas de pareja	59
Trastornos del estado de ánimo	51
Trastornos de alimentación	17
Problemas familiares	11
Trastornos mixtos	10
Trast. de control de impulsos	10
Problemas laborales	8
Trastornos de personalidad	7
Trast. por abuso de sustancias	6
Trast. por pérdidas (Duelos)	5
Disfunciones sexuales	5
Evaluaciones	4
Trast. Emoc. por enferm. crónica	3
Trastornos psicóticos	2
Trastornos adaptativos	1
Problemas de estudios	1
Otros	5
Total	313

### Motivos de consulta de psicología clínica de infantil

Tal y como puede verse en la tabla 3, en el caso del área de infantil no hay un dato demasiado destacado. El 21,6% corresponde a trastornos asociados a la ansiedad, como en caso del área de adultos. Por lo que entre los dos tendríamos que un 28,4% de la muestra general (595 sujetos) acuden a consulta por este tipo de trastornos.

Los trastornos de conducta infantil (agresividad, indisciplina, desobediencia, etc.) constituyen un 18% del total de los casos.

Hay un 10% que acuden para ser evaluados por diferentes motivos, que se han asociado al tratamiento clínico por tener síntomas propios de esta especialidad (al igual que en el caso del fracaso escolar, con un 10% de asistencia) aun cuando su demanda pudiera estar dentro de otro departamento (psicología educativa, por ejemplo). Tras las evaluaciones se ha podido hacer intervención o no.

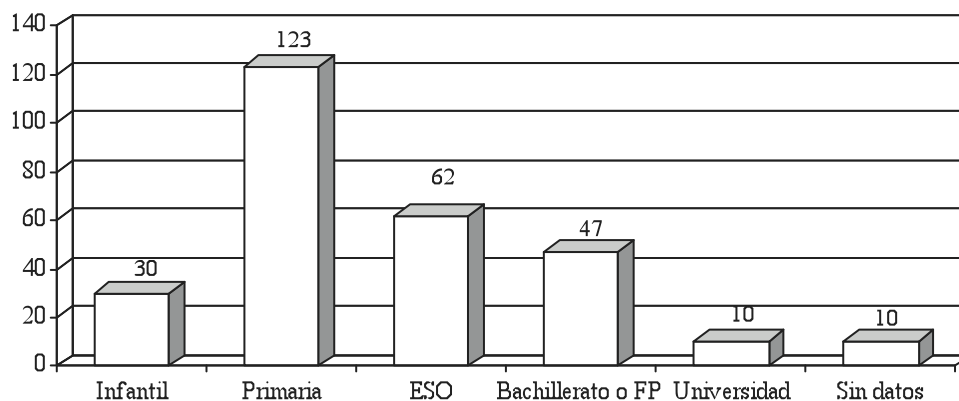


Figura 4. Etapa de escolarización de los pacientes infantiles.

En la infancia, el 8,8% de asistencia se demandó por problemática en las relaciones sociales, mientras que los trastornos del estado del ánimo constituyeron el 8,5%. El 4,9% de la muestra está relacionado con problemas familiares, que no tienen cabida en el área de terapia familiar. Los demás trastornos se dispersan en diferentes áreas relacionadas con los hábitos, celos y otras problemáticas.

Tabla 3. Motivos de consulta de los pacientes de clínica infantil.

Motivo de consulta	Nº de usuarios
Trastorno de ansiedad infantil	61
Trastornos de conducta	51
Evaluaciones	38
Fracaso escolar	30
Problemas de HHSS	25
Trastornos del estado de ánimo	24
Problemas familiares	14
Trastornos de alimentación	11
Trastornos del sueño	8
Trast. del control de esfínteres	6
Trastornos del desarrollo	4
Celotipia	4
Problemas de sexualidad	4
Otros	2
Total	282

### Técnicas de evaluación

La tabla 4 muestra los instrumentos utilizados en la detección, evaluación y registro de las conductas, pensamientos o emociones que constituyen el ámbito de intervención en la terapia clínica, tanto de adultos como de infantil. Algunas son estandarizadas y otras se han modificado de alguna preexistente o se han creado nuevas, para adaptarlo a las características de los pacientes y de los problemas que había que atender.

El objetivo a la hora de evaluar no es llegar a un diagnóstico, sino explorar los síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales que el paciente presenta para establecer los objetivos de intervención y hacer más efectiva la terapia. Los criterios diagnósticos se utilizan en la comunicación con otros profesionales de la salud para una mejor interacción.

### Estrategias y técnicas de intervención

La intervención en la psicología clínica tiene unas características que la diferencian de otros contextos de trabajo (el educativo,



el socio-comunitario, etc.) y por tanto, los terapeutas clínicos requieren de unas habilidades específicas.

Desde nuestra experiencia, se considera fundamental tener un conocimiento teórico, metodológico y técnico de las terapias aplicadas y de las otras áreas de la psicología para poder entender al individuo en su globalidad. A su vez es importante saber extrapolar estos contenidos teóricos de manera efectiva al contexto clínico y al paciente concreto, conociendo nuestras limitaciones y el momento en que es necesario remitir al paciente a otro profesional. Así, el terapeuta ha de ser flexible para poder adaptarse a las expectativas y características propias de los individuos y sus problemáticas.

En nuestra práctica diaria, la experiencia generada a través de los constructos teóricos, la volcamos en generar nuevos instrumentos y estrategias, de forma que haya una retroalimentación constante entre práctica y teoría.

La intervención terapéutica, por tanto es diferente si abordamos el trabajo con adultos o con niños/as, tal y como se va a explicar a continuación.

#### *Protocolo de intervención general*

1. Solicitud telefónica de asistencia a terapia. En el caso de adultos, suele ser el propio individuo quien lo realiza. En infantil, será la madre la persona que más demanda hace.
2. Recepción del paciente, quien realiza un cuestionario breve sobre sus datos personales antes de pasar a consulta. En el caso de infantil, lo hará el adulto que acompañe al niño.
3. En la primera sesión, que aproximadamente dura una hora y media, se inicia la evaluación de la problemática, siguiendo un patrón estándar, aunque

flexible, tal y como hemos explicado arriba. Se hace un análisis extenso y en la última parte de sesión se hace la devolución. Con esto nos referimos a que explicamos al paciente cual es su situación y el por qué del mantenimiento de conductas y cogniciones que están generando un estado emocional negativo. Si la demanda es muy urgente, se trabaja de manera intensa en este primer contacto, mandando el Análisis Funcional para casa.

Es objeto de este momento es indicar unas primeras orientaciones que motiven a la persona para empezar a trabajar sobre su mejora.

4. La evaluación continuará de forma paralela a la intervención en las siguientes sesiones, las cuales se irán modificando en función de las hipótesis y progresos del paciente.
5. El terapeuta al final de la primera sesión, establece en esos momentos unas hipótesis que intentará validar con la intervención y los resultados de ésta.

#### *Intervención en psicología de adultos*

*Técnicas de operativización, psicoeducación y motivación.* Con estas tareas se pretende esclarecer al paciente cual es su problema, hacer que lo conozca y se eliminen las creencias erróneas sobre la génesis o el mantenimiento. El conocimiento de la problemática y la certeza de que es un problema estudiado y por tanto, no son ellos los únicos que lo padecen, es un aval para la motivación y el avance en los resultados.

Se promueve el asesoramiento a los familiares que estén implicados en el proceso terapéutico del paciente identificado. En el caso de los sujetos mayores de edad, siempre que exista su consentimiento.

Tabla 4. Técnicas de evaluación utilizadas.

	<i>En clínica de adultos</i>	<i>En clínica infantil</i>
<i>Para el análisis inicial y global:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesis</li> <li>- Análisis Funcional (extenso y abreviado)</li> <li>- Entrevista familiar circular</li> <li>- Genograma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista Evolutiva Infantil</li> <li>- Entrevista familiar circular</li> <li>- Genograma</li> </ul>
<i>Para profundizar en el análisis de los síntomas emocionales, cognitivos, conductuales, de personalidad e inteligencia.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario Multidimensional de Personalidad Millon II y Millon III. (Millon, 2004)</li> <li>- Cuestionario de Personalidad CEP. (Pinillos, 1988)</li> <li>- Cuestionario de Conducta de Enfermedad IBQ (Pilowsky y Spence, 1988)</li> <li>- Cuestionario Tetradimensional para la depresión (Alonso-Fernandez, 1998)</li> <li>- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberg y col, 1997)</li> <li>- Escala de Habilidades Sociales (Gismero Gonzales, 2000)</li> <li>- Cuestionario de asertividad.</li> <li>- Cuestionario de Juego patológico</li> <li>- Cuestionario de Sobrepeso</li> <li>- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (Miguel Tobal, 1988)</li> <li>- Cuestionario de mejoría clínica</li> <li>- Cuestionario de Inteligencia General Factorial (IGF) (Yuste Hernando, 1995)</li> <li>- Cuestionario de Habilidades de Estudio y trabajo intelectual (CETI) (Yuste, 87)</li> <li>- Exploración de autoconcepto PCC (Pensamiento circular concéntrico) (Salas y Herández, 1998)</li> <li>- Test Guestáltico Visomotor Bender (Bender, 1997)</li> <li>- Test del Árbol (Koch, 1962)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de Adaptación Autoevaluativo Multifactorial TAMAI (Hernández, 2002)</li> <li>- Inventario Clínico para adolescentes de Millon MACI (Millon, 2004)</li> <li>- Cuestionario de Autoconcepto AFA (Musitu y Col. 1991)</li> <li>- Cuestionario de Depresión CDS (Lang, 1994)</li> <li>- Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS (Gillis, 1989)</li> <li>- Cuestionario de Preferencias Profesionales. (Yuste, 1993)</li> <li>- Exploración de Habilidades Sociales</li> <li>- Inventario de Aserción de Lazarus (Lazarus, 1980)</li> <li>- Test Guestáltico Visomotor Bender (Bender, 1997)</li> <li>- Exploración de autoconcepto PCC (Salas y Hernández, 1998)</li> <li>- Test del Árbol (Koch, 1962)</li> <li>- Test de la familia de Corman (Corman, 1980)</li> <li>- Fabulas de Düss (Düss, 1980)</li> </ul>

Con respecto a las técnicas motivacionales se pretende un cambio de actitud en el paciente que viene de otros tratamientos que no han funcionado o con baja expectativa con respecto a la solución de su problema. Las técnicas más utilizadas están basadas en el refuerzo positivo por la decisión personal al cambio, al afrontamiento y a los logros que se van consiguiendo.

Por último, dentro de estas estrategias se utiliza la *biblioterapia* como un recurso frecuente y que ha ido en aumento por el buen resultado tanto en la aceptación de los usuarios como en la eficacia para promover el cambio.

*Técnicas de relajación.* Permiten por parte del individuo controlar el nivel de activación. Se ha considerado adecuado en el manejo de situaciones asociadas a problemas de ansiedad, disfunciones sexuales, problemas de control de impulsos, bloqueos etc. Los procedimientos usados han sido: Relajación de respiración, Relajación muscular progresiva de Jacobson (1938), Entrenamiento autógeno (autosugestiones), Visualización o relajación en imaginación, Relajación profunda con sugestiones, Musicoterapia y Autorregistro de sensaciones de relajación.

*Técnicas cognitivas.* El objetivo de estas técnicas es la modificación de los pensamientos que están debajo de las disfunciones psicológicas. Se pretende con ellas, parar, modificar, sustituir o aceptar algunas de las cogniciones que generan malestar en los problemas presentados. Se muestran útiles en los trastornos de ansiedad, afectivos, disfunciones sexuales, autocontrol y relacionales. Las más usadas: Autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977), Autorrefuerzo, Reestructuración cognitiva, Inoculación de estrés para el control de conductas, Habi-

lidades de afrontamiento paliativo (Meichenbaum y Cameron, 1987), Desviación de la atención, Expresión adecuada de los Afectos, Escala subjetiva de ansiedad, Entrenamiento en cogniciones adaptativas, Parada de pensamiento, Pensamiento alternativo, Afrontamiento en imaginación-Imaginación controlada, Detección y modificación de creencias irracionales, Toma de decisiones, Intención paradójica, Técnicas para la solución de problemas. Dentro de este apartado incluimos también las *técnicas narrativas*: Recuerdo activo, Cambio de expectativa, Autorregistros de mejora, Autodescripción, Ejercicios para la autoaceptación, Autobiografía y diarios, Ejercicios a través de cartas para la aceptación de acontecimientos del pasado y Técnicas de vacío emocional.

*Técnicas de sugestión e hipnosis.* Pretenden mediante una serie de sugestiones generar un estado subjetivo en el que se alteren las percepciones y se modifiquen posteriormente las conductas o las cogniciones. En la medida en que conseguimos que la atención se centre en un aspecto, ciertos estímulos dejan de tener relevancia y se probabiliza el cambio perseguido. Realmente existe una similitud entre las técnicas de relajación profunda y las de hipnosis, en nuestra experiencia clínica, aunque entendemos que no son dos fenómenos reducibles. Las técnicas usadas son: Hipnosis para fomento de autoestima e Introspección.

*Técnicas para la modificación de la conducta.* Son procedimientos de intervención para aumentar o disminuir conductas observables. Se muestran eficaces en trastornos de ansiedad con evitación, como las fobias, agorafobias, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos del estado de ánimo,

trastornos de control de impulsos etc. Entre estas técnicas, hemos usado las siguientes: Ensayos de conducta, Programa de Habilidades sociales, Programa para la mejora de las disfunciones sexuales, Entrenamiento en habilidades de comunicación, Resolución de problemas, Técnicas de autocontrol de conducta, Programación de actividades, Entrenamiento asertivo, Exposición en imaginación, Exposición y autoexposición (vivo e imaginación), Exposición con prevención de respuesta, Autorregistro de conducta, Autorregistro de afrontamiento, Autorregistro de Habilidades Sociales, Autorregistro de hábitos (sueño, alimentación, ejercicio físico, etc.), Extinción de comportamientos, castigo y autocrítica, Entrenamiento para disminuir la focalización negativa, Técnicas de control de estímulos, Técnicas de *role playing*, Desensibilización sistemática y Estrategias de prevención y generalización de los cambios.

#### *Intervención en psicología infantil*

En general una vez que se ha realizado la primera entrevista, no se pasan pruebas diagnósticas cuando el motivo de consulta está asociado directamente a un problema clínico, en este caso se comienza la terapia y posteriormente, a medida que se reducen los síntomas principales que dieron lugar a la demanda se puede completar la intervención con la exploración de algún área en función de los objetivos.

En el caso que tras la primera evaluación se observe una afectación aguda, incluso susceptible de tratamiento farmacológico, en ese mismo día se pueden corroborar las hipótesis con alguna prueba clínica.

Al igual que en el caso de adultos, se utilizan, adaptadas a la edad del paciente identificado, a su entorno familiar y socio-

educativo, las *Técnicas de operativización, psicoeducación y motivación*. En este caso, el contacto con el profesorado y pediatras de los niños y adolescentes es muy fluido para coordinar el tratamiento. La atención a las familias en el caso de infantil es constante y prioritaria.

Con respecto a las *Técnicas de relajación y sugestión*, se utilizan los mismos procedimientos que en adultos con las siguientes modificaciones:

- En pacientes menores de 4 años, la relajación suele estar basada en la percepción de las sensaciones, utilizando para ello fundamentalmente la relajación muscular progresiva y el masaje en las extremidades superiores. El objetivo es que identifique sensaciones de bienestar y las generalice al resto del cuerpo.
- En pacientes de 5 a 8 años se usan las escenificaciones emotivas, es decir, escenas con personajes de ficción que les resultan familiares y les facilita la interiorización del cambio por modelo. También en esta edad se puede trabajar con visualizaciones en relajación profunda si antes se ha trabajado la imagen estando en estado de alerta.
- De los 9 en adelante la relajación dependerá del nivel de maduración adquirido por los niños y niñas, pudiendo establecerse grados profundos de relajación, siendo más fácil la sugestión.

*Técnicas cognitivas.* Registros de pensamiento, Autoconocimiento para la mejora de aspectos emocionales, Solución de problemas, Autoinstrucciones y Manejo de lenguaje interno. Dentro de las *narrativas* se utilizan fundamentalmente Diarios, Expresión de vivencias a través de dibujos y Autobiografías.

*Técnicas de modificación de conducta.*

Autocontrol, Registro de afrontamiento, Registros de mejora personal del paciente, Registro de mejora de los miembros de la familia, Contrato de conducta, *Time out*, Economía de fichas, Entrenamiento de control de hábitos (sueño, alimentación e higiene), Estimulación psicomotriz, Entrenamiento del lenguaje oral, Exposición y autoexposición, Extinción de conductas, Control de contingencias, Técnicas de deshabitación de sustancias tóxicas, Planificación de actividades, Control ambiental, Programa de habilidades sociales, Extinción de comportamientos, castigo y autocrítica, Entrenamiento para disminuir la focalización negativa, Técnicas de control de estímulos, Técnicas de *role playing*, Desensibilización sistemática, Estrategias de prevención y generalización de los cambios y Técnicas de trabajo intelectual.

*Técnicas de orientación familiar.* Estas técnicas complementan la intervención individual y están basadas en el modelo sistémico. Se pueden abordar directamente con toda la familia (en general hasta la tercera generación) o solo con los padres (en general con niños menores de 4 años). En general, nos referimos a las siguientes: Valoración de las conductas positivas que hace el niño o niña, Motivación hacia las nuevas conductas que se quieren conseguir, Fomento de la comunicación entre padres e hijos. Tanto en la forma como en el contenido, Pautas de disciplina eficaz para padres, Estrategias relacionales entre las que se destacan las lúdicas, Estrategias de concienciación de los padres como modelos de conducta, Orientaciones de prevención de la salud.

**Resultados de los tratamientos**

A continuación se van a exponer los resultados, tanto en el área de psicología de adultos como en el de psicología infantil, en relación con los dos objetivos siguientes: a) los motivos de finalización de la terapia y b) la relación entre los motivos de consulta y la manera de finalizar la terapia.

*Área de psicología de adultos*

*a) Motivos de finalización de la terapia*

La tabla 5 ilustra los motivos de finalización de las terapias seguidas con pacientes adultos. Como se puede observar, el 38,9% de los casos han sido dados de alta por el propio terapeuta. El 27,7% decidieron interrumpir la terapia por considerar que habían alcanzado los logros que necesitaban, aun cuando el criterio técnico del terapeuta no lo estimara así. De estos casos no hay un estudio pormenorizado de recaídas o mejoras estables. Sumando los dos supuestos, obtenemos un 66,7% de altas terapéuticas. Un 16,2% de los usuarios abandonaron el tratamiento sin explicación; en estos casos y por motivos éticos no se ha considerado oportuno hacer un seguimiento ni insistir, para evitar una imagen equivocada de nuestras intenciones, al ser un Centro privado. En el 7,3% de los casos se ha derivado a esos pacientes a otros profesionales diversos. Hay un 4,4% que acude sólo para ser evaluado y que no tiene interés en iniciar proceso terapéutico. Por último, sólo el 1,9% abandona la terapia por malestar con el proceso terapéutico y en un 0,9% de los casos se interrumpió el tratamiento por consideraciones éticas del terapeuta.

Tabla 5. Motivos de finalización de la terapia en casos de pacientes adultos.

<i>Motivo de finalización</i>	<i>Descripción del resultado</i>	<i>Nº de sujetos</i>
Sólo evaluación	No se inicia intervención	14
Alta terapéutica (total: 209)	Mejora diagnosticada por el terapeuta	122
	Solicitada por el paciente	87
Abandono (total: 64)	Deja de acudir sin explicación	51
	Por malestar con el proceso terapéutico	6
	Por motivos económicos	7
Interrupción terapia (total: 26)	Por criterios éticos del terapeuta	3
	Por remisión a otra área o especialista	23
Total de casos		313

*b) Relación entre motivos de consulta y la manera de finalizar la terapia*

La tabla 6 ilustra la relación entre los motivos de consulta y la manera de finalizar las terapias en los casos tratados en clínica de adultos. Ya vimos en el apartado de motivos que los trastornos de ansiedad suponen el porcentaje más elevado de todos los casos atendidos. El resultado terapéutico más destacado es el alta diagnosticada por el terapeuta, que en este caso es del 41,6%. Hay un 29,6% que considera que ha conseguido los objetivos y solicita el alta voluntaria. Si unimos los dos porcentajes, tenemos que un 71,2% de los usuarios de nuestro Centro en la categoría de los trastornos de ansiedad (la más demandada) tiene un alto grado de mejora. Con respecto a los problemas asociados a las relaciones de pareja, tenemos que el

32,2% tuvieron el alta diagnosticada por el terapeuta y el mismo porcentaje consideró que ya tenía solucionados sus dificultades. Es necesario indicar que las demandas analizadas en este bloque no se remitieron al área de terapia de pareja por varias cuestiones, entre ellas que la persona mantenía una serie de síntomas asociados (ansiedad, angustia, falta de autocontrol, etc.) que tenían que ser solucionados antes de ser abordados en la dinámica de pareja. En algunos casos la pareja se negaba a acudir. Aún así se remite un 18,6%. Los problemas del estado de ánimo se han terminado con alta terapéutica en el 45% de los casos. En este apartado es importante destacar el abandono sin explicación (el más alto de todos los grupos) y que supone el 19,6% del bloque. Esto puede estar influido por la dificultad de motivación que cursa como síntoma asociado a este tipo de trastorno. El resto de los motivos se dispersan en diferentes bloques (29% del total de casos). De estos el 40% se han zanjado con una alta terapéutica.

*Área de psicología infantil*

*a) Motivos de finalización de la terapia*

La tabla 7 muestra los motivos de finalización del tratamiento en los casos de los pacientes atendidos en la especialidad de psicología clínica infantil. El 45% del total de los casos cursa con alta terapéutica. El 18,7% corresponde a la solicitud de alta por parte de los pacientes, que sobre todo en este caso, los padres son los que observan la mejoría en función de la demanda que habían realizado. El 63,7% por tanto, han finalizado las intervenciones de manera satisfactoria. En esta especialidad el 16,3% sólo solicita una evaluación. Hay un 9,9%

de sujetos que abandonan sin explicación. El 6,38% se remite a otro profesional, que en este caso están relacionados con dos: el departamento de orientación familiar, por constatar que la intervención tiene que progresar desde esa línea, y el departamento de psicología educativa, por asociarse el

caso a una estimulación en esa dirección. Sólo un 1,7% deja de acudir por presentar malestar con el proceso terapéutico. Por motivos económicos del total, sólo se ha producido en un 1,4% y sólo en el 0,35% se interrumpió la terapia por motivos éticos del terapeuta.

Tabla 6. Relación entre motivos de consulta y la manera de finalizar la terapia en clínica de adultos. Las cifras expresan el número de casos en cada circunstancia.

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Finalización del tratamiento</b>							
	<i>Evaluación sin intervención</i>	<i>Alta dada por la terapeuta</i>	<i>Alta a petición del paciente</i>	<i>Abandono sin explicación</i>	<i>Abandono por malestar terapéutico</i>	<i>Abandono por motivos económicos</i>	<i>Finalización por razones éticas</i>	<i>Remisión a otro profesional</i>
<i>Trastornos de ansiedad</i>	5	45	32	15	3	1	-	7
<i>Probl. de relación de pareja</i>	1	19	19	7	-	1	1	11
<i>Trast. del estado de ánimo</i>	3	23	8	10	1	1	-	5
<i>Trastornos de alimentación</i>	-	8	7	1	1	-	-	-
<i>Probl. relaciones familiares</i>	-	4	4	3	-	-	-	-
<i>Trast. del control de impulsos</i>	1	3	2	3	1	1	2	-
<i>Trastornos mixtos</i>	1	3	4	-	-	1	-	1
<i>Problemas laborales</i>	-	4	3	1	-	-	-	-
<i>Trastornos de personalidad</i>	-	3	2	1	-	1	-	-
<i>Abuso de sustancias</i>	-	2	2	2	-	-	-	-
<i>Disfunciones sexuales</i>	-	3	1	-	-	-	-	1
<i>Pérdida-Duelo</i>	-	4	-	1	-	-	-	-
<i>Otras Evaluaciones</i>	4	-	-	-	-	-	-	-
<i>Enfermedad crónica</i>	-	-	1	2	-	-	-	-
<i>Trastornos psicóticos</i>	-	1	-	-	-	1	-	-
<i>Trastornos adaptativos</i>	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Otros trastornos</i>	-	2	1	2	-	1	-	-

Tabla 7. Motivos de finalización de la terapia en los casos de clínica infantil.

Motivo de finalización	Descripción del resultado	Nº de sujetos
Sólo evaluación	No se inicia intervención	46
Alta terapéutica (total: 180)	Mejora diagnosticada por el terapeuta	127
	Solicitada por el paciente	53
Abandono (total: 37)	Deja de acudir sin explicación	28
	Por malestar con el proceso terapéutico	5
	Por motivos económicos	4
Interrupción terapia (total: 19)	Por criterios éticos del terapeuta	1
	Por remisión a otra área o especialista	18
Total de casos		282

*b) Relación entre motivos de consulta y la manera de finalizar la terapia*

La tabla 8 resume la relación entre motivos de consulta y la manera de finalizar la terapia en la clínica infantil. Los trastornos de ansiedad, al igual que en el caso de la especialidad de psicología clínica de adultos conforman el espectro más solicitado. De estos, el 59% han finalizado con un alta terapéutica, suponiendo un alto nivel de satisfacción. El 21,3% solicitaron el alta. En conjunto estaríamos ante un 80,3% de sujetos en los que hay mejoría. Los trastornos de conducta cursan también con un buen resultado. El 45% de los casos son alta terapéutica y el 19,6% consideran solucionado su problema. En este caso se remite a otro profesional en un 13,7%. En el caso de esta especialidad hay más evaluaciones y en algunas de estas demandas sí hay

intervención a posteriori. Aquellas que no necesitaron o no quisieron terapia conforman e 65,7% de los casos. De los que sí iniciaron tratamiento, el 18,4% fueron alta terapéutica. Los fracasos escolares que se han atendido dentro de esta especialidad cursaban con afectación del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y trastornos del comportamiento. Estos casos no se han remitido directamente al departamento de psicología educativa porque en la primera entrevista se planteaba la hipótesis de que el fracaso podía ser consecuencia de los síntomas clínicos. Este hecho se corrobora en todos los casos atendidos. De ellos, el 36,6% es un alta terapéutica y el 26,6% alta voluntaria. Los problemas de habilidades sociales tienen un resultado también positivo. Un 40% son alta terapéutica y el 28% alta voluntaria. En los trastornos del estado de ánimo también la mitad de los usuarios son alta terapéutica (50%). La población de psicología clínica infantil demanda de manera menos dispersa que la de adultos. El 18,7% tiene otros problemas.

**Conclusiones**

Uno de los objetivos que habíamos planteado en el presente estudio era describir todo el proceso de intervención en psicología clínica, que tal y como se ha visto, está basado en *técnicas cognitivas, conductuales y sistémicas* que nos han propiciado abordar los casos con un nivel alto de eficacia en las dos áreas (Carrobbles, Costa, del Ser y Bartolomé, 1986; Andolfi, 1993). Esto no significa que consideremos que otras técnicas u otros modelos no son eficaces ya que el análisis que planteamos no es comparativo. Se ha partido de la experiencia y del estilo del terapeuta sin valorar a priori la eficacia. Los resultados globales indican que el grado de éxito en la intervención es alto.



Por otro lado, otra de las inquietudes que habíamos planteado era establecer el perfil del usuario de nuestro centro de una manera más sistemática, lo que nos ha servido para mejorar nuestro protocolo de actuación en cuanto a los historiales clínicos. Con respecto a estos datos los resultados nos muestran una diferencia con respecto a la variable sexo. Si bien en el área de adultos el porcentaje de mujeres es muy superior al de varones, en el área de infantil prácticamente están igualados y es ligeramente inferior el número de mujeres que acuden. Nos parece interesante que esto pueda suscitar posibles estudios

futuros que vayan en la dirección de confirmar si los niños tienen más problemas de conducta que las niñas, si es una cuestión cultural en adultos que la mujer tenga mayor tendencia a resolver sus problemas emocionales a través de nuestros servicios, o cómo aumentar que el hombre en el área adulta atienda sus necesidades emocionales con más naturalidad.

El estudio de las problemáticas estudiadas en ambas áreas arroja resultados similares en cuanto a los trastornos más atendidos que en mayor porcentaje están relacionados con la ansiedad. En el área de adultos supone el motivo inicial para solicitar atención

*Tabla 8.* Relación entre motivos de consulta y la manera de finalizar la terapia en los casos de clínica infantil. Las cifras expresan el número de casos en cada circunstancia.

	<i>Finalización del tratamiento</i>							
	<i>Evaluación sin intervención</i>	<i>Alta dada por la terapeuta</i>	<i>Alta a petición del paciente</i>	<i>Abandono sin explicación</i>	<i>Abandono por malestar terapéutico</i>	<i>Abandono por motivos económicos</i>	<i>Finalización por razones éticas</i>	<i>Remisión a otro profesional</i>
<b>Motivo de consulta</b>								
<i>Trastornos de ansiedad</i>	2	36	13	5	1	1	-	3
<i>Trastornos de conducta</i>	4	23	10	5	-	1	1	7
<i>Fracaso escolar</i>	2	11	8	4	2	1	-	2
<i>Probl. habilidades sociales</i>	4	10	7	3	-	-	1	-
<i>Trast. del estado de ánimo</i>	1	12	4	4	1	-	-	-
<i>Probl. relaciones familiares</i>	1	8	2	3	-	-	-	-
<i>Trastornos de alimentación</i>	-	4	1	3	-	-	-	3
<i>Trastornos del sueño</i>	2	4	2	-	-	-	-	-
<i>Trast. del control esfínteres</i>	1	3	1	1	-	-	-	-
<i>Trastornos del desarrollo</i>	-	2	1	-	-	-	-	1
<i>Celotipia</i>	-	3	-	-	-	-	1	-
<i>Otras Evaluaciones</i>	25	7	3	-	-	1	-	2
<i>Otros trastornos</i>	1	1	-	-	-	-	-	-

psicológica, aun cuando el análisis posterior rescate otro tipo de problemas. Observamos que el nivel de tolerancia ante los síntomas ansiosos es bajo y supone una alarma para movilizarse a las distintas soluciones. Sin duda se observa el “miedo” como una lacra de nuestra sociedad y planteamos futuros estudios sobre la influencia de los cambios sociales (crisis), climáticos o catástrofes en el aumento de los trastornos de ansiedad, independientemente de la cercanía o no del suceso.

En el área infantil no existe tanta diferencia entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de conducta, ya que ambos problemas están muy relacionados.

Con respecto a los resultados obtenidos, se ha observado que el alta diagnosticada por el terapeuta ha sido lo que más se ha producido en todos los motivos de consulta a excepción del trastorno de control de impulsos en el área de adultos, donde el abandono sin explicación era el dato más recurrente. Estos valores son satisfactorios en cuanto al éxito global de las dos áreas en las terapias por las que se nos solicita la ayuda. El área del control de impulsos está comprendida por personas con adiciones, agresividad, impulsividad, etc. Estos usuarios, observamos que a corto plazo buscan ayuda, pero no mantienen una constancia para esperar unos resultados a más distancia. Una ligera mejoría o incluso, una disminución del malestar, puede abocar a sentir que ya está resuelto. Nos parecería importante encontrar formas de disminuir los abandonos para que disminuyeran las recaídas que esto supone y así hubiera una mejora más estable en estos sujetos.

Los dos años invertidos en hacer el estudio han supuesto un aprendizaje para todo el equipo de investigación. Gracias a todo el trabajo hemos podido subsanar errores admi-

nistrativos (forma de recoger los datos especialmente) así como establecer un protocolo de actuación más sistemático, con todos los beneficios que esto supone para la actividad.

El poder ser conscientes de los resultados nos sirve para querer mantener la satisfacción laboral y personal, evolucionando de manera constante y entendiendo que la formación continua es un aval para ello. Invitamos a otros centros privados a que estudien y analicen sus resultados, pues aun cuando pueda suponer un gran esfuerzo merece la pena por los beneficios profesionales propios y de aporte a toda la comunidad científica.

## Referencias

- Alonso-Fernández, F (1995). *Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión*. Madrid: TEA.
- Andolfi, M. (1993). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Bender, L. (1997). *Test Guestaltico Visomotor. Usos y aplicaciones clínicas*. Barcelona: Paidós.
- Bertalanffy, L. Von (1976) *Teoría General de Sistemas*. Mexico: FCE.
- Berzosa, M.P. (2003). *Un estudio de casos sobre el uso de la metodología sistémica en el contexto escolar*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Cádiz.
- Berzosa, M.P. (2006). *Un modelo de intervención sistémica en la escuela. El proyecto*.
- Berzosa, M.P. (2008). *Un modelo de intervención sistémica en la escuela: el proyecto JUGAE (Juntos Ganando en Eficacia)*. Madrid: Ed. CCS.
- Berzosa, M.P y col (2006). Una década de terapia familia y de pareja en un centro privado. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 62, 71-92. Madrid

- Bronfenbrenner, M (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. Barcelona.
- Canevaro, A. (2004). Nuevos desafíos de la Terapia Familiar desde la Psicología Clínica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 56-57, 8-19.
- Carrobbles, J.A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1979). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia: Promo-libro.
- Corman, L. (1980). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- DeShazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.
- Düss, L. (1980). *El método de las fábulas en psicoanálisis infantil: Fábulas de Düss*. Madrid: TEA.
- Gillis, J. (1989). *Cuestionario de Ansiedad Infantil*. Madrid: TEA
- Gismero González, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales (E.H.S)*. Madrid: TEA.
- Goodenough, F.L.(1971). *Test de Inteligencia Infantil por medio de la figura humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández Hernández, P. (2002) *Test Autoevaluativo Multifactorial*. Madrid: TEA.
- Koch, K. (1962). *Test del Árbol*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Lang, M.T. (1994). *Cuestionario de Depresión para niños (CDS)*. Madrid: TEA.
- Lazarus, A. (1980). *Terapia conductista. Técnicas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Martorell, J.L. (1999). Procesos atribucionales: una aplicación en la intervención familiar. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 40, 7-36
- Miguel Tobal, J,J, y Cano Vindel, A. (1988). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. (ISRA) (2ª Edición)*. Madrid: TEA.
- Millon, T. (2004). *Inventario Clínico para Adolescentes. (MACI)*. Madrid: TEA.
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1991). *Autoconcepto Forma A (AFA)*. Madrid: TEA.
- Ochoa de Alda, I. (2000). Un modelo para el entrenamiento de habilidades terapéuticas en los enfoques narrativos de la Terapia Familiar Sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 46, 137-152.
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Pilowsky, I y Spence, N. D. (1988). *Cuestionario de conducta de enfermedad*. Madrid: TEA.
- Pinillos, J.L. (1988). *Cuestionario de Personalidad*. Madrid: TEA.
- Prata, G. (1990). *Un arpón sistémico para juegos familiares (Intervenciones preventivas en terapia)*. Buenos Aires: Amorrurru.
- Raven, J.y Court, J.H. (1996) *Matrices Progresivas: CPM, SPM, APM*. Madrid: TEA.
- Ríos González, J.A. (1984). *Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: Ediciones Instituto de Ciencias del Hombre,
- Salas García, B. y Hernández Serrano, I. (1998). *Modelo Educativo: desarrollo de la identidad personal.*, Barcelona: EUB.
- Selvini, M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L y Lushene R.E. (1997).Cuestionario de ansiedad Escala-Rasgo STAI. *Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie menor 124*. Madrid.TEA.
- Vallejo Pareja, M.A. y Ruiz Fernandez, M.A. (1993). *Manual práctico de Modificación de conducta. Vol 1 y 2. Terapia de Conducta y Salud*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *La teoría de la comunicación*. Barcelona: Editorial Herder.
- Wechsler, D. (1994). *Escala de Inteligencia Wechsler para niños revisada*. Madrid: TEA.
- Yuste Hernando, C. (1995). *Inteligencia General y Factorial (IGF)*. Madrid: TEA.
- Yuste Herranz, C. (1987). *Cuestionario Estudio y Trabajo intelectual*. Madrid: CEPE.
- Yuste Herranz, C. (1993). *Preferencias Profesionales*. Madrid: CEPE.