

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

2016-2018

EL TRASTORNO DE CONDUCTA: CASO EVA

Realizado por Cristina Pérez Lerín

Tutorizado por Dra. Antonia María Gómez Hinojosa

Data 15 de enero de 2018

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport

c. Císter, 34
08022 Barcelona

www.blanquerna.edu

Índice

1. Introducción	3
2. Marco conceptual.....	5
Criterios diagnósticos del Trastorno de Conducta:	5
Intervención para el Trastorno de conducta	8
3. Descripción del caso y evaluación	12
4. Plan de tratamiento y curso de la intervención	15
5. Monitorización del proceso terapéutico	19
6. Evaluación final y resultados	20
7. Referencias	23
8. Apéndices	24

1. Introducción

En el presente trabajo se expone un caso atendido en los consultorios médicos del Nen Déu de Barcelona, especialmente en el “Projecte Som Infancia”. Este servicio fue creado y se mantiene gracias al equipo de psicólogas, especializadas en el ámbito infantil y juvenil, que ejercen de manera totalmente voluntaria. Se creó este proyecto para poder proporcionar atención psicológica a aquellos niños que la necesitan y que sus familias no pueden sostener económicamente un tratamiento.

El consultorio médico del Nen Déu está formado por diferentes despachos de diversas especialidades médicas, como pueden ser psicología infantil, psiquiatría, traumatología, podología, urología, dermatología, logopedia, ortodoncia... Los niños y adolescentes del Projecte Som Infancia son atendidos siempre en la franja horaria de mañanas, es decir, los pacientes deben abandonar durante un periodo de tiempo dinámica escolar, su referente siempre es el mismo terapeuta y en el mismo despacho. Se tratan casos de trastornos específicos del aprendizaje, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastornos de ansiedad, trastornos de la excreción, trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta... la característica que presentan todos los pacientes atendidos es que sus familias están en riesgo de exclusión o que no pueden costear un tratamiento psicológico. Teniendo en cuenta esta situación se realiza un trabajo multidisciplinar con los servicios sociales, el EAP, el colegio y la familia.

Para concienciar a las familias de la importancia del tratamiento y la necesidad de acudir semanalmente o quincenalmente, frecuencia que establece el terapeuta en función de la evolución, se acuerda con ellos un precio simbólico por sesión, por ejemplo 2€ cada sesión. También se les dice que deben llamar para avisar si no asistirán

a la sesión, y que en caso de faltar más de tres veces sin notificarlo se les deberá cesar del tratamiento.

Se ha seleccionado este caso entre otros muchos, porque en el poco tiempo de tratamiento se ha visto una evolución claramente rápida y favorable, es un caso muy representativo del éxito de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno de conducta. Para garantizar el anonimato del caso se han modificado datos tales como el nombre de la paciente, su edad, lugar de origen, los datos de los familiares... Precauciones adoptadas para prevenir el acceso a la identidad de la paciente.

2. Marco conceptual

Se ha puesto cada vez más de manifiesto que la psicopatología infantil representa una preocupación social importante y de frecuente ocurrencia (Institute of Medicine, 1989). La importancia del problema proviene de dos aspectos fundamentalmente; que tiene una ocurrencia relativamente frecuente y que existe una continuidad a lo largo de la vida en muchas formas de psicopatología infantil.

A lo largo de este trabajo centraremos el foco de atención en el trastorno de la conducta, y realizaremos la descripción de un caso clínico de una niña que presenta esta psicopatología.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014) el trastorno de la conducta se encuentra dentro de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, caracterizados por afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones, en el sentido que violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas sociales o las figuras de autoridad. Los criterios diagnósticos del Trastorno de Conducta se exponen a continuación, cuando se realice la descripción detallada del caso clínico se especificará cuál de ellos cumple la paciente.

Criterios diagnósticos del Trastorno de Conducta:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., “engañar a otras personas).
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sí violencia ni invasión, falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongada

15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de personalidad antisocial.

Se debe especificar el tipo de inicio, si cursa con emociones prosociales limitadas, con falta de remordimientos o culpabilidad, insensible o carente de empatía, despreocupado por su rendimiento, afecto superficial o deficiente y la gravedad actual del trastorno.

Los criterios diagnósticos que presenta el DSM-5(2013) para el trastorno de conducta se centran principalmente en el control deficiente de las conductas que violan los derechos de los otros o que violan normas sociales fundamentales. Los padres que tienen hijos con trastorno de la conducta se preocupan tanto por este carácter perturbador, que puede desestabilizar la dinámica familiar, escolar o social, y por cómo evitar que se incremente o intensifique en la adolescencia hacia problemas más graves.

Actualmente los psicólogos disponen de procedimientos, técnicas profesionales con las que pueden intervenir de forma eficaz para producir cambios en el comportamiento de la persona. Según Labrador (2008) las técnicas de modificación de la conducta engloban un amplio conjunto de técnicas, objetivos y enfoques teóricos, pero todas comparten unas características comunes. Se parte que la conducta es el objeto de estudio e intervención. Se enfatiza en centrarse en la relación entre la

conducta y su entorno, ya que se considera que las conductas son actuaciones dirigidas a interactuar con el entorno. Las conductas “normales” o “anormales” no se diferencian por la forma en que se emiten o controlan, sino por el valor adaptativo que tienen. Por lo tanto el objeto de la intervención es la modificación del comportamiento desadaptativo, substituyéndolo por otro que sea adaptado. Es muy importante realizar una evaluación objetiva y en la medida de lo posible cuantificable. Finalmente, cabe destacar que se debe tener en cuenta las variables individuales de cada paciente y enfatizar el papel activo de este.

La orientación cognitiva y/o cognitivo-conductual se caracteriza por la importancia de los aspectos cognitivos para regular las conductas, es decir, la actividad cognitiva determina el comportamiento. Es por eso que esta orientación se centra en identificar y modificar los aspectos cognitivos subyacentes. Hay discrepancia entre diversos autores sobre lo que es o no cognitivo. Para algunos son estructuras, creencias o supuestos básicos, principales entidades causales de las emociones y la conducta (Ellis, 1962; Beck, 1976). Para otros son contenidos del pensamiento (pensamientos concretos), autoinstrucciones, pensamientos automáticos (Meichenbaum, 1977; Beck, 1976).

Existen muchas técnicas de modificación de conducta, en este trabajo desarrollaremos principalmente las que iban a guiar la intervención del clínico durante el tratamiento de la paciente, para así poder entender mejor la intervención realizada con la paciente.

Intervención para el Trastorno de conducta

- Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es como “un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida”

(Goldsmith y McFall, 1975, p.51) o como “un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales” (Curran, 1985; citado en Labrador, 2008, p.122). En el que se enseña conductas específicas, se practica y se integran en el repertorio conductual, a partir de las instrucciones, modelado, refuerzo...

- Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas.

Si el nivel de ansiedad es muy elevado se pueden emplear técnicas como la relajación. Wolpe (1958; citado en Labrador, 2008) dice que, con frecuencia, empleando la nueva conducta más adaptativa ya hay una disminución de la ansiedad, debido a que ésta nueva conducta es incompatible con ella una respuesta de ansiedad. A partir de la relajación, respiración diafragmática...

- Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica para tratar de modificar valores, creencias, cogniciones y /o actitudes desadaptativas, a partir de las autoinstrucciones, autocontrol...

- Entrenamiento en solución de problemas:

Se enseña a percibir y procesar correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes; para que pueda seleccionar la respuesta que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que persigue esa comunicación interpersonal. Las técnicas más utilizadas son la orientación hacia el problema, generación de alternativas, toma de decisiones, puesta en práctica de la solución...

El éxito de la intervención está condicionado por varias variables que, en mayor o menor medida, contribuyen de manera importante durante el proceso terapéutico a conseguir resultados clínicamente relevantes. Una de estas variables son las habilidades

necesarias que permitan al psicólogo manejar las estrategias generales de la terapia de la forma más competente posible. Por lo tanto, las habilidades del terapeuta no ayudan a la intervención, sino que son una condición sin la cual no se puede llevar a buen término el tratamiento. Algunas de las actitudes del terapeuta que favorecen al éxito de la terapia son la empatía, aceptación incondicional, autenticidad, cordialidad, flexibilidad, calidez, sinceridad... Las competencias básicas que el terapeuta debe desarrollar son la de escucha y la de acción. La primera implica atender e identificar correctamente la información que nos está transmitiendo el paciente, constatar que lo estamos entendiendo correctamente, a partir de las clarificaciones, paráfrasis, reflejos y síntesis. La segunda competencia básica consiste en que el terapeuta emplee un buen número de recursos orientados a facilitar el cambio por parte del paciente, con un estilo de intervención activo y directivo, las más destacadas por la mayoría de especialistas son: preguntar, confrontar, interpretar e informar (Costa y López, 2003; Liria y Vega, 2002a, b; Ruiz, 1998; Ruiz y Villalobos, 1994). Hay otras habilidades más específicas, pero no menos importantes, para un correcto transcurso de la terapia, estas son la integración de conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos, emitir juicios clínicos, redactar informes, dar instrucciones...

El psicólogo antes de iniciar un tratamiento debe tener muy clara la orientación metodológica y el orden de esta. Inicialmente se realiza una evaluación específica para identificar las conductas a modificar y sus determinantes, se realiza a partir del análisis descriptivo (entrevista, observación de conductas, variables del contexto...). Posteriormente se realiza el análisis funcional en el cual se interpretan todos estos datos obtenidos anteriormente, para así poder crear una impresión diagnóstica o un diagnóstico teniendo en cuenta los criterios. A continuación se realiza una formulación del caso, en el cual se explica y se hace una predicción a partir de datos empíricos, de la

teoría. Una vez contrastada nuestra hipótesis se diseña el tratamiento, se marcan unos objetivos y las técnicas que se utilizarán teniendo en cuenta las variables individuales del paciente y teniendo en cuenta los programas estandarizados de tratamiento basados en la evidencia. Durante la aplicación del tratamiento deben evaluarse de forma continuada los efectos específicos que éste va produciendo, si no son los deseados se pueden realizar pequeños cambios para aumentar su eficacia. Finalmente, se hace una monitorización del tratamiento para así determinar la eficacia real y poder establecer las posibilidades de futuras intervenciones.

3. Descripción del caso y evaluación

Eva fue derivada por el equipo de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) al servicio solidario Projecte Som Infància en junio de 2016. Actualmente, tiene 10 años, vive con sus padres, que nacieron en Camerún, y con sus dos hermanas pequeñas. Fueron aceptados en el proyecto debido a que es una familia que no tiene recursos suficientes para pagar un tratamiento psicológico. Presentan grandes dificultades económicas, siendo atendidos por servicios sociales de la zona donde viven, reciben alimentos del banco de alimentos de Caritas y reciben una tarjeta con dineros para comprar bienes de consumo básico; pañales, ropa, etc

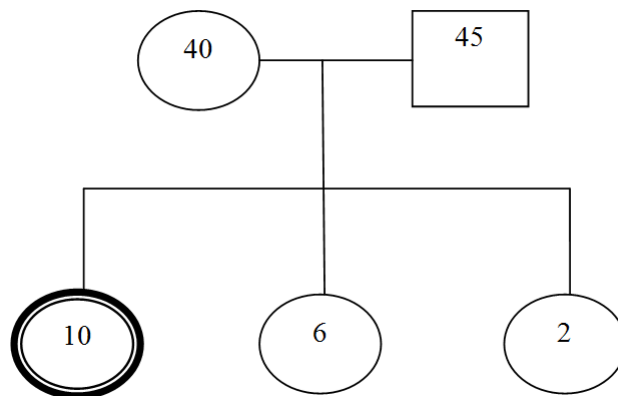


Figura 1. Genograma familiar

El motivo explícito de la derivación por parte del EAP era la conducta disruptiva de Eva tanto en el ambiente familiar como escolar. Describían que era una niña que no toleraba el “no” o la autoridad, excepto si ésta era su madre, presentaba dificultades para contenerse, sus conductas más graves a nivel escolar habían sido pegar patadas a puertas, lanzar sillas por la clase y agredir a la tutora y compañeros. Comentan que los límites familiares no son los correctos.

Las primeras sesiones iniciadas en Octubre de 2016 fueron para consolidar una buena alianza terapéutica, fundamental para el éxito de la terapia. El vínculo terapéutico se creó tanto con Eva, como con su madre, ya que era ella quien la traía al servicio y la que debía marcar correctamente los límites en casa.

La evaluación psicológica clínica es un proceso que implica distintos ejes, tareas y momentos, que se organiza mediante la metodología científica y que tiene como principal objetivo la planificación del tratamiento (Muñoz, 2003). El esquema básico que guía la evaluación es el siguiente:



Figura 2. Proceso de evaluación psicológica a priori o pretratamiento, (Carey, Flasher, Maisto y Turkat, 1984).

Para iniciar un proceso de evaluación se debe disponer de buenas observaciones y descripciones de la realidad. Durante este proceso se trata de saber *qué* le pasa a la paciente, para más tarde poder responder *por qué* le pasa. El proceso de descripción de la realidad por parte de la paciente, inicialmente era un proceso difícil ya que mentía mucho a lo largo de su discurso y la madre en ocasiones no acababa de entender las quejas realizadas por la escuela, debido a que su lengua nativa es el inglés, y por lo tanto ella no lo sabía transmitir en sesión. Por este motivo se decidió mantener una coordinación exhaustiva con la profesora de Eva. A partir de toda la información obtenida por las tres fuentes, comentadas anteriormente, se realiza un análisis descriptivo en el cual se elabora una lista de problemas del paciente que se convertirá en

una herramienta clave para la fase descriptiva y de diagnóstico. En este caso el listado de conductas recogido fue el siguiente:

1. Amenaza e intimida en ocasiones a sus compañeros.
2. Amenaza a los profesores
3. Inicia peleas cuando algo le parece injusto.
4. Ha lanzado por el aula material escolar, como una silla, pudiendo provocar daños serios.
5. Ha destruido deliberadamente aulas de la escuela.
6. Ha pegado e insultado a sus compañeros
7. Miente en muchas ocasiones para obtener aquello que ella quiere, desde objetos, hasta evitar una obligación o castigo.

Una vez realizado el listado de conductas se debe hacer un análisis de secuencias, es decir, conocer cómo aparece el problema cada vez, que variables influyen y en qué orden aparecen. La mayoría de las conductas de desencadenaban a partir de un suceso que Eva percibía como injusto, para ella o para algún compañero y entonces se enfrentaba al resto. Las consecuencias de estas conductas eran castigos a nivel escolar y familiar y un malestar de Eva clínicamente significativo en áreas del funcionamiento académico y social. Con la integración de toda la información descriptiva se realizó una hipótesis diagnóstica, trastorno de conducta con inicio infantil, despreocupada por su rendimiento y con gravedad moderada.

4. Plan de tratamiento y curso de la intervención

Eva forma parte de una familia con riesgo de exclusión social, con hábitos culturales diferentes a los nuestros... Por lo tanto el tratamiento se enfocó a la modificación de conducta de Eva y a trabajar conjuntamente con la madre para proporcionarle herramientas para modificar algunas de sus pautas educativas. Por ejemplo, la madre cuando se enfadaba con su hija porque no hacía los deberes, o porque no obedecía le pegaba. Tras un largo trabajo familiar se pudo modificar la consecuencia que recibe Eva cuando realiza una conducta no adecuada, de esta manera podemos hacer un modelado de la conducta y así el aprendizaje observacional será adecuado.

Debido a la intensidad de la conducta de la paciente al llegar a nuestro servicio, se decidió iniciar el tratamiento con técnicas destinadas a reducir su ansiedad en situaciones sociales problemáticas, y por lo tanto, aumentar su autocontrol. Inicialmente se hizo un entrenamiento en el control de la activación a partir de las técnicas de relajación, con las cuales se pretende disminuir la tensión y tono muscular, se disminuye la activación del sistema simpático y se activa el parasimpático, disminuyendo la frecuencia respiratoria, aumentando el volumen de aire inspirado, disminuyendo la presión arterial... Una vez obtenida una buena realización de la técnica en consulta, se le preparó un cartel pequeño, el cual llevaba colgado del cuello con una cinta durante todo el día por si debía utilizarlo en caso bloqueo o aumento excesivo de la conducta agresiva. Se redujo el proceso de relajación al siguiente hexágono (Apéndice 1).

En caso de empezar a notar que se enfadaba, ella debía coger el hexágono y realizar todo el proceso hasta notar que su frecuencia respiratoria disminuía y su ritmo cardíaco también. Cuando esta técnica fue bien empleada por la niña se añadieron unas autoinstrucciones en la parte posterior al cartel. El desarrollo de la técnica en autoinstrucciones tiene sus antecedentes en los trabajos realizados por Luria

(1961; citado en Labrador, 2008) y Vygotski (1977; citado en Labrador, 2008), en los que ponen de manifiesto que el lenguaje del niño no tiene solo una función de comunicativa, sino que también sirve para guiar la propia conducta externa cuando ésta se está ejecutando. El entrenamiento en autoinstrucciones consiste en una técnica cognitiva de cambio de conducta en la que se instauran o se modifican las autoverbalizaciones internas o pensamientos de un sujeto por otras autoverbalizaciones que resultan útiles para la realización de la conducta. Es una estrategia reguladora o controladora de la conducta impulsiva del propio sujeto, es por este motivo que es muy importante que se entiendan por el paciente y que las pueda internalizar o aprender. Para facilitar todo este proceso se decidió establecer las autoinstrucciones conjuntamente con Eva, teniendo en cuenta que cree ella que sería necesario para ayudarle a controlar su conducta.

1. Apretar los puños
2. Contar hasta 20
3. Respirar profundamente (Hexágono)
4. Hablarse internamente (a mi misma)

“Si no me controlo las consecuencias serán únicamente para mí y me castigarán”.

5. Salir de la situación, sin pegar, insultar... ir a buscar a la profesora

Para aumentar las habilidades presentes en el punto número cinco “autoinstrucciones”, se realizó un entrenamiento en solución de problemas. Debido a la edad de la niña esta técnica la realizamos construyendo mutuamente lo que llamamos como “la rueda de resolución de conflictos”. Cada sesión se aumentaba una o dos técnicas y se ponían en práctica a partir de ejemplo (Apéndice 2). Una de las técnicas de resolución del conflicto es la utilización de los mensajes “yo”, esta estrategia se

encuentra dentro del entrenamiento en habilidades sociales, es por este motivo que se decidió trabajarla posteriormente.

Durante todo este proceso se utilizó la técnica de economía de fichas. Se trata de una técnica específica para desarrollar conductas incipientes y disminuir conductas problemáticas. Consiste en un sistema de reforzamiento en el cual se gana reforzadores generalizados de base material por una variedad de conductas y se pierden en base a la emisión de otras. Como se puede observar en el Apéndice 3 se realizó esta estrategia en la escuela y en casa. Por ejemplo en la escuela si se realizó un registro en cada asignatura, patio y comedor, en el cual 1 punto era “hablo sin insultar”, 2 puntos “no he pegado” y 3 puntos “hago caso al profesor o monitor de lo que me digan”, ella anotaba los puntos que había obtenido y el profesor debía firmar. Si obtenía “x puntos” al día entonces al llegar a casa podía jugar un rato a la tablet. Al final de la hoja se especifica cuantos puntos obtiene cada conducta y cuantos puntos se necesitan para obtener el reforzador.

Cuando ya se obtuvo un buen manejo de las estrategias comentadas anteriormente se inició un entrenamiento en habilidades sociales, es decir, del conjunto de conductas que emitimos cuando interactuamos con otros individuos y que nos ayudan a relacionarnos con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. En este caso nos hemos enfocado más en el centro de las habilidades sociales, la asertividad. La asertividad reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. Comportarse como uno es sin coaccionar ni dejarse forzar los demás. Eva se comunicaba de manera agresiva, es decir defendía sus derechos y opiniones de manera inapropiada, atropellando a los demás con insultos, humillaciones, golpes... las consecuencias de este tipo de comunicación son los conflictos interpersonales, la pérdida de amistades, la

frustración... Con Eva se ha trabajado la diferencia entre ser agresivo y asertivo. Tener un estilo comunicativo asertivo quiere decir que expresa libremente lo que siente y piensa de una forma que no ofenda a los demás ni deje que los otros lo humillen. Una persona asertiva pide que respeten sus derechos y respeta los de los demás. Para ser asertivos debemos emitir correctamente los “mensajes yo”, que anteriormente han aparecido en la rueda de resolución de conflictos. La fórmula de estos mensajes yo es: “me siento..., porque..., me gustaría que la próxima vez...”. Todo este trabajo asertivo se ha trabajado de manera práctica, es decir, realizando representaciones de situaciones conflictivas en la sesión y pudiendo utilizar la técnica asertiva junto con las anteriormente comentadas.

Tal y como se añadió en el marco teórico se debe realizar la reestructuración cognitiva, con el fin de modificar valores, creencias y actitudes desadaptativas de la paciente. En este caso no se ha podido trabajar en profundizar en esta técnica, únicamente se han dado unas pautas muy simples de autoinstrucciones; instrucciones que el sujeto se da a sí mismo para el manejo de su propia conducta (Santacreu, 1992; citado en Labrador, 2008, p. 456)

La parte del tratamiento que se realizó tuvieron éxito, gracias a los esfuerzos de la niña y de la familia. Actualmente la intervención se está viendo dificultada porque la madre de Eva no puede traerla a nuestro centro y nadie más se puede hacer cargo de este desplazamiento.

5. Monitorización del proceso terapéutico

Durante el transcurso de la terapia se han ido utilizando diversos métodos para poder supervisar si se estaba cumpliendo el pronóstico que habíamos realizado o no.

Durante el desarrollo del tratamiento se utilizó la técnica de economía de fichas, la cual fue utilizada también como registro conductual para observar la evolución semanal de Eva. Estos registros junto con la capacidad que fue desarrollando la niña sobre su conciencia de dificultad de autocontrol, se pudo hacer un trabajo profundizando en como percibía ella que le estaba ayudando las herramientas proporcionadas por el terapeuta a lo largo de las sesiones. Inicialmente estas reflexiones eran prácticamente imposibles de realizar debido a la falta de insight que presentaba Eva en ese momento.

La madre cada semana nos proporcionaba las observaciones que ella había realizado durante la semana, y nos comentaba si había seguido o no las pautas que la psicóloga le había explicado.

A nivel escolar se producían coordinaciones con la escuela, al inicio de manera semanal y a posteriormente de manera mensual o cada tres semanas. Estas coordinaciones eran vía mail o a través de la agenda de la propia niña, y una vez cada tres meses se realizaba una coordinación presencial en el centro educativo de la menor, con la tutora y la del EAP.

Finalmente, otro método cualitativo utilizado a lo largo del tratamiento para monitorizarlo ha sido la reflexión y análisis que el terapeuta realizaba después de cada sesión con Eva. Evaluando el desarrollo, si algún aspecto no estaba produciendo la evolución esperada entonces se preparaba la sesión siguiente, poniendo mucho énfasis en ese aspecto, pero sin dejar de lado los progresos conseguidos hasta el momento

6. Evaluación final y resultados

Eva inició tratamiento psicológico en los consultorios Nen Déu de Barcelona en Octubre de 2016 y lo abandonó en Junio de 2017. La madre, con la que existe también alianza terapéutica, informa telefónicamente que deben realizar un cese voluntario de la terapia porque ningún familiar puede llevar a Eva al centro para realizar la terapia semanalmente. Es por este motivo por el cual no se han podido conseguir todos los objetivos terapéuticos establecidos inicialmente.

La alianza terapéutica que se consolidó el primer mes de tratamiento, con la niña y la madre, ha sido un punto muy importante en la evolución de Eva. La niña al llegar al servicio psicológico presentaba grandes dificultades para respetar y realizar las demandas que le hacía un adulto, pero en pocas sesiones se observó una mejora en este sentido. Realizaba todo aquello que la terapeuta le decía, en sesión, como la aplicación en la escuela de las técnicas trabajadas. Eva se presentaba muy colaboradora y con ganas de mejorar, esta motivación presente en ella también fue fundamental en la adquisición de las metas logradas a lo largo de la terapia.

A continuación se indicará que técnicas beneficiaron el logro de cada objetivo alcanzado por Eva:

- El entrenamiento para disminuir la ansiedad y aumentar el autocontrol favoreció a Eva logrando disminuir significativamente la destrucción del aula, comedor... y el lanzamiento del material escolar.
- La adquisición de herramientas para solucionar los conflictos de diferentes maneras proporcionó una disminución de los insultos y agresiones físicas de Eva hacia sus compañeros.

- El entrenamiento en habilidades sociales fue muy beneficioso para ella para poder comunicar de manera asertiva aquello que sentía, sin llegar a amenazar e intimidar a sus compañeros y profesores.
- La técnica de economía de fichas ha estado presente a lo largo de todas las sesiones, ha sido un sistema de reforzamiento que ha sido muy útil a la hora de que Eva fuera consciente de sus malas conductas, de sus mejoras... el hecho de poder observar y participar ella en el registro de sus mejoras conductuales y actitudinales, ha servido para incrementar y mantener la motivación de la niña para seguir la terapia.

El logro de estas metas han producido cambios importantes a nivel social (escolar y familiar) y académico, las dos áreas que se encontraban inicialmente más afectadas.

Como se ha comentado anteriormente, la terapia no ha sido finalizada, es por esta razón que no se ha podido realizar todas las técnicas que el marco conceptual marcaba como importantes para la intervención del trastorno de conducta. La estrategia que faltó por trabajar con Eva fue la reestructuración cognitiva, la cual hubiera disminuido las peleas que Eva iniciaba cuando sentía que alguien estaba siendo injusto con otra persona y las mentiras que emitía para evitar castigos u obtener aquello que ella quiere. Cabe destacar que con las técnicas trabajadas hasta junio, las mencionadas anteriormente, se observó una ligera mejora en estos dos objetivos, pero no se puede decir que se ha logrado estas metas fijadas al inicio de la terapia.

Teniendo en cuenta todo esto, si se realizara una derivación, se recomendaría al clínico inicialmente reforzar todas las técnicas aprendidas y evaluar que las pone en práctica en su día a día y que se mantienen las mejoras a nivel social y académico. Una vez obtenido la información necesaria para saber que se mantienen los logros

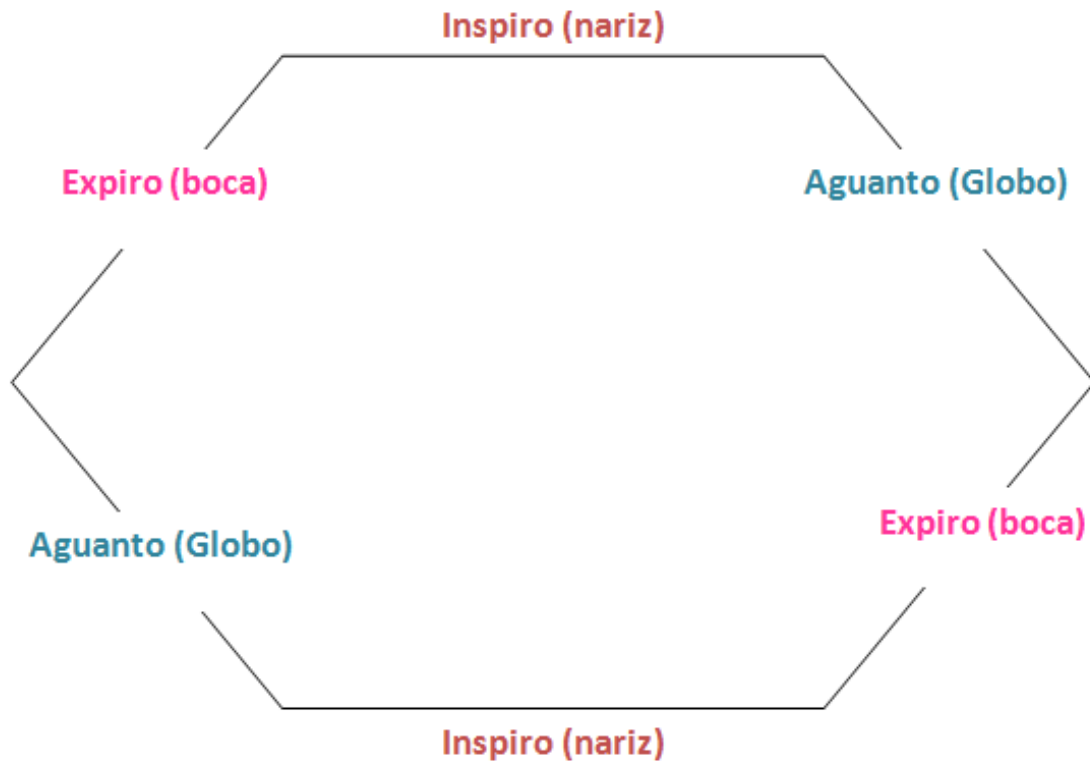
conseguidos de Octubre de 2016 a Junio de 2017, se debería empezar un entrenamiento en reestructuración cognitiva, con el objetivo de tratar de modificar valores, creencias, cogniciones y /o actitudes desadaptadas. Un valor muy importante a trabajar es el de la justicia o injusticia, ya que como hemos ido observando a lo largo de las sesiones, es un concepto que le produce ansiedad y no sabe cómo gestionarlo adecuadamente. Se sugiere que una vez conseguido todos los objetivos fijados en la evaluación inicial, se realice una observación exhaustiva para fijar nuevos objetivos y, en caso de no existir la necesidad de fijarlos, realizar sesiones de seguimiento una vez al mes o mes y medio para asegurar el mantenimiento de las conductas adaptativas.

7. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: Internacional University Press.
- Carey, M. P., Flasher, L. V., Maisto, S. A. y Turkat, I. D. (1984). The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology, 15*, 515-527.
- Costa, M. y López, E. (2003). *Consejo psicológic*. Madrid: Síntesis.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle and Stuart
- Goldsmith, J. B. Y McFall, R. M. (1975). Development and evaluation of an interpersonal skills training program for psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 51-58.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Liria, A. y Vega, B. (2002a). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas: con ejercicios para el profesor*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Liria, A. y Vega, B. (2002b). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas: cuaderno de ejercicios para el alumno*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrate approach*. Nueva York: Plenun Press.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica* . Madrid: Síntesis.
- Ruiz, M. A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta, 1*, 83-131.
- Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación universidad Empresa.

8. Apéndices

Apéndice 1



Apéndice 2



Apéndice 3

	LUNES 24	MARTES 25	MIERCOLES 26	JUEVES 27	VIERNES 28	SABADO 29	DOMINGO 30
APUNTAR LAS COSAS EN LA AGENDA	No apunté porque no había nada	No apunté porque no había nada	No apunté porque no había nada	😊	😊	no apunté por que no había nada	no apunté por que no había nada
ME PONGO A HACER LOS DEBERES A LA PRIMERA	No, porque no tengo deberes.	😊 tengo los deberes.	😊	😊	😊	😊	😊
SI CONSIGO LAS DOS CARTAS HAGUEN DIBUJO Y VEO EN LA TELE LO QUE QUIERO	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊

Hay

→ voy a la visita!
→ cuando me ponga a estudiar hago tiempos de 10 minutos

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
APUNTAR LAS COSAS EN LA AGENDA	Fiesta	Fiesta	NO	😊	😊	😊	😊
ME PONGO A HACER LOS DEBERES A LA PRIMERA	😊 il no empiere il no empiere	😊 il no empiere il no empiere	😊	😊	Fiesta	😊	😊
SI CONSIGO LAS DOS CARTAS HAGOUN DIBUJO Y VEO EN LA TELE LO QUE QUIERO	🎵 📺	heido 📺 a jugar ha fuera	🎵 📺	🎵 📺	🎵 📺	🎵 📺	🎵 📺

MARIA

MARIA

Registro de participaciones, tareas y conducta.

Semana del _____ de _____ al _____ de _____ de _____

	¿Cómo me porté hoy?			¿Cómo trabajé hoy?			¿Cumplí con mis tareas?			Firma del padre, madre o tutor.
Semana Solas Mariana										
LUNES										
MARTES										
MIÉRCOLES										
JUEVES										
VIERNES										