

## **TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESCOLAR: ANÁLISIS DE UN CASO.**

### **BEHAVIOUR THERAPY IN SCHOOL PHOBIA: DESCRIPTION OF A CASE.**

#### **RESUMEN**

La fobia escolar es un trastorno de ansiedad que aunque presenta importantes niveles de prevalencia en la población infantil, no ha conseguido aún poner a todos de acuerdo sobre su delimitación diagnóstica. A ello contribuye el hecho de que el DSM IV así como sus dos versiones anteriores, no incluyen expresamente el término de fobia escolar, diluyéndose terminológicamente entre la fobia social y la fobia simple, lo que abona el terreno del desacuerdo en su delimitación nosológica.

Ante esta confusión terminológica, el análisis funcional de la conducta se nos muestra, una vez más, como la mejor técnica de abordaje de estos trastornos, en cuanto que se preocupa más de la definición del problema y de la intervención ajustada, que de su encuadre diagnóstico, tanto más importante en la patología infantil donde es sabido por todos el alto índice de comorbilidad que la caracteriza.

En este artículo se presenta el caso de un niño de 13 años con trastornos de ansiedad que le impedían asistir al centro escolar. El análisis y modificación de conducta, están realizados en y desde el mismo contexto educativo en el que se da la conducta problema, con las implicaciones y características específicas que de ello se desprenden.

El tratamiento psicológico, de orientación cognitivo conductual, tuvo una duración de siete sesiones a lo largo de un mes aproximadamente. Después de una fase de mantenimiento de dos meses, se realizaron seguimientos al mes de dejar la medicación, a los cinco meses posteriores (final de curso) y al año (principios del curso siguiente).

Como colofón de este trabajo se comentan algunas consideraciones prácticas de interés.

**Palabras clave:** FOBIA ESCOLAR, ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA, TERAPIA DE CONDUCTA.

## SUMMARY

Although quite common among the children population, no specialists have come to terms about the boundaries of a right diagnosis of school phobia. Since such anxiety disease neither has been included in the DSM IV nor in the two previous editions does its definition become a hard task. Therefore, school phobia hides behind both social and ordinary phobia.

Bearing all this in mind the best way to treat the disease seems to be once again the Functional Behaviour Analysis, for it focuses highly on the problem definition and right control rather than on its diagnosis. The choice is more effective since the child pathology is connected quiet often to a variety of psychological disorders at a time.

In this paper we show the case of a thirteen years old boy with anxiety disorders which prevented him from school attendance. The analysis and change of behaviour takes place within the school context where he is having problems. We take into account all the features and implications of the particular situation.

The cognitive-behavioural oriented psychological therapy consisted of seven sessions. After testing right for two months, monitoring took place at several stages after leaving medication: one, five months and one year later (beginning of the new school year).

To end with some useful reflections on the matter are included.

Key words: SCHOOL PHOBIA, FUNCTIONAL BEHAVIOUR ANALYSIS, and BEHAVIOUR THERAPY.

# **TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESCOLAR: ANÁLISIS DE UN CASO.**

## **BEHAVIOUR THERAPY IN SCHOOL PHOBIA: DESCRIPTION OF A CASE.**

**Antonio Coronado Hijón.**

Universidad de Sevilla (Spain) [acoronado1@us.es](mailto:acoronado1@us.es)

### **1. INTRODUCCIÓN**

En el presente trabajo se expone la evaluación y tratamiento de un caso de fobia escolar llevada a cabo en su contexto natural, o sea, en y desde el centro educativo.

La fobia escolar se puede definir como un trastorno de ansiedad que desencadena un patrón de conductas desadaptativas ante determinadas situaciones escolares.

Este trastorno, al igual que cualquier otro, tiene su reflejo a través de los tres sistemas de respuesta: fisiológico, motor y cognitivo. Sus exponentes más evidentes son persistentes y progresivas respuestas de temor, acompañadas de dolores de cabeza, estómago y/o vómitos, así como de pensamientos negativos relativos a la asistencia al colegio o instituto que llegan a impedir una normal escolarización del alumno.

Broadwin (1932) fue el primero que utilizó el término de *fobia escolar* para definir estos trastornos. Nueve años después Johnson y col. (1941) encabezaron un artículo con el mismo título, aunque más tarde (Estes, Haylett y Johnson, 1956) se cambió por el de *ansiedad de separación* para referirse a la misma conducta problema (aunque con algunas especificaciones diferenciales), prevaleciendo la utilización de este último término hasta nuestro días.

Consecuente con este proceso, a partir de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM III, 1980) que edita la Asociación Psiquiátrica Americana, la fobia escolar comienza a perder peso en la terminología diagnóstica. Tampoco aparece como entidad clínica en las posteriores revisiones y ediciones (DSM III-R 1987 y DSM IV 1994) ni en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10, 1992) realizada por la Organización Mundial de la Salud, aunque algunos autores (Toro 1986) lo consideren como el trastorno más significativo en edad escolar, atendiendo fundamentalmente a criterios clínicos como el grado de interés y preocupación que muestran los padres por resolver este problema.

Siguiendo la clasificación nosológica vigente, la fobia escolar se presenta como un trastorno complejo que, más que mostrarse como una entidad clínica independiente, aparece como un conjunto de síntomas secundarios a; el trastorno de ansiedad de separación de los padres, una fobia específica o un trastorno obsesivo- compulsivo (Bragado 1994) (Sandín y Chorot 1995).

Como conclusión podemos determinar que el uso del término *fobia escolar*, queda pues circunscrito a aquellos casos de rechazo y evitación escolar -motivados por el miedo a una situación determinada del ambiente educativo- que se nos muestran secundarios a otros trastornos de ansiedad o bien, con entidad clínica independiente como un tipo de fobia específica situacional.

En cuanto a las técnicas empleadas en la evaluación del caso, éstas han sido las entrevistas y la observación por ser las más utilizadas en este tipo de trastorno (Méndez 1998). Las entrevistas se han llevado a cabo con el niño, con los padres y con los tutores (su tutor actual y el del curso pasado). La observación se ha desarrollado mediante registros de asistencia llevados a cabo por sus profesores y registros de autoobservación cumplimentados por el niño durante el tratamiento. También se han utilizado inventarios y cuestionarios como evaluación inicial y de seguimiento. Para valorar las interacciones sociales del alumno dentro de su grupo- clase se llevó a cabo un test sociométrico (Arruga 1987).

Debido a que en el origen y mantenimiento de la fobia escolar se encuentran implicados factores relacionados con los principios del condicionamiento clásico así como del condicionamiento operante, en el tratamiento del problema se ha empleado un programa mixto basado en los dos tipos de condicionamiento.

En relación con el condicionamiento clásico se ha utilizado la técnica de exposición por ser ésta de primera elección en el tratamiento de la fobia escolar (Kennedy 1965). El tratamiento basado en principios del condicionamiento operante ha consistido en el manejo de contingencias desde el hogar y el centro educativo, utilizando el reforzamiento positivo de los logros que progresivamente alcanzaba el alumno.

Debido a la edad del sujeto, el empleo de técnicas cognitivas se ha limitado a la utilización de “autoinstrucciones” para facilitar la conducta de exposición.

## 2. MÉTODO

### 2.1 Sujeto.

Ricardo es un niño de 13 años que cursa 2º de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Su padre es pintor y trabaja como asalariado. Su madre trabaja “por días” como empleada de hogar. Es el pequeño de tres hermanos, siendo el único varón. Las dos hermanas de 23 y 20 años, trabajan también de empleadas de hogar. En su casa convive con ellos su abuela, que comparte dormitorio con él. Viven en un barrio obrero de una capital de provincia.

Ricardo es remitido por su tutor, el primer día de curso, al departamento de orientación del instituto donde cursa 2º de E.S.O. El niño venía llorando y en aparente estado de excitación y decía que no quería entrar en clase. Comenta que el problema le viene desde el curso pasado, cuando comienza una nueva Etapa educativa en un, también nuevo, Centro escolar. A raíz de ahí, Ricardo desarrolla una serie de trastornos de ansiedad moderados, de tipo obsesivo –compulsivo que acarrear conductas fóbicas ante la asistencia al Centro educativo. Los trastornos primarios de ansiedad remiten con tratamiento médico- farmacológico mientras que la fobia escolar persiste y se agrava.

### 2.2 Procedimiento

#### 2.2.1 Evaluación.

En los primeros días de curso, el tutor trae al alumno -que viene llorando y bastante nervioso- al departamento de orientación. Se inicia en un primer momento y como técnica de identificación del problema, una *entrevista conductual* con un carácter bastante *abierto* para dar rienda suelta a la necesidad de expresión y desahogo que evidencia el alumno.

En esta entrevista se extrae información acerca de la naturaleza del problema, la importancia que en ese momento tiene para él, así como la concurrencia pasada y actual de otros tratamientos.

Al finalizar esta primera entrevista se procede a devolverle información relativa a su problema, así como las directrices generales del afrontamiento o tratamiento del trastorno. La finalidad fundamental de esa información es conseguir que el alumno siga

viniendo a clase (debido a su problema de evitación que presenta), mediante la adherencia al tratamiento y establecimiento de expectativas de mejora.

Posterior a esta entrevista se cita a los padres. El objetivo de la *entrevista con los padres* es además de recoger información, proponerle el tratamiento del problema de evitación que está mostrando su hijo en el instituto, así como tantear la disposición y preparación de los padres ante la colaboración con las tareas y finalidades del tratamiento.

Como Ricardo llevaba pocos días de curso cuando vino derivado al departamento de orientación, se solicitó un *heteroinforme de observación*, al tutor de su curso pasado, el cual me completó y confirmó la información que ya tenía acerca de la frecuencia y duración de los trastornos de conducta del niño.

Tanto la primera entrevista con Ricardo, como las tres siguientes, no se realizan con cita previa sino a causa de que el alumno viene - esos primeros días de clase- derivado al orientador del instituto porque se siente mal, está llorando y quiere irse a casa.

La entrevista en estos momentos tiene dos finalidades: recoger información relevante y servir como parte del tratamiento, en cuanto que el alumno no se va a casa, sino que después de las entrevistas, vuelve a clase o realiza alguna actividad en el centro (exposición con escape temporal y vuelta a la situación de exposición).

En la segunda entrevista, además de proseguir la recogida de información relevante se le enseña al alumno a realizar un autorregistro (AO) de la conducta problema y se le da para que lo efectúe. El AO que se le aporta es de tipo funcional, recogiendo además de la ocurrencia del problema, aquellos eventos funcionalmente relacionados con ella.

El primer modelo de registro utilizado, presenta tres categorías, una de antecedentes; qué está haciendo, pensando o sintiendo, antes de la conducta problema. Otra referida a la conducta; constatación de la conducta problema. Y otra de consecuentes; qué hace, piensa o siente después. Este autorregistro (AO) se le explica al alumno, cómo realizarlo e incluso cómo confeccionarlo. Además se le indica que registre las actividades que realiza a lo largo del día y el grado de "agobio", ya que ésta es la frase con que Ricardo describe el malestar sentido.

La tercera *entrevista* (7-10-98) se realiza *mediante un modelo estructurado*. En él se recogen los siguientes aspectos: interacción inicial, delimitación del problema, importancia, análisis de secuencias, análisis de parámetros, evolución del problema,

autocontrol y expectativas, y despedida (devolución de información e indicación de tareas para casa). Se analizan los autorregistros observando cómo el alumno puntúa diferentemente el grado de “agobio” percibido en las tareas realizadas en el instituto (5 en una escala de diez) del percibido en casa (ninguno).

*La cuarta entrevista* se dedica a comentar el AO efectuado por Ricardo y a complimentar el “*Cuestionario de Miedos*” (Fear Questionnaire ) FQ de Marks y Mathews (1979) por ser un instrumento de evaluación de fobias, sencillo y fácil de aplicar. A partir de aquí se establece una cita periódica semanal.

Las distintas sesiones han comenzado siempre comentando el autorregistro realizado y determinando al final de la entrevista las tareas para casa.

Un mes más tarde repite el “*Cuestionario de Miedos*” FQ como medida de post - test.. Las subescalas de agorafobia y de fobia social de este cuestionario, se han mostrado muy sensibles a los cambios debidos a los tratamientos psicológicos en estudiantes con ansiedad social (Echeburúa, 1993).

Para la siguiente sesión se le encarga que traiga otro autorregistro relativo a la primera hora de clase, pero esta vez algo más complicado y cubriendo seis categorías: día y hora, lugar y personas presentes, antecedentes, conducta problema, consecuentes y grado de malestar.

En las siguientes tres sesiones también se trabajan autorregistros.

Una vez que se observa que el problema de Ricardo presenta una clara mejoría, ya que la incidencia de evitación escolar es nula y él nos dice sentirse bien, efectuamos un *sociograma* para conocer y evaluar el grado de sociabilidad y relaciones sociales de Ricardo ahora, en su grupo-clase. Para ello se utilizó la técnica sociométrica creada por J. Moreno (1978), el sociograma, en la versión de Almari y Gil (1993). Esta técnica nos permite descubrir la posición social de cada persona dentro de un grupo, las preferencias y los rechazos, el grado de apertura que el alumno muestra hacia su grupo, etc.

La justificación de utilización de esta técnica viene determinada por el carácter escolar y social de la conducta problema, así como por la posibilidad y mayor facilidad que se tiene de aplicación y utilización, desde el mismo contexto en el que se da. Además su utilización está justificada como instrumento de evaluación de las habilidades sociales del alumno, por la importancia que tienen éstas en prevención de posibles recaídas posteriores.

Posteriormente se siguen sesiones de entrevista terapéutica que comienzan siempre comentando las tareas para casa y autorregistros, hasta que constatando una evidente mejoría se lleva a cabo una evaluación de los resultados del tratamiento.

Como *evaluación post-tratamiento* se valoró el criterio más usado en la estimación de los resultados del tratamiento de la fobia escolar: la asistencia escolar. Una vez comprobado que Ricardo venía asistiendo a clase con normalidad y regularidad se dieron por conseguidos los objetivos terapéuticos planteados al inicio de la intervención, regularidad que se constató también en un informe de hetero - observación que hizo el tutor.

Como medida de post- test se han utilizado también, el cuestionario de ansiedad estado- rasgo para niños (STAIC) y el cuestionario de miedos (FQ).

El objetivo buscado con estas medidas es evaluar el grado de ansiedad que presenta el sujeto en el momento de la prueba, ya que éste ha sido el núcleo principal de sus conductas problemáticas.

La *entrevista con los padres* se realiza con los siguientes objetivos: comentar y contrastar con los padres la consecución de los objetivos terapéuticos, animarles en la facilitación de nuevas relaciones sociales para su hijo y explicarles estrategias en prevención de recaídas.

Un mes después de dejar la medicación prescrita para el trastorno obsesivo (clorimipramina) se efectúa una *evaluación de seguimiento* que tiene en consideración la comunicación continua y periódica de su tutor constatando la mejoría obtenida y la ausencia de conductas problemáticas. Se pasa el cuestionario obsesivo- compulsivo de Maudsley para *evaluar la generalización de las ganancias terapéuticas*. Este cuestionario es muy útil por su brevedad y fácil administración.

En cuanto a la comunicación de su tutor, como ya se ha comentado, se realiza de forma continua y flexible, dándose por entendido que ésta no acaba en el mes de seguimiento post- tratamiento psicológico y post- medicación, citados sino que abarca tres meses más, hasta final de curso.

Al final del curso se vuelve a realizar un sociograma de su grupo-clase para ver y evaluar la situación sociométrica del alumno, utilizándolo también como post-test.

Desde el departamento de Orientación, el seguimiento permite abarcar un periodo más largo que se extiende durante la escolaridad del alumno en el centro educativo.

### 2.2.1.1 *Análisis Conductual*

#### *a) Análisis de la situación problema.*

El alumno dice que se siente mal en clase, siente agobio, sale de clase y quiere irse a casa.

Análisis de respuestas en términos topográficos:

- Cognitivas: no tiene ganas de hacer nada, tristeza, pensamientos recurrentes catastróficos.
- Fisiológicas: se siente mal, agobio.
- Motoras: salir de clase e irse a casa (evitación), no hablar con nadie, llantos.

#### *b) Análisis de los estímulos antecedentes.*

- Próximos: venir al instituto, pensar en ello, levantarse por la mañana.
- Remotos: actos y frases repetitivas que realizaba antes del tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo, los pensamientos de anormalidad sobre lo que le estaba pasando y su comparación con otros niños.

#### *c) Análisis de los estímulos consecuentes.*

- Próximos: irme a casa y ver televisión, más tranquilidad.
- Remotos: pensar en “que si mañana me va a pasar lo mismo”, “no me tratan igual que antes. Ahora me tratan con más cuidado”.

#### *d) Análisis de autocontrol.*

Las estrategias utilizadas por Ricardo han sido de pasividad, aislamiento y evitación: no hablar con nadie, ocultar el problema e irse del instituto. Durante todo el curso anterior, los trastornos obsesivos- compulsivos iban acompañados de conducta de evitación escolar, la cual se fue incrementada por refuerzo negativo.

#### *e) Recursos del niño.*

No parece que Ricardo sea un niño extrovertido y muy sociable. Sus aficiones están relacionadas ahora, con la compañía de algún familiar: ir a ver jugar a su equipo de fútbol con su padre, ir al coro de la iglesia con su hermana para oírle cantar...

*f) Factores determinantes en la adquisición de la conducta problema..*

Un factor importante, desencadenante de trastornos de ansiedad, es el cambio de Etapa y Centro escolar, ya que el curso anterior (donde se inician los problemas) el alumno pasa de Primaria a Secundaria y además cambia de Centro.

Según la información recogida, la conducta problema de evitación escolar se nos muestra como secundario a un trastorno obsesivo –compulsivo que aparece en diciembre del curso anterior, cuando por el cambio de etapa educativa –de Primaria a Secundaria- el alumno ingresa en un nuevo Centro.

El niño intenta ocultar estos trastornos, aunque no puede evitar continuas risas y comentarios jocosos de los compañeros, acerca de su extraño comportamiento. Aunque acude a tratamiento médico y bajo medicación desaparecen los trastornos obsesivo –compulsivo, la conducta de evitación escolar persiste y aumenta.

*g) Factores implicados en el mantenimiento de la conducta problema.*

- *Estímulo*

Levantarse por la mañana, prepararse, venir y entrar en el instituto y en clase.

- *Organismo*

Agobio, deseo de irse a casa, llantos.

- *Respuesta*

“No hablo con nadie, los compañeros no se dan cuenta de que lloro porque me voy al aseo a desahogarme. Pienso en lo que me está pasando y en irme a casa y no venir más al instituto.

Cuando no puedo aguantar me pongo a llorar y pido hablar con mi tutor”

- *Consecuencia*

El tutor llama a su casa para que venga un familiar a recogerlo, frecuentemente la abuela, aunque a principio de curso cuando se observaba la conducta problema, hubo días que el alumno quería que se avisara a su padre y/o a su madre (sabía que esos días estaban en casa).

Se va a casa y se pone a ver programas de televisión.

- *Contingencia*

En un primer momento se queda tranquilo, pero luego piensa “si mañana me va a pasar lo mismo”. A menudo piensa “si se me quitará esto algún día. “.

No sale con amigos a la calle. Cuando sale lo hace con un familiar: padre, madre, hermana...

### 2.2.1.2 Instrumentos y secuencias de evaluación.

Las técnicas utilizadas en la evaluación del caso han sido; entrevista conductual, hetero-observación y auto-observación/autorregistro (AO), cuestionarios y test sociométrico.

a) Secuencia del protocolo de evaluación.

#### I. *Evaluación pretratamiento.*

- Entrevista semiestructurada con niño y con padres.
- Informe de hetero-observación del tutor del curso pasado.
- Entrevista conductual estructurada.
- Autorregistro.

#### II. *Evaluación intratratamiento.*

- Auto-registros de tipo funcional.
- Partes de asistencia escolar.
- Cuestionario de Miedos (Fear Questionnaire ) FQ de Marks y Mathews (1979)
- Sociograma “Socograma”, Almari y Gil. (1993)

#### III. *Evaluación resultado del tratamiento.*

- Evaluación de objetivos terapéuticos propuestos.
- Entrevista con los padres.
- Informe de hetero-observación directa del tutor.
- Partes de asistencia.
- Cuestionario de Miedos (Fear Questionnaire) FQ. de Marks y Mathews (1979)
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños (b). STAIC. Spielberger, C.D.

#### IV. *Evaluación de los seguimientos*

- Informe de hetero-observación directa del tutor.
- Partes de asistencia escolar.
- Sociograma.
- Cuestionario obsesivo- compulsivo de Maudsley (Hodgson y Rachman, 1977; véase Ávila 1986)
- Entrevista con el niño.

### 2.2.1.3 *Análisis funcional.*

Ricardo presentaba un problema de fobia escolar producida por experiencias aversivas en su instituto.

El cambio de etapa educativa y de centro escolar actuó como factor estresante principal que conjugado, asimismo con cierto nivel de vulnerabilidad en el niño, originó un trastorno de ansiedad con características obsesivo-compulsivas.

La incompreensión y a veces mofa, de los compañeros de Ricardo ante las conductas compulsivas -verbales y motoras- que éste no podía evitar mostrar, produce un condicionamiento de respuesta ansiosa ante los compañeros.

Cuando el alumno es remitido al departamento de orientación, las respuestas de ansiedad condicionadas son fundamentalmente: desmotivación, pensamientos de tristeza y de impotencia ante lo que le sucede (sistema cognitivo); sensación de “agobio” (sistema fisiológico); salir de clase e incluso reducir su asistencia a lugares de juego en el barrio (sistema motor).

La reducción de la ansiedad así como de exigencias y responsabilidades escolares, mantenía por reforzamiento negativo la conducta de evitación. El reforzamiento positivo lo ejercía la mayor atención familiar hacia él y la realización de actividades agradables en casa como, por ejemplo, ver la televisión. Estas consecuencias positivas de carácter más inmediato tienen más repercusión en la conducta del niño que otras consecuencias desagradables como el fracaso escolar y el aislamiento social, las cuales repercuten a más largo plazo.

A su vez, los pensamientos negativos y catastróficos que el niño construye sobre sí mismo y sobre su futuro reducen al mínimo sus expectativas de eficacia frente al problema.

Este condicionamiento es la causa de que cuando los trastornos compulsivos remiten bajo tratamiento farmacológico, el alumno siga presentado el problema de fobia escolar, adquiriendo de esta forma independencia funcional del trastorno primario de ansiedad.

### 2.2.2 *Tratamiento*

En vista de que los trastornos obsesivo-compulsivos no se observan en el momento en que Ricardo acude a consulta al departamento de orientación del instituto y de que el alumno muestra altas tasas en la frecuencia e intensidad de la conducta de evitación escolar, interfiriendo de forma problemática en su escolaridad, se define como objetivo terapéutico que el alumno asista a clase y pueda seguir con regularidad el curso escolar.

La regularidad se definió, en este caso, como la asistencia a todas las asignaturas durante al menos, un mes. No se contabilizaría las faltas justificadas por los padres.

De todas maneras en el período de seguimiento se tendrán muy en cuenta la observación de posibles recaídas de los trastornos experimentados por Ricardo, tanto primarios como los secundarios.

Concretando más, el procedimiento elegido ha sido el de *exposición en vivo*, ya que éste es el tratamiento conductual más eficaz para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos. En este caso y al principio del tratamiento, cuando la ansiedad era excesiva y a modo de ayuda, se permitió la exposición con la posibilidad de un escape temporal, volviendo a la situación tan pronto como se podía con el objetivo de aumentar el grado de control del sujeto. Las conductas de escape de breve duración, seguidas de una reexposición inmediata a los estímulos temidos, no afectan básicamente a la eficacia de la exposición (Echeburúa 1996).

*Para potenciar los efectos de la exposición*, se ha utilizado también en este caso, técnicas complementarias relacionadas con estrategias cognitivas como son las *autoinstrucciones* así como técnicas operantes de *reforzamiento positivo*.

El motivo de complementar la técnica de exposición con la de autoinstrucciones, se debe a que ésta es la técnica cognitiva más utilizada en los trastornos de ansiedad infantiles, utilizándola frecuentemente juntamente con la exposición en el tratamiento de las conductas de evitación (Moreno, Blanco y Rodríguez, 1992). El objetivo de este procedimiento es cambiar el diálogo interno del niño para facilitar el afrontamiento de la tarea. La anticipación de consecuencias desagradables, acompañada de una atención selectiva a estímulos internos de ansiedad y a estímulos aversivos externos, facilita la respuesta de evitación, que queremos modificar (Meichenbaum, 1985).

El uso del reforzamiento positivo, por otra parte, acompaña habitualmente a los procedimientos de exposición y autoinstrucciones (Bragado y García- Vera 1998). Éste

ha consistido fundamentalmente en el elogio y valoración de las conductas de afrontamiento y acercamiento que Ricardo ha ido realizando hacia la situación temida (centro escolar) con el objetivo de aumentar sus expectativas de auto-eficacia.

Así mismo es importante relacionar el tratamiento con los factores de mantenimiento de la conducta problema, que en el análisis conductual de este caso veíamos que tenían que ver con la tranquilidad, actividades agradables y poco sociables como ver la televisión en su casa y el mayor cuidado en el trato que, Ricardo sentía y recibía al realizar la conducta de evitación del centro escolar. Pero si es conveniente contemplar y utilizar en el tratamiento los aspectos positivos que le acarrea al sujeto la conducta problema, también lo es respecto a las dificultades que tiene que afrontar en el caso de superar el problema, como es en este caso un mayor nivel de exigencia social- escolar del que estaba acostumbrado el alumno (el paso de la etapa de enseñanza Primaria a la Secundaria, incluyendo cambio de centro educativo). Para ello se ha utilizado la programación de actividades dentro de la tutoría lectiva del alumno.

El manejo de las contingencias aludidas, tiene como fin reordenar el ambiente del niño para facilitar que la emisión de conductas adaptativas con la ansiedad sean seguidas de consecuencias positivas (reforzamiento) y que las respuestas de evitación o escape ante los estímulos temidos no conlleven consecuencias agradables (extinción). Este procedimiento está implícito en las instrucciones dadas a los padres al respecto, y al tutor y al equipo educativo de profesores de su grupo.

La técnica fundamental, como ya se ha comentado, ha sido la de exposición *in vivo* pasando en muy pocas sesiones a autoexposición con posibilidad *temporal* de escape al departamento de orientación, donde se aprovechaba para realizar tareas relacionadas con el programa de tratamiento; revisión y comentario de autorregistros, realización de cuestionarios, implementación de autoinstrucciones, refuerzo positivo, etc...

### 2.2.2.1 Fase preliminar.

La primera entrevista, una vez *recogida información* sobre el caso y en lo relativo a los efectos terapéuticos, la dedico a *devolverle la información*, explicándole el trastorno desde el enfoque de las Teorías del Aprendizaje, presentándole además expectativas de solución y mejora realistas, debido a que éstas pueden aumentar la eficacia del programa

y a que el alumno relata a veces, que él no se siente normal y que piensa si alguna vez se le podrá solucionar el problema.

Como Ricardo viene vestido con una equipación del su club de fútbol favorito, se utilizó esta cuestión como factor de explicación del programa a seguir, como motivación y también buscando conductas incompatibles con la ansiedad que presentaba (cambiando el foco de atención). Este aspecto y con los objetivos citados se utilizó de forma reiterativa en las siguientes entrevistas: comparando la situación del Club en la liga (2ª división) con el mal momento que ahora pasaba él, analizando las posibilidades de ascenso y los requisitos necesarios (tiempo, esfuerzo, confianza...), razonando sobre la importancia del entrenamiento, explicando el papel del “técnico”(entrenador) y haciéndole ver que la mejora de los problemas está formada por avances y retrocesos porque es imposible y nada realista “ganar todos los partidos”. Que es difícil meter goles pero que cuando se consiguen hay que celebrarlo con júbilo, etc... Debido a la edad de Ricardo (13 años) y a su afición por este club de fútbol, creo que el adoptar este aspecto como factor motivador ha tenido un papel muy positivo en el tratamiento del problema.

En cuanto a la explicación del programa de tratamiento, se le comenta a Ricardo y luego a sus padres que la mejor forma de superar su miedo era enfrentándose repetidamente a las situaciones que le asustaban y evitaba. Se le comenta que estas situaciones se afrontarían de forma gradual, explicándole que una forma podía ser primeramente que, cuando tuviese ansiedad en clase, aguantase hasta que no pudiera más y saliera entonces un rato, a hablar conmigo.

A pesar de todo y al finalizar esta primera entrevista, el alumno sigue insistiendo en querer irse a su casa, por lo que debido al carácter graduado que se pretende tenga su programa de exposición en vivo así como para ganar su confianza, se accede y se llama a su casa para que vengan a recogerlo. Viene a recogerlo el padre y llevo a cabo una entrevista con él.

La entrevista realizada con los padres, además de la finalidad de recogida y contrastación de información, tenía como objetivo explicar y consensuar el tratamiento así como el grado de compromiso que se podía esperar de ellos.

Con el tutor de su grupo- clase también se tuvo una entrevista para explicarle el trastorno de Ricardo así como para dar las instrucciones de manejo de contingencias, pertinentes al caso.

#### 2.2.2.2 *Fase intensiva.*

Antes de la segunda entrevista se produce otra conducta de evitación escolar dentro de la misma semana, en la que el alumno se muestra excitado y llorando y dice que quiere irse a su casa. Se accede a ello, pero al rato lo vuelve a traer su madre al centro y entra de nuevo en clase. Esta colaboración de su madre con el programa de tratamiento ha sido también fundamental en los resultados conseguidos.

La segunda entrevista se produce a primera hora de clase del lunes siguiente. El alumno no quiere entrar en clase. Dice que se siente mal desde esta mañana, incluso anoche al acostarse ya se sentía mal.

Se explica la técnica de autorregistro pidiéndosele como tarea para casa. Se le plantea que en vez de irse a casa, se quede hasta una clase que le guste. El alumno propone entrar a cuarta hora, que tiene Religión. Se queda en la biblioteca haciendo un trabajo de Lengua.

Aunque su padre y su madre trabajan (ella en días alternos), Ricardo informa de que ese mismo día están por la mañana en su casa, lo cual se considera como un factor relevante en la elicitación de la conducta problema.

La tercera entrevista se produce el miércoles siguiente (dos días más tarde) y en las mismas condiciones que las anteriores. Ésta se dedica a realizar una entrevista más estructurada, con el objetivo de recabar más información sobre el caso a la vez que sirve de “tarea en el departamento” para Ricardo y dentro de la graduación prevista, como escape temporal con vuelta a la exposición de la situación temida, ya que una vez que terminamos la entrevista el alumno vuelve a clase.

Un dato relevante que se obtiene en esta entrevista es que Ricardo comenta que el problema (venir al instituto) es menor cuando viene pensando en que por la tarde va a ir con su hermana al coro donde canta ésta. Se aprovecha este dato para realizar un comentario terapéutico sobre cómo pueden influir nuestros pensamientos en nuestro estado emocional, y cómo pensamientos positivos o agradables pueden ayudarle a venir al instituto con otra disposición.

El día siguiente, a primera hora, el alumno sale de clase y acude al departamento de orientación con evidentes síntomas de ansiedad. Dedicamos el “trabajo en el departamento” a realizar el Cuestionario de Miedos (Fear Questionnaire) FQ. de Marks y Mathews (1979) y revisar el AO encargado, observando que no está realizado en condiciones, lo cual no es de extrañar debido a la edad de Ricardo (13 años) y a la dificultad propia de esta edad y nivel cognitivo, de conceptualizar los antecedentes y consecuentes de una conducta. Esta sesión se completa trabajando de nuevo, ahora mediante modelado, la cumplimentación de autorregistros.

Una vez terminada la entrevista el alumno vuelve a clase.

La quinta sesión se produce cinco días más tarde, después de un puente de vacaciones. Esta se comienza realizando un autorregistro más complejo, relativo a la primera hora de clase de los dos días anteriores en los que se vuelve a mostrar el problema. En él ya se puede observar una bajada en el grado de ansiedad que se acuerda en conceptualizar como “agobio” ya que era el concepto utilizado por el alumno para describir su malestar.

Otro aspecto a comentar de lo observado en los registros, es que el alumno está utilizando autoinstrucciones para enfrentarse al problema, del tipo de “ tengo que aguantar hasta el final de la clase”.

A partir de esta entrevista se establece una cita semanal en el departamento.

### *2.2.2.3 Fase de consolidación.*

Se enseña al alumno a utilizar autorregistros más complejos, de seis categorías. En la revisión de éstos se comprueba que el grado de agobio que ahora refleja Ricardo en las primeras horas de clase es 0, aunque también se observa una dificultad en el registro de pensamientos y sentimientos, los cuales identifica Ricardo con aspectos problemáticos de su conducta y por tanto, registra que ahora “no piensa nada ni siente nada”.

Viendo la mejoría y siguiendo las directrices de graduación propuesto en el tratamiento se va retirando progresivamente el “apoyo” a Ricardo y establecemos las siguientes entrevistas con una periodicidad mayor, en concreto cada dos semanas los mismos días y horas.

Para conocer el nivel de integración social que tiene el alumno en su clase se efectúa un "sociograma" . De estos resultados se desprende que es preciso mejorar las relaciones

sociales de Ricardo en su grupo- clase. Para ello se planificó y programó desde el departamento de Orientación y conjuntamente con su tutor, actividades para desarrollar con el grupo de; hacer y mantener amigos, habilidades de comunicación: aprendizaje de asertividad, sentirse bien consigo mismo: desarrollo de la autoestima, mantener la calma y habilidades para hacer frente al estrés (Morganett, R.S. 1995).

En la siguiente entrevista, comenta que se encuentra bien. Ahora sale más. Los martes y jueves, se va con una de sus hermanas al coro de la parroquia y dice que habla con el novio de su hermana de fútbol. Aún no sale a jugar a la calle porque dice que sus antiguos amigos van con niños mayores y en casa está entretenido. Comenta que en clase habla más con sus compañeros. Por la mañana ya no necesita pensar en las actividades agradables que va a hacer por la tarde, para no agobiarse al entrar al Centro. Asimismo se comprueba (en el autorregistro que Ricardo ha realizado desde la última entrevista y relativo a la primera hora de los días lectivos) que los está haciendo mejor, describiendo más adecuadamente sus pensamientos y sentimientos, los cuales dice que son de tranquilidad. Puntúa como grado de “agobio” 0 en todos los días registrados. Al observar que se dan algunas “conductas de búsqueda de apoyo familiar” algunos días después de la primera hora, se le encarga un autorregistro de las dos próximas semanas, referidos a las primeras y segundas horas lectivas, para observar si en éstas se produce alguna incidencia relacionada con la conducta problema. Con este mismo objetivo se analiza con el tutor el parte de faltas del mes para ver si se observa alguna anomalía en su asistencia al centro, comprobando que no se ha producido ninguna.

En la siguiente sesión, se comentan los autorregistros que siguen por buen camino y en los que el alumno registra 0 en el grado de malestar (agobio). Ricardo refiere que estos últimos días después de comer se va a jugar a la calle, con nuevos amigos, lo cual nos indica que sus progresos en el instituto se van generalizando a otras situaciones sociales. Comenta que antes le costaba más trabajo salir y hablar con la gente.

En vista de la mejoría de la conducta problema de Ricardo, el siguiente paso que se plantea para el tratamiento es el *seguimiento* del caso, una vez le sea retirada la medicación indicada para los trastornos obsesivos.

Se dedica la siguiente entrevista a llevar a cabo mediante reestructuración cognitiva, una preparación psicológica sobre posibles recaídas así como a comentar estrategias de solución de problemas. Se comenta que *en la fase de seguimiento* es importante saber

que la resolución del problema ha venido por afrontar los problemas con estrategias nuevas y eficaces de tipo conductual como “venir hablando con los amigos por el camino” y cognitivas, como las autoinstrucciones utilizadas por él, diciéndose que “va a aguantar” o pensar en cosas agradables mientras que viene al instituto como que “por la tarde irá a ver y oír cantar a su hermana en el coro de la parroquia”.

Cuenta que ahora baja mucho a la calle con sus amigos. “Estoy siempre distraído”. Dice que está contento." Pensar como estaba antes sin ganas de nada, sin querer salir y ahora salgo, estoy distraído y siempre estoy haciendo algo. Ahora me levanto por la mañana con ganas de venir al instituto".

A partir de aquí, se cita a los padres para comentar con ellos la consecución de objetivos terapéuticos de Ricardo así como para explicarles estrategias de seguimiento y prevención de recaídas. Los padres comentan que antes no salía y que ahora hay que llamarle para que regrese a casa. Anoche mismo estuvo con la bicicleta y jugando al fútbol hasta las nueve de la noche.

Se explica a los padres que ahora viene una etapa de seguimiento y afianzamiento de ganancias terapéuticas y que debemos estar en contacto para comunicarnos cualquier incidencia.

Un mes después de dejar la medicación se lleva a cabo una *evaluación de seguimiento*, volviendo a realizar un sociograma de su grupo- clase para ver la situación sociométrica de Ricardo ahora, después del tratamiento. Los resultados de esta prueba muestran que aunque el índice de popularidad de alumno en su grupo no ha aumentado sí ha bajado considerablemente el grado de antipatía que producía en la clase. Asimismo se observa una mejora en el grado de apertura que el alumno muestra hacia su grupo clase. También se observa mejora en el grado de rechazo que mostraba el alumno hacia su grupo.

En esta fase y en vista de las valoraciones efectuadas, se constata la mejoría ya observada así como la ausencia de conductas problemas en el sujeto, dándose por terminado el programa de tratamiento.

En la última sesión se lleva a cabo un *breve entrenamiento en prevención de recaídas* que sirva como resumen recordatorio de estrategias y aspectos conductuales y cognitivos ya trabajados. En primer lugar, es preciso definir con el sujeto, cuáles pueden ser las situaciones problemáticas, como por ejemplo, explicar que la ansiedad es una

respuesta normal ante situaciones de nuevas exigencias como lo son el cambio de centro educativo y el de Etapa escolar. Respuesta que se presenta a tres niveles: cognitivo, emocional y conductual-motor. Que, ante estas situaciones, todos tenemos pensamientos intrusivos, de preocupaciones e inquietudes que se nos vienen una y otra vez a la cabeza.

Como el alumno relata que en esta semana estrenaba su padre un coche nuevo, se le comenta que seguramente su padre tendría pensamientos de cierta preocupación sobre; la entrega del vehículo nuevo, la matriculación, si dejarlo aparcado en la calle o meterlo en garaje, si asegurarlo a todo riesgo o sólo a terceros, etc... Cuando esta ansiedad y preocupación empiezan a ser muy molestas y a interferir en la vida del sujeto, es necesario *aprender* una serie de estrategias de afrontamiento.

Se le resalta como él ha podido experimentar que la ansiedad o "agobio" como él lo designaba, sube hasta un cierto nivel para estabilizarse y bajar después. Este aprendizaje ha sido posible gracias a su esfuerzo y capacidad de superación, lo cual se enfatiza para aumentar sus expectativas de autoeficacia frente al afrontamiento de nuevas situaciones ansiógenas.

También se comenta cómo si bien, no podemos evitar a lo largo de nuestra vida situaciones problemáticas, sí podemos ir *aprendiendo* progresivamente a afrontarlas y solucionarlas. Por tanto, a partir de ahora y ante nuevas situaciones conflictivas, podrá ejercitar las nuevas estrategias aprendidas de afrontamiento, autoinstrucciones positivas y auto-refuerzo por el esfuerzo requerido.

### 2.2.3 *Seguimiento*

La fase de seguimiento ha constado de dos periodos. Uno primero, referido al seguimiento de los trastornos y conducta problema objetivo, en el cual se han planificado una serie de sesiones de apoyo en las que se ha evaluado y constatado el grado con el que el sujeto ha empleado las estrategias aprendidas durante el programa, y en el que se ha ido enseñando y modelando frente a resolución de posibles problemas nuevos. El segundo periodo, un mes después de dejar la terapia farmacológica prescrita para los trastornos moderados de tipo obsesivo- compulsivo, ha consistido en constatar la ausencia de esas conductas- problema, así como el resumen recordatorio de estrategias de prevención de recaídas. Este seguimiento se ha extendido hasta el final del curso

escolar, cinco meses después, y al inicio del curso siguiente. No observándose en el alumno ninguna conducta problema.

### 3. RESULTADOS

Los criterios y objetivos terapéuticos se consiguieron básicamente en 7 sesiones muy continuas, distribuidas a lo largo de dos semanas las cinco primeras y cada siete días las dos restantes. Posteriormente continuó un periodo de afianzamiento de logros terapéuticos, a través de unas 4 sesiones más, distanciadas en espacios de tiempo cada vez mayores (15 días).

Se realizó un seguimiento, dos meses después y una vez que Ricardo finalizó la medicación prescrita para el trastorno obsesivo-compulsivo concurrente. Llegado el final de curso no se observaba ninguna conducta problema. El curso siguiente el alumno se integró en su grupo con normalidad.

No observándose ningún trastorno posteriormente, podemos pensar que las ganancias obtenidas en el tratamiento de las conductas problema, en cuanto a la integración social del alumno en el centro educativo, la progresiva separación de sus figuras parentales significativas y su mejora de relaciones sociales con niños de su barrio, han conseguido reducir la ansiedad inicial que originó los trastornos que se observaban en Ricardo.

#### a) *Asistencia a clase.*

Se midió por un criterio de regularidad, considerando ésta como la asistencia a todas las asignaturas durante al menos un mes. No se contabilizaría las faltas justificadas por los padres, habiendo dejado claro con ellos que solo serían justificables las enfermedades y no la sintomatología cuya etiología podía ser la ansiedad.

Como registro se utilizaron los partes de faltas que llevaba a cabo el profesorado, en los que se reflejaba además cualquier incidencia. Estos partes los archivaba el tutor.

Los datos para confeccionar la línea base se extrajeron de los informes del tutor del curso pasado, de los padres y del propio alumno, configurándose así una línea base retrospectiva.

Los resultados de asistencia se recogen en la figura 3.1. El día 5 de junio del curso anterior, el alumno dejó de asistir a clase hasta final de curso 17 días después. Al iniciar

el curso siguiente y gracias a la colaboración de sus padres, el alumno venía al instituto aunque se produjeron, en la primera hora de clase, conductas de escape de la situación escolar de la siguiente manera: la primera semana presenta dos conductas de escape, el lunes y el jueves, saliendo de clase y queriendo irse a casa con evidentes síntomas de ansiedad. Tan solo el primer día se va a casa y se queda allí, ya que en la segunda ocasión aunque se va a casa su madre lo vuelve a traer.

En la segunda semana se dan tres conductas de escape (el lunes, el miércoles y el jueves) volviendo a clase tres horas más tarde el primer día de esta semana y a la hora siguiente en las otras dos ocasiones.

La tercera semana y a la vuelta de un “puente de vacaciones”, vuelve a mostrar la conducta problema a primera hora, aunque después de la “tarea en el departamento de orientación” vuelve a clase. A partir de esta tercera semana la asistencia quedó restablecida hasta el final del tratamiento.

Estos resultados se mantuvieron a lo largo de los seguimientos realizados, en y desde el propio contexto escolar y hasta el curso siguiente, en los que la asistencia no planteó ningún problema

b) *Grado de ansiedad percibida.*

Es a partir de la *quinta sesión* cuando ya se puede observar en los autorregistros, una bajada en el grado de ansiedad percibida, que se acordó en conceptualizar como “agobio”, ya que era el concepto utilizado por el alumno para describir su malestar. De una puntuación de 8 inicial, hasta una puntuación de 5 (en una escala de 10), cinco días después. Tres semanas después la valoración reflejada en los autorregistros del malestar sentido es 0 (figura 3.2).

Los resultados del Cuestionario de Miedos (Fear Questionnaire) FQ. de Marks y Mathews (1979) referidos al principio del año escolar en curso, rellena una puntuación en “fobia total” de 72 en una escala de 0 a 120. En el constructo “ansiedad- depresión” alcanza la puntuación máxima (40). En “fobia social” 18 en una escala de 0 a 40 y en “fobia a la sangre y lesiones físicas” también alcanza la máxima puntuación fóbica, aunque en esta última cuestión es preciso destacar que es un miedo común (miedo a enfermedades y accidentes) en la edad que tiene Ricardo. Por último, al evaluar el paciente el grado de interferencia que actualmente tienen sus síntomas fóbicos en su vida

diaria, puntúa con 0 para la última semana y con el máximo, 8 para el periodo de principio de curso.

En la *sexta sesión*, el alumno completa la realización de cuestionarios de ansiedad (STAIC y FQ) como medida de post-test.

No se aprecian medidas de ansiedad patológica en el cuestionario de ansiedad estado-rasgo para niños (STAIC).

En el análisis de los resultados del FQ, se puede observar una significativa bajada en los niveles clínicos de ansiedad- depresión que se sitúan en una valoración mínima (0). La estimación de fobia total baja también desde la anterior medida (72) hasta la actual (56) teniendo en cuenta que este dato está muy influido por los altos niveles *de fobia a la sangre*, que como ya se ha comentado es normal en estas edades, por lo cual no plantea significatividad clínica. En los apartados de agorafobia pasa de 14 a 4 y el de fobia social pasa de 18 a 12. En cuanto al grado de interferencia de los síntomas en su vida diaria, puntúa 0 (figura 3.3).

### c) *Conducta social*

Para conocer el nivel de integración social que tiene el alumno en su clase, se efectúa un "sociograma" dentro de la evaluación intratratamiento. Los resultados reflejan un índice de popularidad (17) medio-bajo respecto al grupo clase, aunque lo más significativo es el alto índice de antipatía (34) que le muestran los compañeros. Otro dato interesante de tener en cuenta es el índice de expansividad positiva o grado que tiene el alumno de apertura hacia su grupo, el cual está dentro de la media de su grupo (20) aunque el índice de expansividad negativa o rechazo hacia el grupo es alto (37).

Cuatro meses más tarde se lleva a cabo una *evaluación de seguimiento*, volviendo a realizar un sociograma de su grupo para ver la situación de Ricardo ahora, después del tratamiento. Los resultados de esta prueba (figura 3.4) muestran que aunque el índice de popularidad de alumno en su grupo no ha aumentado (IP 17), sí ha bajado considerablemente el grado de antipatía que producía en la clase, desde los 34 puntos del anterior sociograma hasta los 17 (IA 17) de ahora. Asimismo se observa una mejora en el grado de apertura que el alumno muestra hacia su grupo clase, pasando de un índice de expansividad positiva (IE+) de 20 hasta los 41 del último sociograma. También se

observa un menor grado del rechazo que mostraba el alumno hacia su grupo, pasando de un índice de expansividad negativo (IE-) de 37 a 20.

d) *Otras conductas- problema*

En la comunicación continua y periódica con su tutor y con los padres se constata la mejoría obtenida y la ausencia de conductas problemas.

Se pasa el cuestionario obsesivo- compulsivo de Maudsley para evaluar la generalización de las ganancias terapéuticas, observándose que tan solo puntúa con 6 sobre una puntuación total de 30.

#### **4. CONSIDERACIONES FINALES.**

A continuación podemos analizar las peculiaridades del caso desde tres vertientes distintas: por una lado *desde el análisis funcional*, por otro *desde las características del paciente* y por otro, *desde las características del tratamiento*.

Desde la cuestión del *análisis funcional y sus implicaciones en el tratamiento*, es preciso destacar varias cuestiones.

El hecho de que la evaluación conductual sea la metodología de elección, en terapia de conducta, mediante la cual analizamos y comprendemos el problema de cada sujeto, planificamos el tratamiento y valoramos su eficacia, no es incompatible con el aprovechamiento y utilización complementaria de las clasificaciones psicopatológicas, ni con las ventajas que esta complementariedad nos puede proporcionar.

Desde la perspectiva del DSM-IV, se puede enmarcar el caso de Ricardo como *un trastorno de ansiedad*, que se muestra primariamente con características obsesivo-compulsivas (el curso pasado) y que actualmente han desembocado en conductas de evitación escolar, las cuales han adquirido respecto al problema inicial o primario (el cual debido al tratamiento farmacológico, ya no se observa), autonomía funcional, interfiriendo de manera importante en su vida cotidiana.

Ésta es la hipótesis explicativa de la que se partió inicialmente en este trabajo (en la cual el trastorno de evitación escolar se podría *diagnosticar* como *fobia escolar* reactiva a las consecuencias socio-escolares de los trastornos de tipo obsesivo-compulsivo), Al TOC se le aplicó una terapia farmacológica y a las conductas fóbicas referidas al ambiente escolar, una terapia psicológica que, sin duda y a la vista de los resultados,

generalizó las ganancias terapéuticas al disminuir la potencialidad ansiógena de las situaciones desencadenantes.

Esta generalización de ganancias terapéuticas puede deberse no solo a que los dos trastornos comparten el mismo problema psicológico (trastorno de ansiedad) y la misma posible etiología (cambio de Etapa y Centro Educativo) además de la misma técnica terapéutica básica (exposición) sino también, al poco tiempo transcurrido desde la aparición de los trastornos (menos de un año) y a la poca edad del sujeto que favorece una mayor posibilidad de cambio terapéutico.

Asimismo, ambos pueden haber sido desencadenados paralelamente -sobre un factor de predisposición o vulnerabilidad psicológica previa en el sujeto- a partir de un cambio brusco y que requiere nuevas exigencias en la vida cotidiana, como es el cambio de Etapa educativa (de Primaria a Secundaria) y a la vez de Centro Escolar (de colegio a instituto). Dos acontecimientos vitales potencialmente estresantes (*life events*) para niños, de los enunciados en su estudio por Canalda (1989).

En lo referente a las *características del paciente*, el primer aspecto que debemos contemplar de este caso es la edad del sujeto (trece años) y las implicaciones de esta respecto a la evaluación y tratamiento.

La variable edad afecta en primer lugar a la solicitud de intervención. Un niño no suele ser agente directo de petición de tratamiento, sino que son los padres, profesores, tutores, etc., los que frecuentemente detectan la conducta problema y solicitan la intervención de un especialista. Este aspecto es importante en cuanto a valorar la motivación y expectativas del niño ante el tratamiento así como respecto a la contrastación- verificación que ha de hacer el terapeuta de conducta infantil de las descripciones que hacen los adultos de la conducta problema en el niño.

Por otro lado es preciso contemplar los criterios evolutivos normativos en la valoración de la necesidad de intervención. Mediante la contrastación de estos criterios podemos situar la conducta del niño en el contexto del desarrollo y determinar, por consiguiente, si se observa o no desviación de la conducta que se presenta como problemática por los adultos. Respecto a esta cuestión hemos de recordar acerca de determinados miedos que, por ejemplo con la llegada de la pubertad (10- 12 años) se acrecientan los miedos relacionados con el juicio de los demás (rendimiento académico), el daño físico (enfermedades, accidentes, muerte), etc.

Otra cuestión importante relacionada con la edad del paciente, es el enfoque fundamentalmente didáctico que debe seguir el tratamiento, adoptando el lenguaje con el que el niño describe sus problemas y malestar para conseguir una mejor comunicación y empatía, así como utilizar en y durante el tratamiento, ejemplos y metáforas tomadas de su experiencia más cercana y significativa.

No quiero dejar de destacar tampoco la dificultad de auto-observación y conceptualización (tareas no aconsejables para niños menores de once años), de la conducta problema y la configuración pedagógica que deben tener aquellas estrategias encaminadas a solucionar las dificultades de autorregistro y descripción enunciadas.

Desde el análisis de las *características del tratamiento*, hay que destacar que es un caso centrado en un contexto escolar en el cual se ubica la conducta problema, el análisis conductual y el programa de tratamiento. Desde esta perspectiva, el carácter de alumno, por un lado, que tiene el paciente en el medio en el que aparece el problema, así como que el análisis conductual y tratamiento del caso sea llevado a cabo por el orientador escolar (psicólogo) del centro educativo y por tanto desde y en el mismo contexto por otro lado, así como el enfoque sistémico en el que se incluyen y se aprovechan también las actividades de tutoría para conseguir los objetivos propuestos, dan a este caso un carácter diferencial. Como ejemplo y en cuanto al tratamiento, resaltar entre otras la posibilidad de intervención y seguimiento cercano y diario, así como de las posibles recaídas.

### **Bibliografía**

- **American Psychiatric Association (APA)** (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III*. Washington, DC: APA. (Trad. Esp. en Barcelona, Masson 1981).
- **American Psychiatric Association (APA)** (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3<sup>rd</sup> Ed Rev.) (DSM-III-R)*. Washington, DC: APA. (Trad. Esp. Barcelona, Masson 1988).
- **American Psychiatric Association (APA)** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington, DC: APA. (Trad. Esp. en Barcelona, Masson 1995).

- **Almari Capdevila, C. y Gil i Burriel, V.** (1993) *Socgrama*. Madrid: TEA Ediciones.
- **Arruga Valeri, A.** (1987) *Introducción al test sociométrico*. Barcelona. Herder.
- **Ávila, A.** (1986) Una contribución a la evaluación de las obsesiones – compulsiones: una revisión de Inventario de obsesiones de Leyton y el Inventario Obsesivo- Compulsivo de Maudsley. *Psiquis*, VI: 66-74.
- **Azanza Perea, J.R.** 1995. *Guía Práctica de Psicofármacos, opiáceos y drogas de abuso*. Madrid: Roche.
- **Bados López, A.** (1998). Fobias específicas. En Vallejo Pareja, M.A. (dir.) *Manual de Terapia de Conducta*. Vol. I .Madrid: Dykinson.
- **Bragado A, C.** (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid. F.U.E.
- **Bragado A.C. y García-Vera, M.P.**(1998). Trastornos emocionales en niños y adolescentes. En Vallejo Pareja, M.A. (dir.) *Manual de terapia de Conducta*. Vol. II. Madrid: Dykinson
- **Broadwin,I.T** (1932). A contribucion to the study of truancy. *Ortopsychiatry*, 2, 253-259.
- **Canalda, G.** (1988). Estrés y psicopatología infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 15, 225-234.
- **Comeche Moreno M.I, Díaz García, M. y Vallejo Pareja, M.A.** (1995) *Cuestionarios, inventarios y escalas*. Madrid. Fundación Universidad Empresa.
- **Comeche Moreno, M<sup>a</sup> I. y Vallejo Pareja, M.A.**(1998).En Vallejo Pareja, M.A. (dir).*Manual de Terapia de Conducta*. Vol. I. Madrid: Dykinson.
- **Echeburúa Odriozola, E.** (1993) *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- **Echeburúa Odriozola, E. y Del Corral Gargallo, P.**(1996) Técnicas de exposición en Psicología Clínica. En Vallejo Pareja, M.A. y Ruíz Fernández, M<sup>a</sup> A. *Manual Práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad- Empresa.
- **Echeburúa Odriozola, E.** (1996). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.

- **Estes, H.R.; Haylett, C.H., y Johnson, A.M.** (1956). Separation anxiety. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 682-695.
- **García Fernández-Abascal, E. y Vallejo Pareja, M.** (1993) Análisis conductual I . En Vallejo Pareja, M.A. y Ruíz Fernández, M<sup>a</sup> A. *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa. págs.: 15-119.
- **Hodgson, R.J. y Rachman, S.J.** (1977) Obsessional- compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15: 389 – 395.
- **Johnson, A. M.; Falstein, E. I.; Szurek, S.A., y Svendsen, M** (1941): School phobia, *American Journal of Orthopsychiatry*, 11, págs. 702- 711.
- **Kennedy, W.A.** (1965). School phobia: rapid treatment of fifty cases. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 285-289.
- **Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M.** (1996) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Psicología- Pirámide.
- **Last, C.G.** Trastornos por ansiedad. En Ollendick, T.H. y Hersen, M. (1993) *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- **Marks, I.M. y Mathews, A.M.** (1979) Brief standard self- rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17: 263- 267.
- **Meichenbaum, D.** (1985). Self- instructional training. En A.S. Bellack y M Hersen (eds.), *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. New York: Pergamon Press.
- **Méndez, F y Maciá, D** (1998). Tratamiento conductual de un caso de fobia escolar. En F. Méndez y D. Maciá (Coords.) *Modificación de Conducta con Niños y Adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- **Moreno, J.M.,** (1978) *Sociología de la educación. Dinámica de grupos*. Zaragoza: Luis Vives.
- **Moreno, I, Blanco, A. y Rodríguez, L** (1992) Análisis de la bibliografía sobre estrategias conductuales de intervención en miedos infantiles y juveniles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 181-199.
- **Morganett, R.S.** (1995) *Técnicas de intervención psicológica para adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.

- **Organización Mundial de la Salud (OMS)** (1996) Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- **Pelechano, V.** (1984). *Programas de intervención psicológica en la infancia*. Valencia: Alfaplús
- **Pablo Rabassó, J.** (1996). *Psicofarmacología y Terapia de Conducta*. Madrid: Fundación Universidad- Empresa.
- **Sandín, B. y Chorot, P.**(1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol 2*, 81- 112. Madrid: McGraw- Hill.
- **Spielberger, C.D.** (1973) “*STAIC, State- Trait Anxiety Inventory for Children*” Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California. Adaptación española en Spielberger, C.D. (1998) “*STAIC, Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños*”. Madrid: TEA Ediciones.
- **Toro, J.** (1986): Trastornos de ansiedad en la infancia. En A. Tobeña (Ed) *Trastornos de ansiedad: orígenes y tratamiento*. Barcelona. Alamex

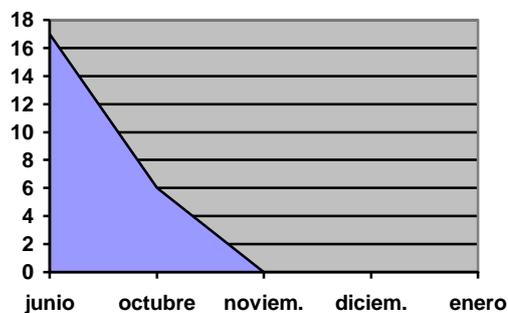
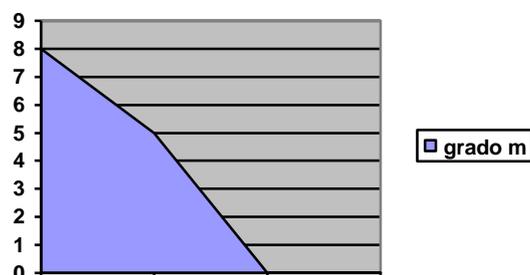
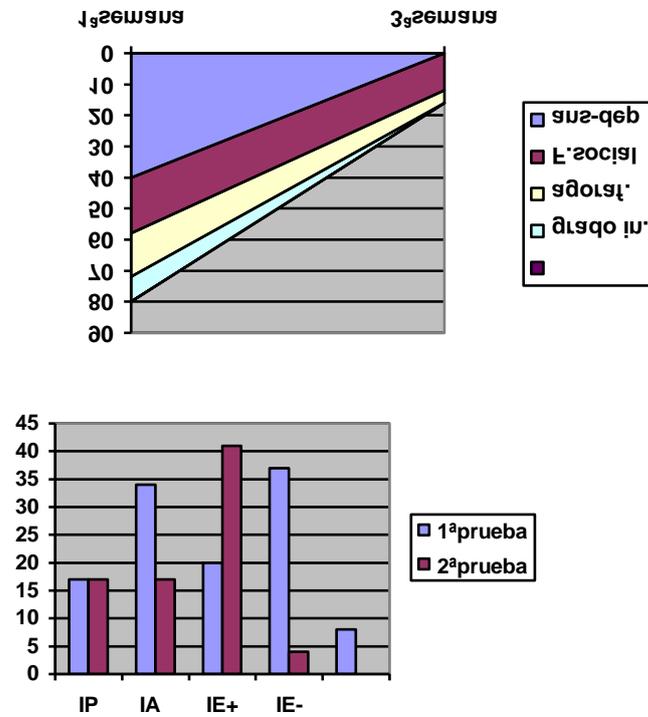


Figura 3.1- Registro de las faltas a clase expresadas en días al mes, incluyendo el último mes del curso anterior.

Figura 3.2- Evolución de grado de malestar (ansiedad) percibida por el sujeto en las tres primeras semanas del tratamiento.



**Figura 3.3-** Comparación de las puntuaciones en el Cuestionario de Miedos (FQ) en la primera y en la tercera del tratamiento.



**Figura 3.4-** Comparación de los resultados intratratamiento y post tratamiento obtenidos en el sociograma.