

Caso clínico: tratamiento cognitivo-conductual en conductas de agresividad extrema en el aula

Juan Manuel Cerdá Tena

Psicólogo del Servicio de Asistencia Psicológica Externa "SAPE"

resumen/abstract:

Uno de los problemas más importantes con los que se encuentran las instituciones educativas en los últimos años es el de la violencia en las aulas. En este trabajo presentamos un estudio de caso, según la clasificación propuesta por Montero y León (2002), en el que realizaremos un recorrido a través del tratamiento seguido con éxito por Raúl, un joven de 15 años, estudiante de 1º de E.S.O. que presentaba conductas de agresividad extrema contra sus compañeros de curso y al que se le diagnosticó un trastorno explosivo intermitente. Derivado al Servicio de Atención Psicológica Externa (SAPE), el tratamiento seleccionado consistió en una intervención clínica, de orientación cognitivo-conductual, con una duración total de 15 sesiones. Tras la aplicación de dicho tratamiento se lograron los objetivos terapéuticos marcados, eliminándose las conductas violentas y disruptivas, las cuales no han vuelto a aparecer un año después de la finalización del tratamiento, fecha hasta la cual se ha llevado un seguimiento, sin intervención, del paciente.

One of the most important problems with which they find the educational institutions in the last years is that of the violence in the classrooms. In this work we present a study of case, according to the classification proposed by Montero and León (2002), in that we will realize a tour across the treatment followed successfully by Raúl, a 15-year-old young person, student of 1st of E.S.O. who was presenting behaviors of extreme aggressiveness against his companions of course, and to that there was diagnosed an explosive intermittent disorder. Derived to the Service of Psychological External Attention (SAPE), the selected treatment consisted of a clinical intervention, of cognitive-behavioral orientation, with a total duration of 15 meetings. After the application of the above mentioned treatment there were achieved the therapeutic marked aims, there being eliminated the violent and disruptive behaviors, which have not returned to appear one year after the ending of the treatment, date up to which one has taken a follow-up, without intervention, of the patient.

palabras clave/keywords:

Violencia en las aulas, conducta disruptiva, trastorno explosivo intermitente, terapia cognitivo-conductual.

Violence in the classrooms, disruptive conduct, explosive intermittent disorder, cognitive-behavioral therapy.

Introducción

El Servicio de Atención Psicológica Externa a la comunidad educativa en aspectos relacionados con la convivencia escolar (SAPE) surgió mediante la suscripción de sendos convenios de colaboración entre la

Conselleria de Educació de la Generalitat Valenciana y la Universidad de Valencia Estudi General, la Universidad Miguel Hernández de Elche y la Universidad Jaime I de Castellón. Así mismo, desde el Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valen-

ciana se suscribieron convenios específicos con cada una de las citadas Universidades, estableciendo el correspondiente marco de actuación.

Mediante su puesta en marcha, el SAPE se ponía a disposición de los centros públicos y concertados de la Comunidad Valenciana para la atención de forma personalizada y singular a los alumnos y alumnas, docentes o familias que requiriesen de una intervención y/o tratamiento específico para atender adecuadamente las consecuencias que pudieran derivar de un problema de convivencia.

En este contexto, el Centro educativo en el que cursaba sus estudios nuestro paciente se puso en contacto con la Unidad de Atención e Intervención de los Servicios Territoriales de Educación, desde donde se activaron los correspondientes protocolos de actuación que derivaron en la intervención objeto de este trabajo.

Identificación del paciente

Raúl, paciente varón, con 15 años en la fecha de inicio de la intervención. Cursa 1º de E.S.O. en un Instituto de Educación Secundaria. Es el segundo de 4 hermanos, cuyas edades son 17, 15, 12 y 7 años, respectivamente.

El paciente pertenece a una familia de un nivel sociocultural/económico medio. Su padre es mecánico y su madre dependienta. Son originarios del lugar en el que residen, nunca han cambiado su localidad de residencia. La madre es la persona con la que se ha mantenido el contacto durante el proceso terapéutico. Se trata de una persona colaboradora, muy preocupada por su hijo y dispuesta a hacer todo lo posible por mejorar la situación.

El sujeto cuenta con una capacidad intelectual limitada, con serias dificultades para relacionarse. Reacciona negativamente ante los refuerzos que se le proporcionan en público y con frustración ante los fracasos. Habitualmente no presenta una mala conducta, pero en ocasiones es capaz de explotar si alguien se mete con él o si él cree que lo hacen.

Raúl tiene una relación especial con su hermano de 12 años. Cuando sale, es con éste y con su grupo de amigos con quienes lo hace.

Análisis del motivo de la intervención

El sujeto presenta conductas de agresividad extrema contra sus compañeros de clase. La frecuencia de dichas conductas es variable, aunque no ha habido períodos superiores a un mes sin su aparición, habiéndose incrementado significativamente en los meses previos a la intervención. Durante los 4 primeros meses del curso presentó episodios violentos en, al menos, 5 ocasiones. La intensidad de las conductas es siempre bastante fuerte y su duración es de aproximadamente 10 minutos en sus momentos más violentos.

Pese a que el centro académico realizó distintas actuaciones con el fin de reconducir la situación, éstas no tuvieron éxito. Al contrario, la conducta problema empeoró, mostrándose incluso más violento y amenazando de muerte a sus compañeros.

Raúl no muestra culpabilidad tras sus conductas. No parece consciente de que éstas no son adecuadas ni desproporcionadas. Según verbaliza, *“es lo que se merecen”*.

Su respuesta no es inmediata a una provocación. Está un buen rato rumiando lo que

le han hecho y lo que él va a hacer y, cuando le parece más oportuno, arremete contra el compañero en cuestión.

El paciente está siempre a la defensiva y ve enemigos en todas las personas. Se imagina o presupone lo que están pensando los demás. Cuando cree que algún compañero se mete, o quiere meterse con él, reacciona con mucha agresividad.

Historia del problema

El paciente tuvo problemas al nacer, con sufrimiento fetal. Empezó a andar a los 18 meses y a esa misma edad empezó a hablar.

Raúl es 2 años mayor que su hermano, el tercer hijo del matrimonio. Su madre cuenta que cuando éste era pequeño, sus primos se lo llevaban a su casa y a Raúl siempre se lo dejaban. Esto ocurría día tras día, hasta el punto que a veces le cerraban la puerta para que no pudiese ir con ellos. Al salir de la guardería, Raúl solía permanecer solo con su abuelo.

Según nos cuenta su madre, los problemas de Raúl empezaron a los 7 años, concretamente indica la fecha del 16 de enero de 2001, día en que sufrió una parálisis facial severa, que le dejó el ojo derecho completamente abierto y la boca torcida. A raíz de esta afección, el niño empieza a presentar problemas, tanto adaptativos como de aprendizaje. En el mes de marzo de ese mismo año, araña la cara a una niña, de la cual era muy buen amigo hasta entonces. Tras varias semanas, la madre se entera, a través de su hijo menor, de que los niños se burlan del paciente. Esto hace que los padres empiecen a buscar ayuda:

- Acudieron a la Unidad de Salud Mental de Castellón, a cuyo tratamiento psicológico el paciente no respondía, porque “*se en-*

cerraba en sí mismo, pues no confiaba en nadie”, según manifiesta la madre.

- Acudían mensualmente al Hospital Provincial de Castellón, donde se le realizaron numerosas pruebas y un TAC en el que se apreció una “*pequeña obturación de una vena que riega el cerebro*”. Cabe destacar que desde esta prueba, realizada en el año 2001, no se le ha realizado ninguna otra prueba neurológica.

- Acudieron a un osteópata que le realizaba masajes en la cabeza.

A medida que pasaba el tiempo, su conducta en el colegio iba a peor. También su rendimiento escolar se vio afectado y tuvo que repetir curso. Un día, en clase, insultó a unas niñas y tiró todas las mesas y las sillas del aula. Avisada la madre, se presentó en el colegio y vio cómo había quedado la clase, regañó a su hijo delante de todos sus compañeros y le pidió que le ayudara a recogerlo todo. Él obedeció y se avergonzó de lo que había hecho, según cuenta su madre. Tras este episodio, el paciente fue expulsado del centro durante 3 días, lo que provocó que acudiera a disgusto al colegio y que su comportamiento fuera cada vez peor.

La evolución de la conducta de Raúl llevó a sus padres a acudir a la Unidad de Salud Mental de Vinaròs, donde recibió atención psicológica y donde le fue prescrito “Risperdal”, medicación que estuvo tomando durante 3 años. Dicha medicación hacía que estuviera tranquilo en clase, pero le adormecía y le mantenía ausente. Ya no pegaba a nadie, pero no seguía el ritmo de la clase ni avanzaba a nivel socio-afectivo. “*Mientras esté tranquilo...*”, afirma la madre que le decían en el colegio.

Sus padres decidieron entonces llevarle a Instituto Médico del Desarrollo Infantil

de Barcelona, donde fue atendido durante 5 años, y hasta dos meses antes del inicio de la intervención del SAPE. También en Barcelona, estuvo asistiendo a la consulta de un médico homeópata. La madre valora positivamente la intervención llevada a cabo en Barcelona; dice que evolucionó bien, pero que el chico “*está resentido por el pasado y no puede controlar sus impulsos ante las provocaciones*”.

Durante los meses anteriores a la derivación al SAPE, va aumentando la agresividad y la disruptividad en las conductas de Raúl. Insulta a sus compañeros, raya la mochila de uno de ellos, no obedece a las órdenes de sus profesores, raya la pared del aula, cruza todo el patio del Instituto para acercarse a un grupo de alumnos y les dice que un día les matará...

Los profesores de Raúl coinciden en que durante las clases verbaliza para sí mismo con mucha frecuencia. No tolera trabajar en pareja ni en grupo con sus compañeros, ni leer en voz alta, ni compartir su libro con ningún compañero.

En el transcurso de una clase, Raúl indicó gestualmente a un compañero del otro lado del aula que le iba a pegar. La profesora se da cuenta, les insta a dejar el tema y pide a toda la clase que preste atención a la pizarra. Dicha profesora no aprecia que en ningún momento nadie se haya metido con Raúl. Él parece tranquilo en su sitio, pero está hablando bajito consigo mismo (rumiando algo). Al cabo de un rato, se levanta y se dirige hacia un chico y le tira al suelo, cayéndole la mesa encima. Seguidamente se dirige hacia otro compañero y le tira la mesa, le coge las hojas de la carpeta y se las rompe. Está totalmente fuera de sí y sigue tirando mesas y sillas. Tras controlar la situación provocada en el aula, la psi-

copedagoga del centro permanece junto a él y observa cómo sigue hablando para sí mismo; no para de decir: “*siempre igual, siempre igual...*”. Al plantearle el daño que hubiese podido causar a sus compañeros, él responde: “*Mejor, una pierna rota, es lo que se merecen*”. El profesor de la clase anterior afirma que Raúl se había comportado perfectamente y había participado sin ningún problema. Más tarde, tras el mencionado episodio, le volvió a ver y le saludó con absoluta normalidad, como si nada hubiese pasado.

Dos semanas más tarde, en el transcurso de un examen, empieza a mostrarse inquieto, a doblar su examen y hacer tachones en él, a sacar apuntes de su mochila, sin hacer caso a las indicaciones del profesor. Seguidamente, aumenta la agresividad de su conducta, gritando “*¿quién me ha llamado tonto?*”, intentando pegar a un compañero, rompiéndole el examen a una alumna y lanzando una mesa a otra compañera. Tras esto, continúa gritando y moviéndose por toda el aula y dirigiéndose al profesor en un tono irrespetuoso y agresivo, hasta que finalmente sale de la clase gritando.

Dos días después, tras finalizar una clase que había transcurrido sin incidentes, y mientras todos los alumnos recogían, se encaró a un compañero y le propinó arañazos en la cara, el cuello y el pecho y golpes en la cara, sin motivo aparente. Mientras la profesora y otros alumnos intentaban separarles, Raúl estaba completamente descontrolado y gritaba “*vuelve a llamarme imbécil*”. Tras tranquilizarle, la psicopedagoga le preguntó por el motivo de esa reacción, a lo que respondió que el compañero “*me ha mirado mal y quería insultarme, pero finalmente se ha callado*”. Al mismo tiempo que hablaba con la psicopedagoga, insultaba a todos los que había en el aula.

Pocos días después del comienzo de un nuevo trimestre, un profesor acompaña a Raúl al Departamento de Orientación del Instituto. Afirma que nunca le había visto tan violento: le había encontrado totalmente descontrolado, dando fuertes patadas a un compañero que estaba en el suelo, llorando. Raúl entró en el despacho verbalizando para sí mismo, sin parar: *“Siempre igual. ¿Por qué me tenía que decir que soy tonto? Estoy harto. Luego lloran. Todos son iguales. Todos muertos. Una bomba, jeso tendría que tirar!”*. Mientras la psicopedagoga le tranquilizaba e intentaba hacerle reflexionar, él seguía rumiando lo mismo, una y otra vez, hasta que decidió marcharse, dejando con la palabra en la boca a la psicopedagoga.

Desde el Instituto destacan que habitualmente el paciente no presenta una mala conducta. Tiene una capacidad intelectual borderline, pero se esfuerza por trabajar y por hacer los deberes en aquellas asignaturas en las que se encuentra a gusto, aunque deja de lado aquellas que le parecen inaccesibles y reacciona con frustración ante los fracasos.

Diagnóstico

En función de la sintomatología presentada por el paciente, se establece la hipótesis diagnóstica de “Trastorno explosivo intermitente” F63.8 (312.34), según la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA).

Previamente al inicio de la intervención terapéutica, el diagnóstico es realizado por el Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universidad Jaime I de Castellón, según los protocolos pauta-

dos para el SAPE, por lo que no se utilizan nuevos mecanismos de evaluación.

En el caso que nos ocupa, es conveniente realizar un diagnóstico diferencial con “Trastorno negativista desafiante” F91.3 (313.81), según la clasificación del DSM-IV-TR, ya que están presentes algunos comportamientos que podrían llegar a cumplir los criterios para ese cuadro. Concretamente, a menudo es colérico, resentido, rencoroso y vengativo.

Sin embargo, no suele discutir con adultos, no les desafía activamente, no suele rehusar cumplir sus demandas, ni molesta deliberadamente a otras personas. Tampoco suele ser molestado por los demás, sino que es él quien lo imagina o presupone.

Se opta por la hipótesis de “Trastorno explosivo intermitente” por la presencia de varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dieron lugar a violencia o a destrucción de la propiedad, y por el grado de agresividad de los episodios, claramente desproporcionado a la intensidad de los estresores precipitantes.

Objetivos terapéuticos

- Eliminar las conductas violentas y disruptivas.
- Eliminar las verbalizaciones en voz baja y modificar los pensamientos suspicaces hacia sus compañeros.
- Mejorar las relaciones sociales y la adaptación del paciente a su grupo de clase.

Selección de los tratamientos más adecuados

El tratamiento de elección ha sido una terapia de orientación cognitivo-conductual con los siguientes componentes:

- Psicoeducación
- Entrenamiento en el control de la ira
- Entrenamiento en autoestima
- Técnicas de respiración
- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en solución de problemas
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en empatía
- Prevención de recaídas

Proceso de intervención clínica

Se programaron 10 sesiones para desarrollar el protocolo de tratamiento establecido. Las 6 primeras se realizarían con una frecuencia de 2 sesiones por semana y las 4 últimas con periodicidad semanal.

El procedimiento seguido consistió básicamente en explicar al paciente cada una de las técnicas. Tras revisar las tareas para casa, se explicaba cada una de ellas, asegurándonos de que comprendía bien todas las indicaciones y buscando captar su interés. Posteriormente se pasaba a poner ejemplos y a ponerlas en práctica.

A partir de la 5ª sesión se intentó principalmente que el paciente analizara sus avances y que comprendiera que éstos eran debidos a su interés y a su capacidad para luchar y mejorar, facilitando una atribución interna del progreso. A medida que avanzaban las sesiones se intentó que aumentara la aportación de Raúl al diálogo y la solución de situaciones prácticas que se le planteaban.

El desarrollo de las sesiones del tratamiento fue el siguiente:

Sesión Nº 1:

Objetivos:

- Facilitar una buena relación terapéutica entre el paciente y el psicólogo.

- Informar al paciente sobre su problema y las consecuencias del mismo.
- Motivar al paciente para su implicación activa en el tratamiento.
- Introducir las primeras técnicas del tratamiento.

Técnicas de tratamiento:

- Psicoeducación.
- Entrenamiento en el control de la ira: Identificación de situaciones y conductas facilitadoras. Distracción cognitiva. Tiempo fuera.
- Entrenamiento en autoestima.

Tareas para casa:

- Empezar a elaborar una lista con aquellos aspectos que más le gustan de sí mismo.
- Práctica de la distracción cognitiva.
- Práctica del tiempo fuera.

Pese a que Raúl acudió a la consulta con bastante escepticismo y con cierta falta de ilusión, se consiguió captar su interés y, poco a poco, se fue mostrando más receptivo. Se comprometió a utilizar la distracción cognitiva y el tiempo fuera en el caso de darse alguna situación en la que se sintiera amenazado o menospreciado por algún compañero. Manifestó que no creía tener ninguna cualidad digna de ser incluida en la lista que se le pedía como tarea para casa; se le dieron algunas pistas y se le animó a ser un poco más positivo consigo mismo.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es alto.

Sesión Nº 2:

Objetivos:

- Consolidar la relación terapéutica entre el paciente y el psicólogo.

- Comprobar el grado de asimilación de las técnicas introducidas en la sesión anterior.
- Profundizar en dichas técnicas.
- Introducir la reestructuración cognitiva.

Técnicas de tratamiento:

- Psicoeducación.
- Fisiología de la ira. Técnicas de respiración.
- Reestructuración cognitiva. Los pensamientos “calientes”.

Tareas para casa:

- Seguir elaborando la lista con aquellos aspectos que más le gustan de sí mismo.
- Práctica de las técnicas de respiración.
- Práctica de la distracción cognitiva y del tiempo fuera.

El paciente acudió a la consulta intentando dar de nuevo una sensación de falta de interés. Sin embargo, se apresuró a asegurar que no había tenido ningún episodio de conducta agresiva, a pesar de que, según él, algún compañero le había mirado mal. Esta situación nos sirvió para introducir la reestructuración cognitiva. También afirmó haber puesto en práctica la distracción cognitiva, lo cual le había ayudado a controlar la ira. A partir de este momento, se le indica que tenga también presentes los síntomas fisiológicos que se le explicaron en esta sesión.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es alto.

Sesión Nº 3:

Objetivos:

- Dar al paciente un papel más activo en el tratamiento.
- Mantener el grado de implicación del paciente en el tratamiento.

- Seguir profundizando en las técnicas introducidas.
- Introducir las técnicas de resolución de problemas.

Técnicas de tratamiento:

- Psicoeducación. Técnicas de respiración.
- Entrenamiento en autoestima. Logros personales, cosas que hace bien.
- Reestructuración cognitiva. Búsqueda de evidencias a favor y en contra de nuestros pensamientos.
- Entrenamiento en solución de problemas.

Tareas para casa:

- Práctica de la respiración profunda en situaciones de nerviosismo y tensión.
- Autoregistro de las reacciones fisiológicas en dichas situaciones.
- Práctica de las fases de resolución de problemas.

Raúl sigue acudiendo al tratamiento dando sensación de escepticismo. Sin embargo, se muestra de inmediato dispuesto a empezar, sin pérdida de tiempo. Cuando se le pregunta, explica las situaciones en las que ha puesto en práctica las tareas que se le encomendaron. Se muestra atento a todo lo que se le explica, dialoga y aporta ejemplos a lo que se le indica y realiza las prácticas que se le piden.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es alto.

Sesión Nº 4:

Objetivos:

- Toma de conciencia por parte del paciente de la influencia de lo aprendido hasta ahora en su vida cotidiana.

- Mantener el grado de implicación del paciente en el tratamiento.
- Consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas. Introducir el entrenamiento en habilidades sociales.

Técnicas de tratamiento:

- Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en el control de la ira.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Entrenamiento en habilidades sociales. Aprender a exponer quejas. Asertividad.

Tareas para casa:

- Práctica de la supresión temporal y de la distracción cognitiva en situaciones de nerviosismo y tensión.
- Práctica de las fases de resolución de problemas.
- Práctica de las habilidades sociales aprendidas en esta sesión.

El paciente acude al tratamiento con una actitud más alegre que en sesiones anteriores, aunque no quiere reconocerlo. Indica que la actitud de sus compañeros hacia él sigue siendo la misma de siempre, pero que él ya no responde agresivamente. Según él, ni siquiera da vueltas en la cabeza a la situación como hacía antes. Sigue mostrándose receptivo a todo lo que se le explica y participativo en las fases de la sesión que así lo requieren.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es alto.

Sesión Nº 5:

Objetivos:

- Aprovechar la sensación de éxito que está sintiendo el paciente para mejorar su autoestima.

- Mantener el grado de implicación del paciente en el tratamiento.

- Consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas. Introducir la prevención de recaídas.

Técnicas de tratamiento:

- Entrenamiento en habilidades sociales: Pedir y hacer favores.
- Entrenamiento en control de la ira. Revisión de lo aprendido hasta esta sesión.
- Entrenamiento en autoestima.
- Prevención de recaídas.

Tareas para casa:

- Práctica de la respiración.
- Práctica de la distracción cognitiva e identificación de sensaciones corporales.
- Revisar y ampliar la lista de aquellas cosas que más le gustan de sí mismo.

El paciente sigue acudiendo contento al tratamiento, si bien continúa sin querer reconocer esa actitud. Sin embargo, se le nota muy satisfecho por la ausencia de episodios de conducta violenta. Es esa satisfacción la que se ha querido aprovechar en esta sesión para tratar de una forma más intensa el entrenamiento en autoestima. Aunque quizás es un poco pronto, es ese mismo sentimiento de éxito el que nos ha llevado a tratar la prevención de recaídas, con el objeto de evitar que la posible aparición de algún conflicto en el Instituto pudiera constituir un paso atrás en el tratamiento.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es medio-alto.

Sesión Nº 6:

Objetivos:

- Aprovechar la sensación de éxito que está sintiendo el paciente para mejorar su autoestima.

- Mantener el grado de implicación del paciente en el tratamiento.
- Consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas.

Técnicas de tratamiento:

- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en control de la ira.
- Entrenamiento en autoestima.
- Prevención de recaídas.

Tareas para casa:

- Práctica de la respiración.
- Práctica de la distracción cognitiva e identificación de sensaciones corporales.
- Se planteó una situación hipotética, a la que el paciente tenía que buscar distintas explicaciones.

La actitud con la que acude Raúl a la sesión es positiva. Aunque hay que estimularle, se muestra cada vez más comunicativo e incluso bromista. Continúa la ausencia de episodios de conducta violenta en el Instituto. En esta sesión ha empezado a manifestar interés y preocupación por su rendimiento académico. Confía en poder superar algunas asignaturas, pero se siente incapaz de superar otras.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es alto.

Sesión Nº 7:

Objetivos:

- Profundizar en el conocimiento de sí mismo y en la responsabilidad de su conducta.
- Consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas.
- Introducir el entrenamiento en empatía.

Técnicas de tratamiento:

- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en control de la ira. Insistir en la responsabilidad propia y en los pensamientos activadores de la ira.
- Entrenamiento en habilidades sociales: Toma de decisiones en problemas interpersonales.
- Entrenamiento en empatía.

Tareas para casa:

- Seguir poniendo en práctica las técnicas aprendidas.
- Se le plantean tres situaciones a las que debe buscar explicaciones distintas, así como distintas alternativas de solución.

Hasta esta sesión, el desarrollo del tratamiento se había llevado a cabo a razón de dos sesiones por semana. Esta es la primera que se lleva a cabo a razón de una sesión semanal. El nivel de implicación y participación de Raúl es muy bueno, se muestra receptivo y le gusta realizar los ejercicios que se le plantean. Le cuesta entender que puede ser empático con aquellos compañeros que le hacen daño. No cree que su actitud sea justificable bajo ningún punto de vista. Se le pide que lo intente con algunas situaciones que se den en clase y que no tengan que ver con él, para comentarlo en la próxima sesión.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es medio-alto.

Sesión Nº 8:

Objetivos:

- Toma de conciencia por parte del paciente de su nivel de asimilación de las técnicas aprendidas.

- Revisar, consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas.

Técnicas de tratamiento:

- Entrenamiento en control de la ira. Identificación de situaciones, fisiología de la ira, distracción cognitiva y tiempo fuera.

- Entrenamiento en habilidades sociales: Autocontrol de las relaciones sociales.

- Entrenamiento en solución de problemas: Repaso de las fases de la solución de problemas.

- Entrenamiento en empatía.

Tareas para casa:

- Seguir poniendo en práctica las técnicas aprendidas.

- Observar situaciones que se den en clase e intentar ponerse en los lugares de las distintas personas implicadas en ellas.

A pesar del distanciamiento de las sesiones, se sigue observando una buena actitud en Raúl. Su nivel de implicación y participación sigue siendo muy bueno, se muestra receptivo y le gusta realizar los ejercicios que se le plantean. Comprende el concepto de empatía y sabe aplicarlo en situaciones más o menos cotidianas, pero sigue dolido con aquellas personas que cree que le han hecho daño y no asume que deba ser empático con ellas.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es medio-alto.

Sesión Nº 9:

Objetivos:

- Toma de conciencia por parte del paciente de su nivel de asimilación de las técnicas aprendidas.

- Revisar, consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas.

- Preparar y motivar al paciente de cara al final del tratamiento.

Técnicas de tratamiento:

- Reestructuración cognitiva.

- Entrenamiento en autoestima: Autoreforzamiento y autoeficacia.

- Entrenamiento en empatía.

- Prevención de recaídas: Recordar qué hay que hacer en situaciones de riesgo.

Tareas para casa:

- Seguir poniendo en práctica las técnicas aprendidas.

- Preparar una lista con posibles dudas y preguntas de cara al final del tratamiento.

Se sigue apreciando una buena relación terapéutica. El paciente sigue acudiendo contento a las sesiones y continúa mostrándose participativo. Desde el Instituto informan de que no se ha producido ningún episodio de conducta violenta ni disruptiva desde el inicio del tratamiento. Raúl demuestra conocer y haber practicado las técnicas que se van repasando.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es alto.

Sesión Nº 10:

Objetivos:

- Toma de conciencia por parte del paciente de su esfuerzo y de los logros obtenidos.

- Revisar las técnicas aprendidas.

- Revisar la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.

- Reforzar y felicitar al paciente por su actitud durante el tratamiento.

Técnicas de tratamiento:

- Entrenamiento en autoestima.
- Prevención de recaídas.

Tareas para casa:

- Seguir poniendo en práctica las técnicas aprendidas.
- Seguir atento ante posibles situaciones de riesgo.

Finalizadas las 10 sesiones, se confirma desde el Instituto que sigue sin producirse ninguna situación de conducta violenta por parte del paciente. Su actitud en la consulta ha sido muy positiva, no habiéndose producido ningún incidente a lo largo de todo el tratamiento, ninguna falta de asistencia a ninguna sesión, ni siquiera ningún retraso.

El grado de consecución de los objetivos de la sesión es alto.

Una vez desarrolladas las 10 sesiones previstas, y habiendo aplicado todas las técnicas y entrenamientos programados, dada la ausencia de conductas violentas y disruptivas, y encontrándonos en la segunda quincena del mes de Mayo, se consideró oportuna la ampliación del tratamiento hasta el final del curso, con el objetivo de que el paciente terminase el mismo con sentimiento de éxito en su esfuerzo por la superación de su problemática. Por ello, se realizaron 5 sesiones adicionales que, con el denominador común de la reestructuración cognitiva, se dedicaron, respectivamente, al entrenamiento en empatía, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en autoestima, prevención de recaídas y revisión de todas las técnicas aprendidas.

Evaluación de la efectividad del tratamiento

Tras la finalización del proceso terapéutico se mantuvo una reunión con la psicopedagoga del Instituto, la cual había recogido una serie de cuestionarios respondidos por los profesores del paciente. La información recogida indicó que Raúl no había protagonizado ningún incidente desde el inicio del tratamiento y, si bien su disposición en clase todavía no podía considerarse satisfactoria, ésta había mejorado de forma notable, así como su interés y rendimiento en determinadas asignaturas, aunque no en aquellas que él consideraba que no podía llegar a superar.

El balance del tratamiento se valora como muy positivo, por la buena actitud del sujeto, por la ausencia de explosividad durante el desarrollo de la terapia, por la eliminación de las verbalizaciones en voz baja y por el control de los pensamientos suspicaces hacia los compañeros. Todavía es muy mejorable el nivel de integración y participación del paciente en el grupo.

El balance del tratamiento se valora como muy positivo, por la buena actitud del sujeto, por la ausencia de explosividad durante el desarrollo de la terapia, por la eliminación de las verbalizaciones en voz baja y por el control de los pensamientos suspicaces hacia los compañeros. Todavía es muy mejorable el nivel de integración y participación del paciente en el grupo.

Seguimiento

Pese a que se recomendó a la familia que proporcionara a Raúl un seguimiento del tratamiento por algún profesional que dominara las técnicas aprendidas por el paciente, así como la realización de pruebas médicas que verificaran la situación actual del vaso cerebral cuya obturación fue detectada cuando contaba con 7 años de edad y que posteriormente no se había vuelto a evaluar, un año después de la finalización del tratamiento la familia no había realizado ninguna acción encaminada a satisfacer ninguna de ambas recomendaciones.

A pesar de ello, un año después de la finalización del proceso terapéutico, y según el seguimiento realizado a través de entrevistas con la madre, con la psicopedagoga del Instituto y con el propio paciente, continuaba la ausencia de conductas disruptivas y

de conflictos con los compañeros de clase. Así mismo, continuaba siendo insuficiente su nivel de integración y participación.

Referencias

American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Buendía, J. (2004). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Farré Martí, J.M. y Fullana Rivas, M.A. (2005). *Recomendaciones Terapéuticas en Terapia Cognitivo- Conductual*. Barcelona: Ars médica.

Friedberg, R.D. y McClure, J.M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.

Olivares Rodríguez, J. y Méndez Carrillo, F.X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez Álvarez, M, Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Volumen III Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien: Manual práctico de Terapia Cognitiva Conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Vallejo Pareja, M.A. (1998). *Manual de terapia de conducta. Volumen II*. Madrid: Dykinson.

Fecha de recepción: 27/05/2011

Fecha de aceptación: 2/05/2012