

El empirismo colaborativo en la intervención cognitivo conductual de un niño con dificultades escolares¹

Anderson España Mendoza²

Diana carolina Castaño Henao³

Resumen

En el presente artículo se ofrece una aproximación descriptiva del empirismo colaborativo (EC) en el caso de un niño de 8 años con dificultades mixtas a nivel escolar y familiar. La evaluación y tratamiento, se encuentran basados en el modelo de intervención cognitivo conductual, estructurándose en 3 momentos: fase evaluativa, fase de intervención y fase de seguimiento. Los encuentros permiten confirmar el empleo del EC como estrategia que favorece la relación terapéutica con el niño y su familia.

Palabras claves: niños, relación terapéutica, empirismo colaborativo, cognitivo conductual, dificultad escolar.

¹ El presente artículo de aproximación teórica pretende hacer referencia sobre el empirismo colaborativo en la intervención cognitivo conductual de un niño con dificultad escolar

² Psicólogo de la universidad san buenaventura sede Cartagena, Estudiante aspirante a grado de la especialización en psicología clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes.
Andersonesmen@gmail.com

³ Asesor, especialista en psicología clínica de la universidad católica de Pereira. Correo electrónico:
dicarolinach@gmail.com

Summary

This article offers a descriptive approach to collaborative empiricism (CD) in the case of an 8-year-old child with mixed difficulties at school and family level. The evaluation and treatment are in the model of cognitive behavioral intervention, structured in 3 moments: evaluation phase, intervention phase and follow-up phase. The meetings confirmed the use of the EC as a strategy that favors the therapeutic relationship with the child and his family. It is an exploratory descriptive type in a case study.

Keywords: children, therapeutic relationship, collaborative empiricism, cognitive behavior, school difficulty.

La relación terapéutica se puede definir como ese componente afectivo y actitudinal que presenta tanto el terapeuta como el consultante de manera recíproca en terapia, (Gelso y Carter, 1985, p. 159) además se puede entender como ese vínculo entre las dos partes implicadas en la terapia, el cual se establece y desarrolla por medio de la interacción que se da en el proceso de la intervención (Krause M, Horvath A, 2011, p278) consecuentemente, una relación terapéutica adecuada tiene un pronóstico positivo y contribuye al mejoramiento de las capacidades adaptativas del paciente, independientemente de algunas de sus características (zuroff y blatt,2006) lo que significa que una relación entre paciente y terapeuta que se establece con calidad, se relaciona con el resultado en la intervención (Martin,Garske, y Davis, 2000).

Respecto a la relación establecida entre el terapeuta con los niños, niñas y los adolescentes (NNA), el profesional debe brindar una adecuada información con el fin de explicar que los síntomas que se presentan son reales y detallar la interacción existente entre los procesos psicológicos y físicos, como también establecer una adecuada alianza de trabajo (Castillo.I, Gonzales. L, 2012) se ha demostrado la asociación positiva que existe entre la relación terapéutica y la psicoterapia implementada en NNA (Shirk y Karver, 2003) la relación terapéutica con esta población es de suma importancia debido a que la ruta de la mayoría de los desórdenes de los adultos inician desde muy temprana edad (Russell, 2008) por lo tanto sería conveniente establecer una adecuada relación terapéutica con los NNA con el fin de que se intervenga a tiempo y prevenir la consolidación de psicopatologías a futuro.

Se le ha dado gran relevancia a la relación terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual, debido a que parte del éxito en las intervenciones se debe a una efectiva implementación ésta (Semerari, 2002). Además, se ha demostrado que los terapeutas cognitivos conductuales tienden hablar más, son más estructurados, tienden a dar más consejos y más información, (keijser, schaaap y hoodgduin, 2000) lo que fortalece la relación en terapia. Beck, (1979) identifica 3 factores que refuerzan el mantenimiento de la relación terapéutica ya constituida, a saber: A) confianza básica; la cual está ligada más a la percepción y concepto que el paciente tenga del terapeuta esto incluye, sentirse seguro, hallarse comprendido y contemplar que en conjunto con el terapeuta puede encontrar la posible solución a sus conflictos. B) El rapport; el cual trata de establecer el plan terapéutico con la participación del paciente por tal motivo establecerán objetivos y metas que alcanzar, el terapeuta por lo general utiliza la ayuda del feedback para

establecer un rapport eficaz. C) colaboración terapéutica; en la cual se utilizan técnicas como el empirismo colaborativo, moldeamiento directo o cognitivo e implementación de tareas para casa revisadas en consulta.

Para el interés del presente artículo, la colaboración terapéutica cobra singular relevancia, en la medida en que se aporta en la investigación sobre la eficacia del empirismo colaborativo (EC) en la consolidación de la alianza terapéutica para el alcance de los objetivos. Así, a relación terapéutica (RT) ayuda a la reciprocidad y afectividad colaborativa entre paciente y terapeuta (Gelso y Carter, 1985, p. 159) con el establecimiento adecuado de ésta se pueden predecir resultados en el proceso terapéutico, como también se tienen en cuenta la percepción y expectativas que tienen los participantes sobre la terapia y como éstas influyen en el fortalecimiento de la misma (Urzúa, Arbach. A y LLourido. K, 2010) se han encontrado varios factores claves que ayudan a la implementación de una RT positiva; Etchevers et al, (2014) realizaron un estudio con una población de psicólogos clínicos, en el cual se evaluaron varias características que favorecen la RT, entre las cuales se encontraron tales como: empatía y actitud de calidad, feedback, diálogo fluido, flexibilidad y Adaptación a las necesidades del paciente como también , compartir la cultura, la religión, y experiencia profesional. Los investigadores encontraron una correlación positiva entre estos factores y una RT adecuada, deduciendo que hay factores tanto internos como externos que, contribuyen a una buena RT.) es importante destacar que la RT no sólo se limita a un paciente, si no que puede crearse en un grupo más grande como la familia y por lo tanto es importante mantenerla también con este grupo (Rait, 2000). Como explica Bados ,A y

García E (2011), la RT se debe extender al contexto del que se le realice la intervención, a causa de que si es un niño o adolescente a quien se le implementa la terapia, se debería involucrar a los cuidadores o padres, de igual forma a otros profesionales cuando se trata de una intervención interdisciplinaria.

Lo anterior, coincide con el marco de la terapia cognitivo conductual, en la cual la RT se entiende una intervención es activa, estructurada y directiva, con tiempos limitados y centrada en el problema; buscando la intervención no sólo del paciente, sino de su ambiente y proceso relacionales que anteceden a la respuesta (Beutler & Harwood, 2000). , Leahy (2003) afirma: El modelo de terapia cognitiva concibe que los trastornos del ánimo y la ira son causados por distorsiones del pensamiento, por ende, el rol del terapeuta es colaborar con el paciente para que identifique sus ideas irracionales y las debata con prueba empírica y lógica.

Respecto a la terapia cognitivo conductual con NNA se ha demostrado que es más eficaz que las terapias farmacológicas para afrontar problemas interpersonales entre coetáneos aunque primero deben aprender esas habilidades (Castillo.I , Gonzales.H, 2012) la intervención conductual con niños y adolescentes suele ir dirigida a la implementación en el ámbito familiar como también hace uso de las contingencias (Ferro.R, Vives.C, 2009) esto explica el por qué la mayoría de las intervenciones conductuales se amparan en los principios del aprendizaje social, por lo tanto se entrenan a los padres para que refuercen otras conductas y no utilicen el castigo coercitivo ante

conductas mal adaptivas como también que promuevan los comportamientos prosociales (Samper. J, Anderson. K. G, Hartung, 2001).

De esta manera, en la TCC se requiere del paciente y de su familia, una participación activa y concreta. Para ello, el empirismo colaborativo se alza como una estrategia relacional dentro de la cual el terapeuta intenta favorecer esta participación, sin la cual resulta imposible desarrollar el proceso terapéutico. Ya en 1979 Beck, planteó que el paciente y el terapeuta deberían ponerse de acuerdo sobre el problema a tratar, sobre la finalidad de la terapia y sobre el modo de alcanzarlo. Según Semerari (2002) el significado profundo del empirismo colaborativo consiste en regular la marcha de la terapia de forma tal que asegure que el paciente comparta la conceptualización del problema y considere sensatas y razonables las técnicas propuestas. Si esto no sucede, el terapeuta deberá reconsiderar, en función de los motivos del paciente, la conceptualización del caso y adaptar la intervención técnica en consecuencia.

El Empirismo colaborativo busca confirmar o refutar los supuestos que tiene el paciente y por ende se indaga para encontrar evidencia que confirme o refute estas creencias, y es colaborativo por qué se trabaja en Conjunto con el paciente; se crea una alianza que a su vez ayuda a crear vínculos fuertes que ayudan a la relación terapéutica (Camacho. J, 2003) Esta relación va más allá de la comunicación y trata de que el terapeuta facilite las condiciones para que el paciente se involucre de manera activa en la intervención, utilizando el empirismo colaborativo(Friedberg y McClure, 2005, 553) . La terapia es vista como una como una elaboración entre dos partes que ayudan a su

implementación y el abordaje del proceso teniendo una actitud activa de parte del terapeuta (Baringoltz. S, 2009).

Descripción del caso

Identificación del paciente

N es un niño de 8 años, convive con familia nuclear en la ciudad. Estudia actualmente en un colegio público, en el segundo grado de primaria se encuentra repitiendo grado.

Fase evaluativa

Motivo de consulta

De la institución educativa “desde el año pasado N viene presentando unos problemas muy marcados en cuanto a su conducta en clase ya que frecuentemente desatiende y se le dificulta el poder escribir sin ningún tipo de apoyo ya sea verbal o del tablero. también presenta dificultad al leer y no puede contar sin el apoyo de sus manos”

De N “ lo que sucede es que la profesora no me ayuda lo suficiente para escribir en clase y cuando no puedo hacer nada me lleno de rabia y a veces me da pena por que todos se ríen de mi por que no soy capaz de escribir aunque solo me va mal en una clase ”.

- **HISTORIA DEL PROBLEMA**

N es el tercer hijo de su madre y el segundo de su padre, a su vez, es el primer hijo de ambos. Sus padres han presentado antecedentes de rupturas en su relación de

pareja y dificultades para la convivencia. Vivió con hermana matern (22 años), hasta que tuvo 4 años de edad y hermano materno (15). Hasta el comienzo del presente año tiene una relación muy cercana y de apego con su madre, hasta el punto que comienza a depender de ella para realizar labores escolares; La madre de N presenta pocas interacciones sociales con personas fuera de su núcleo familiar, prefiere quedarse sola un lapso largo de tiempo que compartir con otras personas, Mientras que su padre es mucho más sociable, aunque muestra por momentos conductas impulsivas de impaciencia ante situaciones estresantes.

N al igual que su madre, suele ser un niño introvertido, tiene pocos amigos. Sólo conserva algunos amigos cercanos en el colegio. Por iniciativa personal, le cuesta entablar contactos sociales, en ocasiones interactúa con sus primos. Juega la mayoría del tiempo con el padre, juegos que suelen ser de contacto y violentos, lo cual el niño replica con sus amigos y compañeros de colegio.

Otros datos relevantes en la historia del problema:

- Hermano materno de N presenta problemas de conducta que afectan su rendimiento escolar hasta el punto que ha reprobado varios años escolares
- Durante los primeros grados de primaria, se comenzó a presentar dificultades escolares.
- El año pasado N no pudo ir al ritmo de sus compañeros ya que ellos tenían un nivel de lectoescritura esperado para su edad, mientras N se le dificulta el dictado fluido y leer, por tal razón N pierde el año escolar.

- En el año que repite las dificultades de N se están manteniendo hasta el punto que la docente sospecha de un posible problema de aprendizaje.
- N Presenta dificultades de lectoescritura las cuales están acompañadas de dificultades en nominación y significado, muestra de ello, es que se le dificulta identificar un objeto: lo reconoce, pero se le dificulta asociarlo a un nombre, lo cual ha creado en N un sentimiento de incapacidad hasta tal punto que llega a pensar que el mundo es complicado y muchas veces no lo entiende.
- Sus padres refuerzan de manera constante sus creencias de incapacidad, debido a que siempre le brindan apoyo físico cuando a este le toca realizar alguna actividad académica o de otro tipo, y al percibirlo vulnerable le cumplen la mayoría de sus demandas, implementándole muy pocas exigencias
- N suele desobedecer las órdenes y consignas dadas por sus padres, manifiesta su frustración de modo violento o grosero. Al momento de expresar estas emociones y conductas, los padres bajan el nivel de exigencias para que se regule, en otras ocasiones utilizan llamado de atención o castigo.
- N presenta un nivel de dependencia muy alto hacia la figura materna. Esto puede verse reflejado en la constante demanda a la compañía de la madre, la suele perseguir durante el día, y exige dormir con ella, argumentando que en su habitación no es capaz de dormir sólo, demanda a la cual terminan accediendo ambos padres.

Resultados de instrumentos aplicados

Conners

PUNTUACIÓN:

El puntaje máximo del Test de Conners es de 30 puntos de 0 a 3 puntos por preguntas.

De 0 a 10 puntos	- El niño no presenta dificultades en la sala de clase - El niño es Normoactivo - El niño es Hipoactivo
De 10 a 20 puntos	- El niño es Hiperactivo situacional - El niño es Normoactivo pero inmaduro de temperamento
De 20 a 30 puntos:	- El niño es muy Hiperactivo - El niño es Disruptivo

El paciente presentó 20 y 21 respectivamente en los test suministrados a familiares y paciente por eso se sitúa en el rango de (20 a 30 puntos)

Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV)

Un coeficiente intelectual total interpretable significa que la magnitud de la diferencia entre los índices más altos y más bajos no es igual o excede 1.5 De (23 Puntos) en el caso de N La diferencia entre su índice más alto (86) en IRP y el más bajo (81) ICV la diferencia es de 6, este valor es inferior a 23 puntos por lo tanto su CIT es interpretable.

PUNTUACIONES ÍNDICES	Pun	Puntuac	ercentil	ntervalo 95%	Nivel
	tuación Escalar	ión Compuesta			
I. Comprensión Verbal	20	81	10	75-89	Promedio bajo
I. Razonamiento Perceptual	23	86	18	79-95	Promedio bajo
I. Memoria de trabajo	15	86	18	79-95	Promedio bajo

I. Velocidad de Procesamiento	15	85	16	78-96	Promedio bajo
CI. TOTAL	73	80	9	76-86	Promedio bajo

Fase de intervención y fase de seguimiento

El resultado de los test que se aplicaron dejaron entre ver que se descarta un déficit cognitivo aunque se presume que su estado de desatención e hiperactividad contribuyen a su promedio bajo de inteligencia y esto puede estar mantenidos por la falta de limite y la dependencia de los padres. Se realizan las siguientes intervenciones que a su vez necesitan del compromiso de los padres y el paciente para lograr con éxito los objetivos planteado, por tal razón todas las estrategias pautadas se establecen en el marco del empirismo colaborativo.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	LOGROS
Disminuir sobreprotección parental	<input type="checkbox"/> Psicoeducación a los padres. <input type="checkbox"/> Reestructuración cognitiva a padres: <input type="checkbox"/> Debate de análisis y evaluación empírica de cogniciones respecto a la crianza y la protección	<input type="checkbox"/> Los padres están de acuerdo con lo sugerido en terapia y se muestran colaborativos <input type="checkbox"/> comienzan a reforzar de manera activas las conductas pro-sociales <input type="checkbox"/> Se han establecido tareas en

	<p>(retomando antecedentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acompañamiento en pautas de crianza, mandatos <input type="checkbox"/> Reforzar autonomía de los padres. <input type="checkbox"/> Delimitar espacios y situaciones de acompañamiento a N 	<p>el hogar delegando actividades que fomenten la independencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> toman una hora al día para apoyar la independencia de las labores escolares <input type="checkbox"/> Se refuerza cuando duerme sólo
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aumentar las habilidades escolares 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Simplificar las instrucciones y evitar que estas sean múltiples. <input type="checkbox"/> Psicoeducación sobre el por qué los sentimientos de ira al no entender lo que se le indica. <input type="checkbox"/> Entrenamiento en el autocontrol. <input type="checkbox"/> Economía de fichas <input type="checkbox"/> refuerzo social (reconocimiento por los compañeros) ante la realización de alguna tarea 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> se siente más motivado al percibir las actividades menos compleja <input type="checkbox"/> Identifica el por qué de sus cambios de ánimo lo que ayuda a que no lo utilice como mecanismo de Evitación <input type="checkbox"/> comienza a contemplar las actividades escolares como deberes y no como castigos <input type="checkbox"/> se identifica como alguien con un aprendizaje diferente más no como alguien inferior

<p>Mejorar habilidades de afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fijarse en lo positivo <input type="checkbox"/> Técnica de solución de problemas <input type="checkbox"/> Técnica de parada del pensamiento <input type="checkbox"/> esforzarse y tener éxito <input type="checkbox"/> control emocional <input type="checkbox"/> Construcción de horario de hábitos y rutinas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reconoce que debe involucrarse para generar cambios tanto escolares como sociales <input type="checkbox"/> Sigue horarios y rutinas para el desarrollo de tareas académicas <input type="checkbox"/> Identifica vías de respuestas alternativas antes situaciones que normalmente le causan frustración. <input type="checkbox"/> percibir sus capacidades para realizar actividades individuales en que normalmente necesitaría apoyo
---	--	--

Después de realizar la intervención se realiza una entrevista a los padres con el fin de observar si los logros alcanzados se mantienen o han cambiado de forma significativa, dando como respuesta que se le implementan las estrategias sugeridas en terapia como también tratan de generalizar con otras personas cercanas algunas técnicas que creen conveniente como el refuerzo social, por otro lado en la institución la profesora

utiliza algunas técnicas pedagógicas para que N pueda adquirir mas independencia a la hora de realizar actividades académica.

Conclusiones

Tras analizar las posibles causas de las dificultades escolares que presenta el paciente, se contemplaron diferentes factores como los cognoscitivos, familiares, educativos y sociales, a partir de esto se obtuvo como primer logro; que los padres llegaran a vislumbrar la problemática que presentaba el paciente a nivel académico y que a su vez contemplaran la necesidad de intervenir de manera inmediata debido a la edad en que se encuentra (8 años).

Al inicio se planteó la posibilidad de que el paciente presentara déficit cognitivo, hipótesis sugerida por la institución la cual realizo la petición de implementar un test de inteligencia al paciente. Por lo cual se le aplicaron dos test (conners y wisc IV). Con el Wisc se descartó el déficit cognitivo dejando al paciente situado en un rango de aprendizaje medio bajo pero con unas características conductuales de inatención e hiperactividad, por lo cual se reajustó el tratamiento a dichas variables.

La intervención por medio del empirismo colaborativo fue planeada para llevarla acabo con los padres, el paciente, profesores y terapeuta con el fin de que todos

estuvieran involucrados en el proceso y pudieran colaborar desde la evaluación hasta el seguimiento, por lo tanto las dificultades del paciente fueron identificadas por todos los que hacían parte de la intervención, así mismo en forma de consenso se crearon estrategias a conveniencia de cada parte, con el fin de aplicarlas con eficacia, en medio de la terapia se crearon lazos de alianza y sincronía que ayudaron a que cada parte contribuyera a llevar a cabo los objetivos planteados hecho que fortalece a su vez la relación terapéutica.

También se confirmó que las dificultades escolares que presenta el paciente se deben más a faltas de límites impuestos por los padres y al no tener hábitos académicos, que a una discapacidad intelectual, lo que rectifica la necesidad de compromiso por parte de los padres, profesores y paciente para que pueda haber una mejoría significativa con respecto a las dificultades que se presenta, lo que llevo a proponer un encuentro cada 15 días entre los padres y la institución para mantener los avances alcanzados hasta ahora y obtener unos nuevos conforme vaya el proceso con las estrategias cognitivas conductuales que fueron suministrada en la intervención.

Discusión

Se puede evidenciar que en la terapia cognitivo conductual es primordial el empirismo colaborativo, el cual es una característica de la relación terapéutica, que tiene por objetivo llevar a cabo el transcurso de la intervención de una manera conjunta con las otras partes implicadas, permitiendo desarrollar el proceso terapéutico (Beck, J. S. 1995) por lo tanto el EC puede cooperar para encontrar soluciones que en individual sería complejo hallar, esta definición difiere un poco de lo planteado por Beck, A. (1996) el cual entiende el empirismo colaborativo como la búsqueda de evidencias constantes para refutar algunas distorsiones y a su vez para realizar reestructuración cognitiva.

Referencias

Bados, A. Y García Grau, E. (2011). Habilidades Terapéuticas. Publicación Electrónica. Colección Objetos Y Materiales Docentes (OMADO).

[Http://Hdl.Handle.Net/2445/18382](http://hdl.handle.net/2445/18382)

Baringoltz, S. (2009) *Terapia Cognitiva Y Depresión Revista De La Asociación De Psicoterapia De La República Argentina.*

Beck, A. (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. 8°. Edición. Bilbao: Desclée de Brouwe

Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy Of Depression*. New York: The Guilford Press

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY, US: Guilford Press.

Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Camacho, J, (2003),El ABC de la Terapia Cognitiva, *Buenos Aires. Recuperado de <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>, 2003*

Castillo. E, González. Loyola. D,(2012) Factores Familiares Asociados A La Deserción Escolar En Chile Revista De Ciencias Sociales (Ve), Vol. XVIII, Núm. 1, Enero-Marzo, , Pp. 136-150

Castillo. E, González. Loyola. D,(2012) Factores Familiares Asociados A La Deserción Escolar En Chile Revista De Ciencias Sociales (Ve), Vol. XVIII, Núm. 1, Enero-Marzo, , Pp. 136-150

Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Greif, J., Garay, C. & Kor-Man, G. P. (2013). Relación Terapéutica: Estudio En Población De Estudiantes Universitarios. *Anuario De Investigaciones*, 20(1), 39-47.

Ferro García, Rafael; Vives Montero, Carmen; Ascanio Velasco, Lourdes Novedades En El Tratamiento Conductual De Niños Y Adolescentes *clínica Y Salud*, Vol. 20, Núm. 2, 2009, Pp. 119-130 Colegio Oficial De Psicólogos De Madrid Madrid, España

Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica Clínica De Terapia Cognitiva Con Niños Y Adolescentes*. Barcelona: Espasa Libros S.L.U.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The Relationship In Counseling And Psychotherapy: Components, Consequences, And Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243. Doi:1

Keijsers, G., Schaap, C. & Hoodgduin, C. (2000). The impact of interper-sonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification*, 24, 264-297.

Krause M, Horvath A,(2011) Deconstructing The Therapeutic Alliance: Reflections On The Underlying Dimensions Of The Concept *clínica Y Salud*, Vol. 22, Núm. 3, 2011, Pp. 267-283

Leahy, RL (2003). *Técnicas De Terapia Cognitiva: Una Guía Profesional*. Nueva York, NY, EE. UU .: Guilford Press. *Learning Disabilities*, 44(1), 3-17

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation Of The Therapeutic Alliance With Outcome And Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 68(3), 438-450

Rait, D. (2000). The Therapeutic Alliance In Couples And Family Therapy. *Psychotherapy In Practice*, (56), 211-224.

Russell, R. (2008). Child and Adolescent psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18 (1), pp. 1-4.

Sampers, J., Anderson, K. G., Hartung, C. M. Y Scambler, D. J. (2001). Parent Training Programs For young Children With Behavior Problems. *Infant Toddler Intervention*, 11 , 91-110.

Semerari, A. (2002). Historia, Teorías Y Técnicas De La Psicoterapia Cognitiva W(Vol. 206). Barcelona, España: Editorial Paidó

Shirk, SR Y Karver, M. (2003) Predicción Del Resultado Del Tratamiento A Partir De Variables De Relación En La Terapia Infantil Y Adolescente: Una Revisión Metaanalítica. *Revista De Consultoría Y Psicología Clínica*, 71, 452-464.

Urzúa, A. Arbach, K., Lourido, M.& Mas, N. La Directividad En La Relación Terapéutica: Análisis De La Evidencia Encontrada En Investigación. *Terapia Psicológica* 2010; 28(1): 95 – 107

Zuroff, DC, Y Blatt, SJ (2006). La Relación Terapéutica En El Tratamiento Breve De La Depresión: Contribuciones A La Mejora Clínica Y Capacidades Adaptativas Mejoradas. Revista De Consultoría Y Psicología Clínica, 74 (1), 130-