
Capítulo I: Marco Teórico

1.1. Terapia Cognitivo Conductual

1.1.1. Concepto

“En los estudios realizados por Carl Rogers se encontró que la psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. Según Rogers, existen diversos enfoques de psicoterapia, entre las cuales se encuentra la terapia cognitivo conductual” (Docstoc, 2010)

Según Rogers La terapia cognitivo conductual observa al ser humano y su comportamiento, partiendo del pensamiento desde una perspectiva científica y asimismo maneja el interior del ser humano para hacer más completo su análisis, objetivo y su planteamiento. Dicha terapia lleva al paciente a descubrir otras posibilidades de solución, siendo esta un trabajo terapéutico directivo, ya que amplía un mundo de perspectivas a partir de las cuales puede enfocar aquello que provoca conflicto, llevando al paciente a encontrar por él mismo lo que los teóricos denominan pensamientos irracionales, realizando así una reestructuración cognitiva, lo que promoverá en el paciente una mejor adaptación a su ambiente. Es precisamente el pensamiento irracional o distorsionado el que lleva de alguna manera a la actuación del mismo.

1.1.2. Principios de la Terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo a J.L. González, la Terapia Cognitivo Conductual persigue la comprensión de los procesos cognitivos mediacionales que ocurren en el individuo dentro del curso de cambio conductual. Las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes de aprendizaje. En algunos casos, estas cogniciones son consideradas como respuestas a reforzar, mientras que en otros se consideran determinantes causales de reacciones autonómicas y comportamentales. Los principios esenciales del modelo cognitivo conductual pueden resumirse en (Revista Psiquis , 2010):

- Las cogniciones son productos de carácter básicamente verbal, la sistematización del cambio cognitivo conductual requiere la reformulación o reestructuración semántica de los constructos cognitivos.

-
- Las experiencias de interés para este modelo, tanto comportamientos manifiestos como cogniciones mediacionales, se encuentran en el plano de la realidad consciente, esto es, se conciben en función de solo un estado de la conciencia.
 - La conducta, incluidas las cogniciones, se rige por un sistema de reglas que pueden ser explícitas mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de un determinado comportamiento. Para ello, se requiere la focalización activa de la atención en las verbalizaciones de estados internos. Desde el punto de vista práctico, este principio conlleva un aumento de la auto atención focal del paciente en sus propias creencias y meta-cogniciones, tal como proponen la reestructuración cognitiva o la Terapia Racional Emotiva. (Revista Psiquis , 2010):

En la Psicoterapia Cognitivo Conductual los principios de actuación terapéutica se derivan de los hallazgos experimentales de la psicología del aprendizaje, sobre todo en lo que hace referencia a los condicionamientos clásico y operante, en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la psicología cognitiva. La acción terapéutica va más allá de manipulaciones ambientales, y utiliza intervenciones conductuales destinadas a instaurar, modificar o suprimir conductas de modelado; Roleplaying, entrenamiento asertivo, etc. El terapeuta toma una actitud directiva, presentándose a sí mismo como modelo explícito si es necesario, e intenta corregir activamente excesos, déficits o inadecuaciones de comportamientos manifiestos incluyendo los procesos cognitivos conscientes. Para ello, el terapeuta potencia los procesos de auto atención, instando al paciente a modificar ideas irracionales mediante estrategias de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo.

1.1.3. Epistemología

“Entre los creadores de esta terapia se encuentra Albert Ellis, nacido en Pittsburgh el 27 de septiembre de 1913 y falleció en Manhattan el 24 de julio de 2007” (Wikipedia, 2010). Desarrolló la terapia racional emotiva conductual. Además, es considerado por muchos como el padre de esta terapia.

Otro de los fundadores de esta terapia fue Aaron Beck (nacido el 18 de julio de 1921) es un psiquiatra y un profesor emérito en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. Beck es conocido por su investigación sobre la psicoterapia, la psicopatología, el suicidio, y la psicometría, que llevó a su creación de Terapia Cognitiva.

Beck es conocido como el padre de La terapia Cognitiva, al igual que Ellis y fue el inventor de la Escala de Beck, que este valorar la sintomatología depresiva. (Wikipedia, 2010)

1.1.4. Usos

“La terapia cognitivo conductual, según lo presenta la revista Psicomag, a diferencia de las terapias psico dinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos” (Caballo, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, 1998, pág. 513). Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos ponen mucho énfasis en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que le ocurre a una persona no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo y pone énfasis en la cuantificación, siendo posible la medición de los progresos obtenidos.

Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblio-terapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. Esta terapia tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades inter sesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente y está centrada en los síntomas y su resolución. Todo esto se hace con el fin de aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. En esta terapia se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia. Su meta es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los

síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen, poniendo el énfasis en el cambio. Para ello se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. De esta manera desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al auto cuestionamiento y se centra en la resolución de problemas.

Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato "único" para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el "velo de misterio" que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos, como por ejemplo la depresión, el síndrome de fatiga crónica, ansiedades, modificación de conducta e incluso en algunos casos de esquizofrenia.

1.1.5. Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual

En Octubre de 1998, Vicente E. Caballo, en su Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta menciona que algunas de las principales técnicas serán descritas a continuación con más detalle, como" (Caballo 1998, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, 1998, pág. 531):

- ✓ La auto observación, para aumentar el darse cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando
- ✓ La identificación de los lazos entre la cognición, el afecto y la conducta.
- ✓ Examen de la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales.

-
- ✓ Llevar acabo “intentos” para comprobar los pensamientos automáticos.
 - ✓ La determinación de las principales actitudes disfuncionales que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados y que, predisponen a una persona a distorsionar las experiencias.
 - ✓ El instrumento mas importante de que dispone el terapeuta son las preguntas, el preguntar de forma adecuada es esencial para obtener una imagen no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, con el fin de desarrollar empatía y llegar a una conceptualización específica y concreta del problema del paciente. Estas deberán utilizarse para clarificar el significado de las verbalizaciones del paciente de modo que se eviten los malentendidos.

1.1.5.1. **Terapia Racional Cognitivo Conductual (TREC)**

“La terapia racional-emotiva-conductual (TREC), parte de la idea que las perturbaciones emocionales están provocadas frecuentemente no por las situaciones ambientales en si mismas, sino por la interpretación que el paciente hace de las mismas. El objetivo de la TREC -de modo semejante a la terapia cognitiva- es el cambio de patrones de pensamiento irracional que el paciente tiene y que interfieren con su bienestar. El esquema básico de la TREC se denomina A-B-C-D-E” (comportamiento, 2010).

- A. Situaciones activadoras; evento o situación real
- B. Interpretaciones de las situaciones (pensamientos, opiniones, creencias, conclusiones, autoverbalizaciones, quejas, etc.)
- C. Emociones negativas -tristeza, ansiedad, enojo, etc.- que surgen de B.
- D. Discusión la validez de B. El terapeuta cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente.
- E. Cambio favorable en las emociones, a partir de la discusión de las creencias irracionales.

En una primera etapa el paciente debe realizar un registro de sus pensamientos y concepciones irracionales (B) relacionados a algunas situaciones específicas (A). Luego el terapeuta enseña al paciente a cuestionar los pensamientos (D), con el objetivo que el paciente se auto aplique el procedimiento ante diversas situaciones.

1.1.5.2. **Reforzamiento positivo**

“Según el Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento el reforzamiento positivo es una técnica en la cual un comportamiento aumenta su probabilidad de ocurrencia a raíz de un suceso que le sigue y que es valorado positivamente por la persona. Muchas conductas se mantienen porque conducen a resultados positivos. Por ejemplo, una persona continúa trabajando en una empresa, pues cobra un salario. El sueldo que cobra el trabajador es lo que REFUERZA la conducta de trabajar” (comportamiento, 2010).

El terapeuta puede reforzar comportamientos específicos del paciente para que este los realice con más frecuencia. Si el paciente realiza adecuadamente una tarea que le asignó el terapeuta, éste puede reforzar al paciente señalando en forma específica los aspectos positivos que el paciente ha alcanzado en la actividad.

1.1.5.3. **Entrenamiento asertivo**

“De acuerdo a Vicente E. Caballo el entrenamiento asertivo implica la identificación de las situaciones problema seguido por el modelado de respuestas mas apropiadas y eficaces, por parte del terapeuta, mientras el paciente representa a la persona con la que tiene problemas. El entrenamiento del paciente es las nuevas respuestas conductuales implica que el terapeuta represente el papel de la persona con la que tiene problemas el paciente y este practique sus propias respuestas. Todo esto se puede hacer para cada situación problemática, empezando con la menos amenazante. Cuando el paciente ya se siente tranquilo representando la situación, se le asigna la tarea de comportarse asertivamente durante los días que siguen a la sesión” (Caballo, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, 1998, pág. 568).

1.1.5.4. **Reestructuración cognitiva**

“La reestructuración cognitiva es un procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración.

“La piedra angular de la reestructuración cognitiva son los pensamientos automáticos, un tipo de ideas que las personas tenemos involuntariamente en muchas situaciones de nuestras vidas.

Justamente, estos pensamientos se llaman automáticos porque no hacemos ningún esfuerzo para que se presenten, simplemente, ellos aparecen. Por ejemplo, Silvia, quien padece de ansiedad severa, se encontraba en su casa esperando la llegada de su hijo mayor cuando sonó el teléfono. Silvia pensó: "tuvo un accidente". Inmediatamente sintió mucho miedo, su corazón latía rápidamente y una desagradable sensación de opresión, recorría su estómago. Cuando levantó el teléfono, se encontró con que se trataba de una amiga que sólo llamaba para saludarla" (comportamiento, 2010).

Es posible que en el ir y venir de la vida, no siempre nos demos cuenta de lo que estamos haciendo y menos aún lo que estamos pensando. Actuamos por hábito y "automáticamente". Por eso, nuestros pensamientos automáticos pueden pasar desapercibidos para nosotros. Lo que es muy difícil que podamos pasar por alto son nuestras emociones. Por algo les decimos sentimientos, es decir, que se sienten. Entonces, si queremos identificar nuestros pensamientos automáticos, nuestros sentimientos nos pueden servir de guía. Cada vez que tengamos algún sentimiento negativo, como ansiedad, miedo, tristeza, enojo, podemos preguntarnos, ¿qué es lo que acabo de pensar?, ¿cuál es la idea que recién cruzó mi cabeza?

Si estoy sintiendo algún afecto negativo, eso significa que hace instantes tuve un pensamiento automático. Una vez que logré encontrarlo, lo mejor es anotarlo, pues estos pensamientos se olvidan rápidamente.

Sin embargo, el solo hecho de detectar nuestros pensamientos automáticos no hace que mejoremos nuestro estado emocional.

Aprender a encontrar los pensamientos automáticos es sólo el primer paso para poder cambiarlos. Nuestras reacciones emocionales son muchas veces exageradas con respecto a la situación en que se presentan porque los pensamientos automáticos que anteceden dichas emociones pueden contener algunas distorsiones o exageraciones. Por lo tanto, aunque nuestros pensamientos automáticos parezcan lógicos y plausibles, el siguiente paso consiste en someterlos a prueba. En Terapia Cognitivo Conductual la detección y cambio de los pensamientos automáticos es una de las tareas centrales. Sin embargo, el trabajo no se detiene allí.

Los pensamientos automáticos son, por así decir, un fenómeno de superficie, el aspecto visible de todo un estilo de interpretación del mundo que es crucial encontrar para lograr una auténtico cambio cognitivo. Lentamente, los pensamientos automáticos van delineando creencias y supuestos básicos, vale decir, reglas de vida muy poco conocidas

por nosotros mismos, pero sobre las cuales las personas armamos nuestra interpretación del mundo y damos sentido a nuestra experiencia cotidiana.

El último objetivo de la terapia consiste en modificar alguno de estos supuestos básicos que se transforman en un obstáculo para la felicidad y bienestar humanos. Para cambiar los estados emocionales negativos es muy importante aprender a identificar los pensamientos automáticos pues, ellos anteceden al disparo de las emociones y, en parte, provocan esas emociones negativas. ¿Cuáles son las características de los pensamientos automáticos?

- Ellos anteceden al disparo de las emociones, es decir, se presentan antes de aparezcan los sentimientos desagradables. En el caso de Silvia, ella primero pensó "tuvo un accidente" y luego sintió miedo.
- Tienen forma visual o verbal.
- imágenes visuales que se presentan a nuestra mente. Silvia tuvo pensamientos automáticos de manera verbal pero ella también podría haber tenido la imagen de su hijo lastimado en la calle, lo cual le habría provocado un sentimiento similar.
- Son específicos y discretos, con un estilo telegráfico; vale decir, se trata de frases cortas, pero concisas y con un mensaje concreto. Así, Silvia pensó puntualmente "tuvo un accidente".
- No son resultado del razonamiento y reflexión sino que ocurren como "por reflejo", son relativamente autónomos. El pensamiento "tuvo un accidente" se le presentó a Silvia repentinamente, sin haber razonado en absoluto al respecto.
- Aparecen como razonables y plausibles para nosotros, esto es, en el momento en que los experimentamos, los pensamientos automáticos son altamente creíbles para nosotros, no dudamos de ellos. De ahí su poder para provocar emociones. Como Silvia, quien luego de pensar que su hijo había tenido un accidente, sintió mucho miedo pues dicha idea le sonaba creíble (comportamiento, 2010).

1.1.5.5. **Desensibilización sistemática**

Se trata de una técnica muy utilizada en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad, especialmente en las fobias. Consiste en la aplicación de una jerarquía de estímulos estresantes a través de imágenes visuales. Es decir, paciente y terapeuta diagraman un conjunto de situaciones típicas a las cuales el paciente teme, especificando la mayor cantidad de detalles posibles. Luego, mientras el paciente se encuentra en un profundo estado de relajación, se lo guía para que vaya imaginando estas escenas temidas de acuerdo al grado de ansiedad que le provocan.

El objetivo consiste en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas, de manera tal que se rompa el vínculo entre la imagen estresora y la respuesta de ansiedad. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación: lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda.

Esta forma descrita de la Desensibilización Sistemática se denomina Variante Imaginaria; es la primera parte del procedimiento completo tal como es utilizado en la actualidad por los terapeutas cognitivos conductuales. El siguiente paso consiste en guiar al paciente a que enfrente sus temores de manera real, ya no imaginariamente. En este caso se habla de la Variante "in vivo". Por supuesto, el ejercicio imaginario previo ha ayudado a cambiar la imagen mental aterradora que el paciente tiene de algunas situaciones lo cual facilita esta segunda fase, el afrontamiento en la vida real.

Sin embargo, en algunos casos, y con previo consentimiento del paciente, la Desensibilización Sistemática se aplica directamente en su variante "in vivo", obteniendo resultados exitosos en plazos más breves. Por ejemplo, en los pacientes que padecen de Agorafobia (miedo a salir a la calle) la aplicación de la Desensibilización Sistemática "in vivo" consiste en acompañar al paciente mientras éste sale de su casa y va alejándose de ella lentamente, por aproximaciones sucesivas muy graduales, al tiempo que se lo induce a realizar respiraciones abdominales profundas y a relajar su cuerpo. De esta manera, se logra mantener la respuesta de ansiedad en niveles bajos o incluso suprimirla casi por completo.

Este aprendizaje de una respuesta nueva (la relajación) frente al estímulo estresante (salir a la calle) facilitará que el paciente salga finalmente por sí sólo, tranquilo y sin experimentar ansiedad.

1.1.5.6. **Modelado**

“Es una técnica terapéutica en la cual el individuo aprende comportamientos nuevos observando e imitando el comportamiento de otras personas, denominados "modelos". El modelado es muy útil en aquellos casos en los que la conducta que el individuo requiere aprender no se encuentra en su repertorio de habilidades. Esta técnica es de uso extendido en la práctica clínica, tanto para eliminar miedos como para aprender nuevas formas de comportarse” (comportamiento, 2010).

1.1.5.7. **Solución de Problemas**

De acuerdo a Vicente E. Caballo la terapia de solución de problemas, también llamada entrenamiento en resolución de problemas, es una estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales.

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried son:

- Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.
- Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- Evaluar los resultados.
- Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación) (Caballo, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, 1998, pág. 513).

1.2. La Sobreprotección Familiar

“Sobreproteger a los niños dificulta su crecimiento y desarrollo en entornos diferentes al de su casa. Por eso, es importante que los padres tengan claro que se les debe proteger mas no crear a su alrededor una “burbuja” que los aleje del mundo.

Primero es importante saber que es sobreprotección y como se presenta. Se define como el exceso de cuidado y/o protección de los hijos por parte de los padres.

Este exceso de cuidado, según algunos especialistas, obedece al temor del adulto respecto al hecho de que sus hijos crezcan y comiencen a ser independientes. Es una sensación frecuente en las madres por el vínculo que existe entre ellas y sus hijos; aunque no quiere decir que los padres no lo experimenten, pues ellos también pueden tener conductas de sobreprotección frente a sus pequeños.

Estas, según los pediatras, se registran con mayor frecuencia en los padres primerizos y obedecen a su ansiedad por crear un mundo ideal para su primogénito y dejar atrás los errores que, según ellos, cometieron sus padres.

Los padres sobreprotectores tienden a limitar la exploración del mundo por parte de su hijo, pues temen que pueda golpearse o lastimarse si se mete debajo de una mesa, detrás de un sofá, entre unos arbustos o si intenta alcanzar un juguete o un objeto llamativo que esta en la parte alta de un estante.

Normalmente, frente a estos peligros los padres sobreprotectores expresan frases como “No te metas ahí que te puedes raspar”, “No toques eso que esta sucio”, “Con cuidado, por favor, y otras similares.

Con frases y comportamientos como estos en los cuales se limita al niño en su exploración del entorno, se hace evidente la inseguridad de los padres frente al desarrollo de su hijo, a quien, además, le empiezan a transmitir esas inseguridades. Se pierden, entonces, lo mejor de la infancia de sus hijos por que siempre están angustiados por lo que les pueda pasar” (Suarez Melo, 2010).

1.2.1. Características

Según la revista Especial para ABC del bebe, en la consulta pediátrica, le indican al especialista que el menor no introduce nada en su boca o no agarra objetos que no se le permitan y que no se los pase yo. El unos del mismo lenguaje del niño para comunicarse con él: no se le habla claro ni se le estimula el aprendizaje de nuevas palabras, por que

para el padre basta con que el niño le señale un objeto o haga un gesto para obtener lo que quiere sin aprender a pedirlo verbalmente.

1.2.2. Perfil de un niño sobreprotegido

- Tímido.

Le cuesta alejarse de sus padres (especialmente de mama). Inseguro de lo que hace y de su relación con los demás. Busca la protección de quienes lo rodean.

Llora intensamente. Especialmente durante los primeros días de preescolar y en algunos casos, la mama debe ingresar al jardín para acompañar al niño mientras se acostumbra a ese nuevo espacio y a las personas que están cerca de él.

- Nervioso y algo solitario.

Para él es complicado relacionarse con otros niños de su misma edad y tiende a aislarse un poco. Dificultad en el desarrollo del lenguaje y por lo mismo, para escribir y comprender. Esto se supera en el colegio, pero el choque para el niño en ocasiones es fuerte por que puede sentirse presionado para rendir igual que los otros. Pocas veces asume la responsabilidad de sus actos por que esta acostumbrado a que sus padres lo hagan por el.

A medida que los niños van creciendo, va creciendo su espacio de independencia y este es cada vez mayor. Se puede decir que los padres que sobreprotegen a su hijo terminan entorpeciendo su crecimiento interior y generando un potencial o actual rebeldía o rechazo.

Si bien no se puede establecer un calendario común para padres en el que se fije de modo universal el grado de independencia que debe otorgársele al hijo según el año de vida que atraviesa —porque no hay dos personas ni dos historias iguales—, no caben dudas de que, mirando el proceso entero de formación, las personas evolucionan desde una total

dependencia de los padres (en especial de la madre en un comienzo) hasta la independencia que la Naturaleza y la sociedad le reconocen al mayor de edad.

Por lo tanto, no cabe hacer la pregunta de si debemos o no dar más independencia a nuestros hijos, porque esa respuesta ya ha sido dada por la propia Naturaleza. De lo que

se trata es de saber cuándo y de qué manera debemos ir permitiendo que esa libertad se vaya ensayando de modo tal que no perjudique su ejercicio futuro.

Vivimos un tiempo difícil para los padres. El permisivismo general puede llevarnos a pensar, por oposición, en la necesidad de que los padres tengamos una mayor injerencia en todo. Pero ello no debe hacernos olvidar que es fundamental ir cediendo espacios a medida que el niño crece, porque se trata de una necesidad surgida de la propia naturaleza del ser humano, que necesita ejercitar su capacidad de deliberación y elección.

La sobreprotección, si bien puede darnos a nosotros cierta seguridad, inevitablemente retarda en nuestro hijo la maduración de su capacidad para elegir libremente y responder por las consecuencias de sus opciones. Para quien mira sólo el corto plazo, garantiza buenos resultados, pero, si miramos a mediano y largo plazo, notaremos que esta práctica paterna posterga en el hijo el desarrollo de una de sus capacidades fundamentales: la de obrar libre y responsablemente.

Hacer las tareas junto a nuestro hijo, controlar periódicamente sus carpetas, puede ser muy bueno en los primeros años de la enseñanza primaria. Desprendernos poco a poco de hábitos de este tipo será con el tiempo necesario si queremos acompañar el crecimiento de nuestro hijo.

La libertad implica soledad interior. Quien decide, lo hace por sí mismo y asume la responsabilidad por su decisión. Si sobreprotegemos a nuestro hijo lo privamos del espacio de intimidad y soledad que necesita para formar su identidad y su personalidad, y, sin quererlo, dificultamos su desarrollo integral (Luetich, 2010).