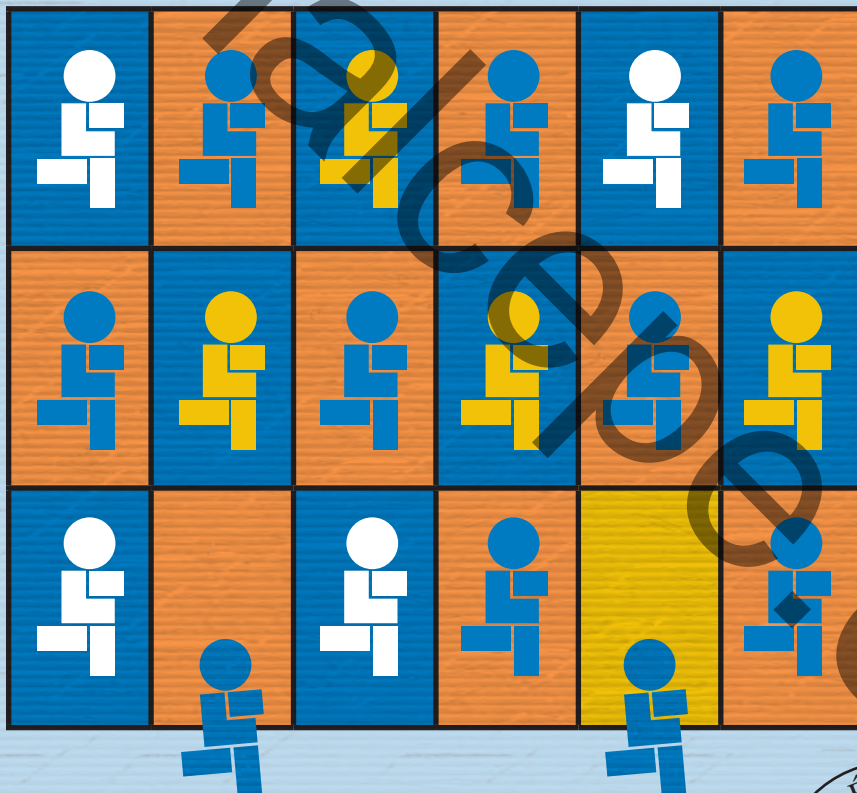


Dra. ISABEL ORJALES VILLAR
Dr. AQUILINO POLAINO LORENTE

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL
PARA NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN
CON
HIPERACTIVIDAD



índice

Prólogo	9
Introducción a los tratamientos cognitivo-conductuales	11
Algunas consideraciones sobre los tratamientos cognitivo-conductuales	12

PRIMERA PARTE

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA NIÑOS CON DDAH

Dr. Polaino-Lorente y Dra. Orjales

1. Programa cognitivo-conductual de Kendall, Padawer y Zupan	19
2. Entrenamiento en autoinstrucciones verbales de Kirby y Grimley	23
3. Modelo cognitivo-conductual integrado de Goldstein	27
4. Programa de entrenamiento en solución de problemas de grupo de Goldstein y Pollock	29
5. Programa de entrenamiento en habilidades sociales de Goldstein y Pollock	37
6. Programa de intervención en el aula de Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil y Jarque	43
7. Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad de Gargallo	45
8. Programa de entrenamiento en habilidades para niños con problemas de conducta de Bloonquist	49
9. Programa de orientación y entrenamiento a padres - PEP de Barkley	57

SEGUNDA PARTE

UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA NIÑOS CON DDAH: UN MANUAL PRÁCTICO

Dra. Orjales

1. Cómo utilizar este manual	61
2. Información previa a la aplicación de este programa de intervención	65
3. Cuadro resumen de las sesiones	67

4. Materiales	69
5. Programa de intervención cognitivo-conductual: desarrollo de las sesiones	73
• Sesión 1	73
• Sesión 2	78
• Sesión 3	84
• Sesión 4	87
• Sesión 5	92
• Sesión 6	98
• Sesión 7	105
• Sesión 8	113
• Sesión 9	121
• Sesión 10	129
• Sesión 11	137
• Sesión 12	142
• Sesión 13	147
• Sesión 14	161
• Sesión 15	163
• Sesión 16	164
• Sesión 17	164
• Sesión 18	168
• Sesión 19	168
• Sesión 20	168
• Sesión 21	169
• Sesión 22	171
• Sesión 23	173
• Sesión 24	176
• Sesión 25	179
• Sesión 26	180
• Sesión 27	181
• Sesión 28	187
• Sesión 29	187
• Sesión 30	197
6 Índice de fichas	199
7 Índice de cuadros	200
8 Índice de figuras	201
9. Bibliografía.....	203

Prólogo

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), puro o asociado a trastornos de conducta, de las emociones o de los aprendizajes, es en la actualidad la problemática más frecuente en psicopatología infantil. Su prevalencia es estimable entre 2 y 6 por 100 entre los escolares. La atención y la memoria de trabajo son los dos pilares del llamado sistema ejecutivo; éste se encarga de planificar la acción, controlar la impulsividad y adaptarse flexiblemente a los cambios. Por eso, el déficit primario de atención tiene consecuencias cognitivas y comportamentales relevantes, y se acompaña en gran parte de los casos de una hiperactividad estéril.

El correcto diagnóstico, siempre sobre bases clínicas, se realiza conjugando la información de los padres y de los profesores con la observación directa del niño, y con los resultados de pruebas dirigidas a poner de manifiesto sus capacidades. Muchos niños, considerados de primera mano como inatentos y/o hiperactivos en el medio académico o familiar (etiqueta de moda), no representan sino variantes de la normalidad, con buena capacidad adaptativa si se les propicia un entorno adecuado. Otros están «perdidos» en la escuela porque su capacidad intelectual es limítrofe y/o tienen déficits en aprendizajes básicos, etc. La atención implica intención, sobre todo en tareas que exijan cierto esfuerzo continuado. Los juegos de ordenador son unos artilugios que gratifican al sujeto cada pocos segundos y así aparentan «canalizar» su atención durante largos ratos; pero son muy diferentes de la vida misma. El *tempo* de los dibujos animados, de las películas «de acción» o de los anuncios televisivos es, asimismo, falseador de la realidad, tanto para los niños como para los adultos. En cambio —por poner un ejemplo— una partida del juego de la oca en torno a una mesa con dos o tres hermanos o compañeros (y, a ser posible, algún adulto) supone una situación mucho más rica y real, con turnos que respetar, decisiones a realizar, comentarios verbales, astucias y emociones diversas.

Los niños y niñas verdaderamente afectados de un déficit de atención tienen una disfunción del soporte cerebral para el control de la impulsividad y de la selección de estímulos. Existe una abundante documentación sobre las bases biológicas (predisposición genética, disfunción de neurotransmisores, etc.) de este trastorno en su forma genuina. Una gran parte de los niños afectados se benefician de tomar alguna medicación: hay actualmente más de media docena de fármacos largamente experimentados o en vías de ensayo para el TDAH. Pero, en cualquier caso, es insoslayable una intervención psicopedagógica que ayude al niño a estructurar sus propios recursos que le permitan controlar las respuestas impulsivas, planificar y organizar su conducta.

Y aquí está el trabajo duro para los padres, para los profesionales de la educación y para el propio niño. Por eso es muy de apreciar el libro que nos ofrecen la Dra. Isabel Orjales y el Dr. Aquilino Polaino-Lorente, ambos, Profesores de la Universidad Complutense e investigadores tenaces y rigurosos en los dominios del diagnóstico y la intervención.

En la primera parte de esta obra, Polaino y Orjales establecen las bases conceptuales y funcionales de los programas de intervención cognitivo-conductual y pasan revista a los que han sido experimentados dentro y fuera de nuestro país por diversos grupos. En la parte segunda, Orjales desmenuza su propio programa: un arsenal de recursos concretos y bien contrastados científicamente por ella misma. Los ofrece atractivamente organizados en el tiempo para cubrir los diversos frentes de la ayuda al niño con TDAH.

Conociendo de primera mano la capacidad de los autores para crear y comunicar, no se sorprende uno de la obra que han hecho fructificar. En las sugerencias de estas páginas laten muchas horas de trabajo directo con los niños, los padres, los profesores y los pediatras. No es un libro para leer y guardar, sino un útil instrumento para guiar nuestro trabajo cotidiano. Manos a la obra.

Juan Narbona García

Profesor de Neurología Pediátrica.

UNIVERSIDAD DE NAVARRA

Introducción a los tratamientos cognitivo-conductuales

El enfoque terapéutico de la hiperactividad infantil ha evolucionado paralelo a la concepción que del síndrome hiperactivo se ha tenido a lo largo de estas últimas décadas.

Pasados los años en los que la hiperactividad infantil era concebida como un trastorno principalmente conductual, enfocándose los tratamientos terapéuticos en torno a las técnicas de modificación de conducta, se evolucionó hacia una concepción atencional del problema. Fueron los años en los que la intervención farmacológica alcanzó su pleno apogeo.

Años después, el estudio de la impulsividad y los posibles déficits cognitivos subyacentes en el ahora denominado Déficit de Atención con Hiperactividad constituyeron el tema de investigación preferente. Los programas terapéuticos adquirieron el barniz cognitivo de los tratamientos basados en el autocontrol y en el entrenamiento autoinstruccional.

Hacia finales de los años setenta aparecieron investigadores interesados en controlar la influencia que podían tener sobre estas terapias autoinstruccionales variables como: la actitud del terapeuta o el reforzamiento espontáneo. Este hecho, unido a los problemas de generalización que mostraban muchas de las investigaciones que aplicaban únicamente entrenamiento autoinstruccional, dio lugar a la inclusión sistemática de técnicas operantes en los paquetes integrados de tratamiento. La hiperactividad infantil comienza a abordarse desde este momento con un enfoque cognitivo-conductual.

Los tratamientos cognitivo-conductuales designan, en la actualidad, a un ya amplio número de paquetes de estrategias encaminadas a paliar los déficits cognitivos relacionados con la toma de decisiones entre alternativas, toma de perspectiva social, amplitud de estrategias de solución de problemas, percepción de emociones, etc.; y conductuales como tiempo fuera de tarea, ira incontinida, desobediencia, comportamientos sociales negativos, etc.

La amplitud de esta definición tiene su origen en la variabilidad de estos paquetes integrados de tratamiento. Se puede decir que existen tantos como terapeutas intenten abordarlos.

En las próximas páginas presentamos un modelo orientativo de un programa de intervención cognitivo-conductual aplicable a niños de 6 a 12 años de edad. Sin embargo, antes de comenzar su descripción creemos conveniente hacer algunas consideraciones sobre este tipo de programas de intervención.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Antes de introducirnos en un programa de intervención de estas características conviene tener en cuenta algunas consideraciones (Orjales, 1991 y Whalen y Henker, en prensa).

1. El tratamiento cognitivo-conductual debe considerarse como una parte importante del tratamiento pero no como un sustitutivo de otros planteamientos. En la mayoría de los casos, la administración de fármacos estimulantes, los métodos convencionales conductuales, el entrenamiento a los padres y profesores junto a las tutorías académicas continúan siendo imprescindibles.
2. El tratamiento cognitivo-conductual sólo será beneficioso en aquellos casos en que tengamos en cuenta los aspectos sobre las características individuales del paciente.
3. El tratamiento cognitivo-conductual debe administrarse de forma individualizada, evaluando previamente las dificultades específicas del niño y los procesos cognitivo-conductuales que se manifiestan como más relevantes para ese caso.
4. El tratamiento cognitivo-conductual debería ajustarse a las diferencias individuales de temperamento, estilos de aprendizaje, respuesta al refuerzo

y otras características, como el autoconcepto y la autoestima, los estilos atribucionales, las expectativas de éxito, nivel madurativo y capacidad inicial de autocontrol, etc.

5. Enseñar al niño a mantener la atención puede ser un requisito imprescindible y anterior al entrenamiento en estrategias de solución de problemas.
6. Enseñar al niño a demorar las recompensas y a superar los fracasos, es decir, a aumentar el umbral de resistencia y /o tolerancia a la frustración, puede ser tan importante como enseñarle técnicas que faciliten su rendimiento.
7. La generalización no debe ser presumida sino programada. Puede ser muy útil entrenar a padres, compañeros, hermanos, profesores y otras personas que interactúen con el niño en su ambiente natural, a fin de generalizar la implantación de conductas en tantos contextos como sean apropiados y posibles.
8. La discriminación del entrenamiento es tan importante como su generalización. Los niños necesitan aprender no sólo cómo usar las estrategias cognitivas, sino también cuándo usarlas y en qué casos su uso puede ser inapropiado o contraproducente.
9. La duración de las intervenciones constituye un punto crítico todavía no suficientemente estudiado. En unos casos, el tratamiento cognitivo-conductual debería iniciarse antes de la administración de estimulantes con el fin de que el niño atribuya a su propia conducta los logros que va obteniendo, en lugar de a la «píldora mágica» (Bugental y col., 1977). En otros, sin embargo, la medicación previa a la implantación de técnicas cognitivas puede mejorar e incluso, en ciertos casos, hacer viable el aprovechamiento de este tipo de programas.
10. El tiempo de evaluación de los resultados es otra cuestión importante. Los diferentes tratamientos pueden ser efectivos para diferentes aspectos del problema, y pueden, y acaso deben, actuar, según diferentes programas temporales. Es preciso hacer notar que la mayoría de los programas tratan de crear y automatizar nuevos esquemas y ello requiere tiempo, lo que debe incluirse también en la programación de la evaluación que se diseñe.
11. El mantenimiento de las conductas no debe suponerse. De aquí que una parte de los tratamientos deban orientarse a la generalización y otra parte al mantenimiento de los efectos a largo plazo.

12. Aunque los tratamientos se centren en las cogniciones y en las conductas, es importante no desestimar o ignorar los modelos emocionales. Un niño con hiperactividad puede tener serias dificultades en el reconocimiento, regulación y emisión de sus propias reacciones afectivas. Por eso el entrenamiento debe incidir sobre el complejo entramado de los pensamientos, los sentimientos y las acciones abiertas (Hinshaw y col., 1984b).
13. Las características situacionales son a menudo más rápidas y más susceptibles de modificación que las personales. Un cambio conductual rápido puede surgir tras una reestructuración simple de la clase o de las rutinas familiares. La relevancia de tales dimensiones situacionales, puede quedar oscurecida por una orientación del tratamiento exclusivamente centrada en la persona e ignorante del contexto.
14. Es importante comunicar al niño la idea de que no siempre se le requerirá un cambio comportamental, sino que él mismo puede aprender a auto-programarse y a evaluar, seleccionar y modificar su ambiente para optimizar los resultados que se propone alcanzar.
15. Debe atenderse simultáneamente a las atribuciones del niño y a sus autoinstrucciones, para evaluar si su razonamiento causal disfuncional está impidiendo el progreso o causando dificultades.
16. Es preciso explorar y apresar el mensaje implícito de los tratamientos que se apliquen, de manera que se estudie la posibilidad de aplicar entrenamientos atribucionales que eviten posturas extremas de asunción y/o rechazo de responsabilidades.
17. El mensaje de responsabilidad personal que implica el tratamiento cognitivo-conductual debe transmitirse en sincronía con el desarrollo de las competencias necesarias, en evitación de nocivos sentimientos de culpa. En este sentido no debemos tratar de modificar las atribuciones externas del sujeto hasta que no le hayamos «proporcionado» estrategias útiles para enfrentarse a su propia realidad.
18. Se debe advertir al terapeuta que vaya a aplicar un tratamiento de este tipo que, sin quererlo, puede producir efectos negativos en determinados pacientes.
19. El tratamiento debe resultar atractivo y este aspecto debe evaluarse conjuntamente con los resultados obtenidos.

20. Nuevos procedimientos deben ser explorados, como, por ejemplo, instar al niño a que aplique las estrategias cognitivas recién adquiridas simultáneamente a la retirada de medicación; o entrenar al niño como coterapeuta de otro compañero más joven, brindándole la oportunidad de practicar, evaluar y consolidar sus habilidades de autorregulación.
21. Es muy importante la relación terapeuta-niño, puesto que el primero debe servir de modelo de conducta y constante fuente de refuerzos y motivación. Para ello es necesario elegir, en cada caso, el terapeuta que mejor favorezca la identificación del niño, lo que quizás se puede mejorar a través de la búsqueda de personajes, significativos para el niño, que puedan actuar como coterapeutas.
22. En la medida de lo posible, el tratamiento debe ampliarse al contexto familiar y escolar, haciendo intervenir a las figuras más relevantes para el niño, pues en ocasiones, como es sabido, la abuela tiene un papel más activo que la propia madre.

En este sentido, debe evaluarse la situación familiar, los criterios y actitudes educativas que cada familia ha desarrollado para adaptarse a la problemática hiperactiva, reeducando a los padres en aquellos casos en que sea necesario.

23. Es aconsejable que durante la fase previa de análisis el niño tome conciencia del problema a través de feedback de diverso tipo, de manera que se promuevan los deseos de cambiar, se le ayude a implicarse en el futuro tratamiento y se despierte en él la confianza en sí mismo.
24. Es conveniente promover la participación del niño como agente activo, no sólo en la puesta en marcha de su propio tratamiento, sino también en la elaboración del tipo de programa, duración, etc. Los niños pueden intervenir también en la programación del tránsfer o generalización, y ayudar al terapeuta a conocer las similitudes y diferencias de los distintos contextos y problemas, así como la articulación de las estrategias y el contexto.
25. En la aplicación práctica de estos programas no aconsejamos la utilización de coste de respuesta por el mensaje implícito negativo que conlleva (el terapeuta presta atención al niño cuando éste falla para retirarle un punto). La utilización de reforzadores materiales dependerá de las características del sujeto, pero aconsejamos que se limite su uso a lo imprescindible y se diseñe un proceso de extinción correcto. En caso contrario, puede crearse una dependencia de refuerzos externos contraria al mensaje de autocontrol del propio tratamiento cognitivo-conductual.

Programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad: Desarrollo de las sesiones

SESIÓN 1

Objetivos

1. Tomar contacto con el niño.
2. Iniciar al niño en la autoobservación.
3. Ayudar al niño a que sea más consciente de:
 - Cuáles son sus problemas.
 - Cuándo suelen sucederle.
 - Las consecuencias que conllevan.
 - La existencia de una solución para cada uno de ellos.
 - La necesidad de ayuda para resolverlos.
 - La necesidad de planificar cómo resolverlos.
4. Despertar el deseo de búsqueda de solución a sus propios problemas
5. Presentar las «técnicas» que se van a utilizar como una forma de abordar cada uno de los problemas, de tal forma que no viva el tratamiento como un paréntesis dentro de sus actividades diarias.

En esta primera sesión es fundamental la toma de contacto. No debemos olvidar que, en resumidas cuentas, intentamos enfrentar al niño a sus propios temores, a sus propios problemas y a todo lo que él probablemente considera la parte más negativa de sí mismo.

Un requisito imprescindible para el cambio terapéutico es poseer un estilo atribucional interno. Si el niño no considera bajo su propio control las consecuencias de su propia conducta, difícilmente podrá ser el agente activo de cambio que pretendemos. Un tratamiento basado en la inducción del niño al autocontrol tendría entonces peor resultado que un programa de intervención basado en el control externo. Debemos conocer cuál es el estilo atribucional de nuestro chico: ¿considera que con esfuerzo puede controlar las consecuencias de su conducta, o bien piensa que el éxito o fracaso se debe tan sólo al azar, a la suerte, a la acción de los demás o a la situación y el momento?

Si el niño muestra un estilo atribucional externo, y no se considera capaz de controlar su propia conducta, el trabajo será más arduo y, probablemente, necesitará más de una sesión de autoevaluación y autoobservación para implicarse activamente en el tratamiento. Conviene tenerlo en cuenta.

Si se trata de un niño con un estilo atribucional interno, la mitad del camino está ya recorrido. No obstante, en estos casos, debemos estar alerta. Un incremento excesivo del sentimiento de responsabilidad sobre sus propios errores puede ser contraproducente, por lo menos hasta que no le procuremos armas con que combatirlos. En ocasiones esta toma de conciencia de su situación personal puede tener como efecto secundario manifestaciones de baja autoestima o una negación de la realidad (por ejemplo, niños muestran una autoestima aparentemente inflada). Para evitar esto, resulta importante que el niño pueda ver reflejadas de forma clara todas las mejoras conseguidas a lo largo del tratamiento. Esta no es tarea fácil, puesto que gran parte de las técnicas utilizadas persiguen la modificación de los procesos de pensamiento y no tanto de los resultados a corto plazo.

En todo caso, esta sesión no se termina hasta que demos por finalizado el programa de intervención. Si queremos entrenar al niño en autoevaluación (como veremos más adelante), debemos enseñarle a auto-observarse, y eso no puede hacerse en una sesión única. Digamos que ésta servirá de punto de referencia, de punto de partida para las próximas sesiones. A medida que éstas se vayan desarrollando el niño irá descubriendo nuevos problemas que abordar y nuevas formas de solucionarlos que se anotarán en el cuadro de autoevaluación inicial confeccionado en esta primera sesión.

Desarrollo de la sesión

1. *Actividad de contacto*: realizar un dibujo puede ser una buena idea; además, proporciona información adicional sobre el estado del niño en el momento actual. Mientras el niño dibuja se charla con él hasta que le veamos relajado y sereno.

2. En el momento que creamos adecuado se le pregunta por qué motivo cree que estamos aquí. Son muy curiosas las ideas que los niños tienen de un departamento de orientación o de la consulta de un psicólogo o psicopedagogo. Conviene que aclaremos sus dudas al respecto. Estamos para ayudarle a pensar y decidir cómo solucionar sus problemas de la misma forma que a nosotros nos ayudaron cuando teníamos su edad y no sabíamos hacer frente a algunas cosas. Además, también podemos compartir trucos para hacer mejor aquellas cosas que nos cuesta hacer.
3. *Modelamiento*: intentamos conseguir que el niño/a se identifique con nosotros desde un principio:

TERAPEUTA: «¿Sabes por qué decidí trabajar en esto? Porque yo, de niña, era muy parecida a ti. Solía estar metida en líos con frecuencia, en clase la profesora se quejaba de que podía hacer mucho más de lo que demostraba, pero que no prestaba atención suficiente y no terminaba las tareas. Además, como no paraba en el sitio, siempre acababa castigándome. Tuve una profesora muy maja en 2.º, pero en 4.º fue horrible; creí que no se iba a terminar nunca el curso. Menos mal que trabajé con Carmen. Me ayudó mucho, me enseñó algunos trucos que me sirvieron de ayuda, aunque tengo que reconocer que algunos eran un rollo. Pero me fue bien y con el tiempo decidí dedicarme yo a hacer lo mismo. Por eso estamos tú y yo aquí. Me gustaría enseñarte algunas de las cosas que a mí me sirvieron. Sé infinidad de trucos. Ya verás.»

Para ayudar en la autoevaluación se puede utilizar el registro de autoevaluación (Cuadro 2) que presentamos en la próxima página, aunque si el niño utiliza otra distribución, debemos respetársela. Se trata de que nazca de él mismo, no que se le imponga desde el exterior.

Cómo rellenar el cuadro de autoevaluación



1. Cosas que me salen bien: es importante proceder de forma rigurosa por este orden. Hacer una lista de cosas positivas es tan importante como la que será más tarde de la lista de cosas negativas. Debemos enseñar al niño a auto-observarse y a autoevaluarse no sólo respecto a lo negativo, sino también en lo positivo.

TERAPEUTA: «Pero antes debería conocerte un poco más; si no, ¿cómo podría ayudarte? Veamos, empezaremos haciendo una lista de cosas que se te dan bien o cosas en las que eres un “campeón” o simplemente cosas buenas que veas en ti mismo.»

CUADRO 2. Hoja de registro para la primera sesión de autoevaluación



Cosas que me salen bien



Cosas que me salen mal

¿Qué sucede después?

**¿En qué situaciones
suele ocurrirme?**

**Formas
de solucionarlo**

**¿Qué necesito
para conseguirlo?**



2. *Cosas que me salen mal*: este listado de aspectos negativos debería abarcar todos los aspectos de la vida del niño. Primero se permite al niño que dé sugerencias (anotamos todo) y luego debemos hacerle llegar a las conclusiones que nosotros deseamos. Debe partir de él la iniciativa del deseo de cambio.

¿QUE SUCEDE DESPUÉS?

3. Debe contestarse para cada una de las conductas o situaciones problema. Debemos evitar las conductas generales como «si no atiendo suspendo» y procurar que el niño llegue a formulaciones más concretas: «si no atiendo, no me entero de cuáles son los deberes hay que traer para el día siguiente».

¿EN QUE SITUACIONES SUELE OCURRIRME?

4. Procurara que se dé cuenta de qué momentos son los de mayor peligro para poder evitarlos y/o modificarlos.

FORMAS DE SOLUCIONARLO

5. Anotamos aquellas que se le ocurran, intentando que las formule de forma concreta:

NO	SÍ
«Estudiar más»	«Apuntar los deberes» «Llevarme el libro a casa» «Hacer la mitad de los deberes» «Llevarlos a clase»

¿QUÉ NECESITO PARA CONSEGUIRLO?

6. Condiciones materiales, ambientales y psicológicas para conseguir el objetivo. «Si deseo hacer los deberes, debo empezar por: saber apuntarlos y no olvidarme, llevar el material a casa, tener despejada la mesa de estudio, etc.»

IMPORTANTE

Debe estudiarse la posibilidad de tomar imágenes del niño en cinta de video, de forma que pueda ofrecerse un feedback de su conducta; en particular, de la inquietud motora que muchas veces les pasa inadvertida.

Este libro trata de paliar la escasez de información sobre programas de intervención cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad (DDAH), aplicables en el marco escolar.

En la primera parte de este libro encontrará **una relación actual de algunos de los programas cognitivo-conductuales** diseñados para el tratamiento de los niños con DDAH.

En la segunda parte dispondrá de un manual completo y pormenorizado de **un programa de intervención cognitivo-conductual especialmente diseñado para su aplicación en el marco escolar para niños con DDAH de 6 a 12 años de edad.**

Este programa ha sido diseñado para su aplicación en **30 sesiones individuales y grupales** en las que se aplican técnicas como:

- Entrenamiento autoinstruccional.
- Autorregistro.
- Autoevaluación de la situación inicial, de las sesiones y de los progresos conseguidos.
- Entrenamiento atribucional.
- Autorrefuerzo positivo individual y colectivo.
- Economía de fichas y refuerzo social.
- Entrenamiento en solución de problemas cognitivos y académicos.
- Entrenamiento en discriminación de sentimientos.
- Entrenamiento en interpretación y solución de problemas sociales.
- Entrenamiento en relajación.
- Técnica de la Tortuga.
- Protagonista de la semana.
- Coterapeutas.
- Programa de generalización de las estrategias aprendidas al aula.

En el libro se incluye una **descripción detallada de cada una de las sesiones** con tres modelos de fichas y materiales para su aplicación en tres niveles de dificultad diferentes, las instrucciones del terapeuta, hojas de autoevaluación y autorrefuerzo, un listado de los materiales a utilizar y un cuadro resumen de las sesiones.



Editorial CEPE, S.L.
General Pardiñas, 95 - 28006 Madrid
Tel.: 91 562 65 24 - Fax: 91 564 03 54
E-mail: clientes@editorialcepe.es
www.editorialcepe.es

ISBN: 978-84-7869-359-9



9 788478 693597