

Intervención cognitivo-conductual en una menor de 7 años con estrategias de autorregulación emocional desadaptativas: estudio de caso

Alumna: Belén García Martín

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia de Comillas

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Tutora del Trabajo de Fin de Máster: Ana Villarrubia Mendiola

24 de mayo de 2022



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'jta', is positioned below the university's name.

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	5
3. Diseño.....	14
4. Metodología de Evaluación: Materiales y Análisis de Datos	15
5. Presentación del caso	20
6. Antecedentes.....	21
7. Evaluación Inicial	23
8. Formulación del caso.....	39
9. Tratamiento y curso	44
10. Resultados	60
11. Discusión.....	63
12. Referencias.....	68
13. Apéndice A	77
14. Apéndice B	88
15. Apéndice C	89

Resumen

La autorregulación emocional es definida como el esfuerzo que lleva a cabo la persona, para impactar en la duración e intensidad de sus emociones respecto del momento en que surgen, la experiencia que conllevan y su expresión. Los padres ejercen un papel fundamental en el desarrollo de la autorregulación en sus hijos, y explica el ajuste social del niño en la infancia y en etapas evolutivas posteriores. Los niños que han sido educados bajo un estilo parental negligente, permisivo y/o autoritario, presentan dificultades a la hora de autorregularse emocionalmente, utilizando la violencia como estrategia de autorregulación y presentando, en consecuencia, problemas en la relación con los otros.

El objetivo principal del trabajo consiste en documentar la eficacia de una intervención psicológica, con el fin de ampliar la generalización de las intervenciones empíricamente validadas y evaluar la adecuación de la intervención en base a los resultados de la investigación científica. Se describe el proceso de intervención de un caso clínico en una menor de 7 años, siendo el motivo de consulta por parte de los padres que su hija es víctima de acoso escolar. La hipótesis de origen que se plantea consiste en que la menor no percibe que sus padres satisfagan sus necesidades afectivas, lo cual ha propiciado que sienta ira y frustración de forma sostenida y, al no presentar estrategias adaptativas de regulación emocional, utiliza estrategias poco adaptativas para hacerles frente. En este caso, se hipotetiza que una de estas estrategias ha consistido en expresar a sus padres que sufre acoso escolar, utilizando esta verbalización de urgencia para poder acceder a la atención emocional que quiere. A este respecto, se lleva a cabo la intervención desde un enfoque eminentemente cognitivo-conductual con la colaboración de los padres y el centro escolar. Una parte del proceso terapéutico sí ha culminado, habiendo en consecuencia abordado determinados objetivos de forma total, y otros de manera parcial, centrándose la actual línea de intervención en el desarrollo de estrategias de autorregulación emocional adaptativas, fomento de la empatía y mejora y fomento de habilidades de enfrentamiento de situaciones conflictivas que producen malestar.

Palabras clave: Autorregulación emocional, Violencia, Estrategias de Autorregulación emocional, Terapia cognitivo-conductual.

Abstract

Emotional self-regulation is defined as the effort made by the person to impact in the duration and intensity of his emotions regarding the moment they arise, the experience they entail and their expression. Parents play a fundamental role in the development of self-regulation in their children and explain the child's social adjustment in childhood and in later developmental stages. Children who have been brought up under a negligent, permissive and/or authoritarian parental style have difficulties in self-regulating emotionally, using violence as a self-regulation strategy and consequently presenting problems in relationships with others.

The main objective of this work is to document the effectiveness of a psychological intervention, in order to broaden the generalization of empirically validated interventions and evaluate the adequacy of the intervention based on the results of scientific research. The intervention process of a clinical case in a child of 7 years of age is described, the reason for consultation by the parents being that their daughter is a victim of bullying. The original hypothesis that arises is that the minor does not perceive that her parents satisfy her affective needs, which has caused her to feel anger and frustration in a sustained way and, by not presenting adaptive emotional regulation strategies, she uses poorly adaptive strategies to face. In this case, it is hypothesized that one of these strategies has been to express to their parents that they suffer bullying, using this verbalization of urgency to be able to access the emotional attention they want. In this regard, the intervention is carried out from an eminently cognitive-behavioral approach with the collaboration of the parents and the school. A part of the therapeutic process has been completed, consequently having fully addressed certain objectives, and others partially, focusing the current line of intervention on the development of adaptive emotional self-regulation strategies, promotion of empathy and improvement and promotion of coping skills in conflictive situations that cause discomfort.

Keywords: Emotional self-regulation, Violence, Emotional self-regulation strategies, Cognitive-behavioral therapy.

Introducción

A pesar de los programas de prevención implementados tanto en preescolar como en la escuela básica primaria, las conductas violentas en niños de edad preescolar se presentan cada vez con mayor frecuencia (Caycedo et al., 2008). A este respecto, el psicólogo Dan Olweus (1993) define la violencia entre iguales, también conocida como *bullying* o acoso escolar como “un fenómeno de agresión intencionada de una o varias personas sobre otra u otras de forma tanto repetida como mantenida en el tiempo, en el que existe un desequilibrio de poder entre el agresor y la víctima” (Olweus, 1993, p.9). Los estudios y los programas de intervención suelen enfocarse en este fenómeno a partir de educación secundaria (Ttofi y Farrington, 2011), sin embargo, el acoso escolar acontece en educación infantil, primaria, secundaria y postsecundaria o terciaria (Hymel y Swearer, 2015). Estudiar la violencia entre iguales en niveles educativos inferiores a la educación secundaria es de vital importancia para poder llevar a cabo programas efectivos de prevención (Felipe-Castaño et al., 2013; Garaigordobil, 2011).

En España se han llevado a cabo diferentes estudios con el objetivo de conocer la prevalencia de la violencia entre iguales. A este respecto, en el estudio realizado por Simón et al. (2019) donde la muestra estuvo compuesta por 844 estudiantes de entre 15 y 18 años, la prevalencia de víctimas de acoso escolar fue del 29,5%. García - Fernández et al. (2015) realizaron un estudio en Andalucía con una muestra compuesta por 1.278 estudiantes de 5º y 6º de educación primaria obligatoria, donde se arrojan porcentajes de participación en acoso grave (al menos una vez por semana) en los últimos tres meses. Se encontró que un 17,2% de la muestra había sido víctima de acoso escolar y un 10,8% de la muestra encajó con el perfil de acosador. A este respecto, expertos como Jiménez y Lehalle (2012) declaran que la violencia entre iguales en el contexto escolar es un fenómeno habitual en los centros educativos españoles.

La violencia entre iguales conlleva aspectos negativos a corto y largo plazo tanto para el agresor como para la víctima. Los niños y adolescentes que sufren situaciones de agresión por parte de sus iguales presentan un menor ajuste psicosocial, así como un mayor estado de ánimo depresivo, menor autoestima y un menor ajuste psicosocial (Card et al., 2008; Cava et al., 2010). Los niños que llevan a cabo comportamientos agresivos hacia sus iguales presentan mayor riesgo de cometer ilegalidades en la adultez, más probabilidades de padecer síntomas ansiosos y/o depresivos, menor capacidad de autorregulación emocional y son más propensos

a presentar patologías de diferente índole, entre otras muchas otras consecuencias (Cleverley et al., 2012; Crick et al., 2006; Ehrenreich et al., 2016).

El desarrollo de comportamientos violentos en la edad preescolar se encuentra condicionado por diferentes elementos: características familiares, escolares y sociales, como la exposición a conductas violentas, contingencias que promueven el desarrollo y mantenimiento de comportamientos agresivos y variables individuales. Dentro de las variables individuales, el temperamento juega un papel muy importante e incluye dos dimensiones que determinan en gran medida el padecimiento de trastornos externalizantes y concretamente el desarrollo de conductas agresivas: *emocionalidad* y *autorregulación emocional*. La emocionalidad hace referencia a la intensidad y facilidad con la que las emociones son desencadenadas y la autorregulación emocional se define como al manejo adaptativo de la activación emocional con el fin de tener un funcionamiento social funcional. La combinación de una alta emocionalidad con una baja autorregulación emocional se encuentra directamente relacionada con la presencia de problemas conductuales (Shaw et al., 1994; Rosenkoetter et al., 2004; Rubin et al., 2003; Calkins y Dedmont, 2000; Farver, 1996; Pullis, 1991; Chess and Thomas, 1999; Rothbart, 1989; Calkins, 1994; Hagekull and Bohlin, 2004; Eisenberg et al., 1990; Eisenberg and Fabes, 1998). Otra variable individual estudiada y relacionada con las conductas agresivas y prosociales es la empatía (Carlo et al., 1999; Richaud et al., 2011). Autores como Carlo et al. (1999) y Richaud et al. (2011); plantean que las personas con mayor empatía son menos agresivas ya que comprenden las consecuencias negativas de sus conductas para sí mismos y para los demás, siendo más proclives a llevar a cabo conductas prosociales.

Desarrollo de la Autorregulación Emocional

Un concepto estrechamente relacionado con la autorregulación emocional y concretamente con su desarrollo es el apego. El apego es definido como un vínculo afectivo de origen social que se establece entre el infante y quien le ofrece cuidados. Este vínculo le proporciona al niño/a la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de sus habilidades tanto sociales como psicológicas (López, 2015; Chías y Zurita, 2010). La conceptualización del apego fue creada y desarrollada por el psicólogo inglés John Bowlby y Mary Ainsworth, quienes desarrollaron la teoría de apego (Bretherton, 1992). Durante la Segunda Guerra Mundial, Bowlby llevó a cabo una investigación tras identificar una posible relación entre niños que presentaban alto nivel de delincuencia y haber establecido una relación inestable con la madre (Franco, 2010). Ainsworth llevó las ideas de Bowlby a la práctica

mediante una metodología innovadora denominada “Situación extraña” (Bretherton,1992), consistente en observar las reacciones del infante ante separaciones y retornos del progenitor. En base a las observaciones realizadas, se establecieron tres tipologías de apego: seguro, evitativo y ambivalente, considerando el apego evitativo y ambivalente como apegos inseguros (Garrido, 2006). Esta teoría ilustra la importancia del establecimiento de vínculos afectivos y emocionales para el desarrollo vital y ha realizado importantes aportaciones en el entendimiento de la etiología de diferentes patologías mentales y psicosomáticas, mecanismos de defensa y regulación emocional (Marrone, 2018). A este respecto, esta teoría explica como el infante se desarrolla mental y emocionalmente, ya que el ser humano no nace con la capacidad de regularse emocionalmente (Chías y Zurita, 2010).

Definición de Emoción y Tipología

Antes de indagar en el concepto de autorregulación emocional, es importante clarificar lo que se entiende por *emoción*. Se han desarrollado diferentes perspectivas sobre este concepto, entre las que se destaca el enfoque biológico, funcionalista, construccionista, relacional y apreciativo. Estos enfoques difieren sobre los sistemas que se ponen en marcha cuando el ser humano experimenta emociones y los estímulos del contexto que las provoca (Gross y Feldman-Barret, 2011).

La perspectiva biológica considera las emociones como un patrón observable de respuestas fisiológicas y expresivas consecuencia de la interpretación que se lleva a cabo del contexto sobre si este es amenazante para la supervivencia y el bienestar. Este enfoque clasifica las emociones en positivas y negativas, siendo las positivas aquellas que acercan a la persona al contexto en cuestión, y las negativas aquellas que provocan el alejamiento o evitación de la situación (Deigh, 2010; Ekman, 1999; Reeve, 2005).

El enfoque funcionalista asume que la emoción es un sistema de respuesta con funciones adaptativas, motivacionales y organizativas que ayudan a las personas a la consecución de sus objetivos. Este sistema de respuesta se activa durante las relaciones que las personas establecen en el contexto para conseguir objetivos a través de medios (Campos et al., 1994).

El enfoque construccionista considera la emoción como consecuencia de la ejecución de una serie de procesos, como la conciencia, la experiencia emocional, la activación y la apreciación, que, actuando de forma coordinada, guían el comportamiento (Fridja, 2008; Mandler, 1990; Russell, 2015)

La perspectiva apreciativa es la que mayor influencia ejerce hoy en día y asume que la emoción es producto de la razón, concretamente una respuesta producida por la interpretación cognitiva que lleva a cabo la persona de la situación; interpretación que le prepara para llevar a cabo acciones funcionales y adaptativas. Este enfoque defiende que la manera en que el ser humano evalúa un suceso determina en gran medida el modo en que reacciona emocionalmente (Reidl & Jurado, 2007; Scherer, 2005; Lazarus, 2000).

La aproximación relacional defiende que la emoción no es un fenómeno puramente individual, sino una comunicación entre dos o más individuos que, a la hora de estudiarla, es necesario poner el foco en el contexto del comportamiento comunicativo. Define las emociones como un fenómeno social que ofrece información para interpretar el contexto y entender a las personas que se encuentran en él, en función de las normas morales, la cultura y el contexto, permitiendo modificar la conducta (Mesquita, 2010; Solomon, 1999; Sutil, 2013).

Además, en base a las características, función y etapa de desarrollo en la que acontecen, las emociones se categorizan en primarias y secundarias (Pérez y Bello, 2017). Dentro de las emociones primarias se enmarcan la ira, la tristeza, la alegría, el miedo y el asco. Estas emociones aparecen en los primeros momentos de la vida y tienen características distintivas, es decir, cada una de ellas tiene una función, un desencadenante, implica un proceso cognitivo, una experiencia subjetiva concreta y una expresión facial distintiva (Fernández-Abascal et al., 2010; Ekman, 2003). Las emociones secundarias, también denominadas morales, sociales o autoconscientes, acontecen a los dos años, junto con la internalización de las normas sociales y la evaluación del yo en función de esas normas, así como con la identidad personal. Dentro de las emociones secundarias se enmarcan la envidia, la culpa, la vergüenza y el orgullo (Haidt, 2003; Fernández-Abascal et al., 2010).

En definitiva, la emoción es una respuesta de la persona ante el contexto, que coordina diferentes sistemas y tiene como fin proveer información para orientar la conducta en función de las necesidades. Independientemente del enfoque que se asuma, la emoción es conceptualizada como una de las variables psicológicas que más impacto tiene en la vida de las personas, ya que condiciona el comportamiento en gran medida. Por esta razón, la forma en que se experimenta y se rectifica la experiencia emocional tiene gran importancia, siendo la regulación emocional un proceso central en la investigación reciente (Pérez y Bello, 2017).

Autorregulación Emocional, Estilos Educativos y Estrategias de Autorregulación emocional

La autorregulación emocional es definida como los esfuerzos que lleva a cabo la persona, ya sea de forma consciente o inconsciente para impactar en la duración e intensidad de sus emociones respecto del momento en que surgen, la experiencia que conllevan y su expresión, cumpliendo en consecuencia una función primordial en la adaptación social (Gross y Thompson, 2007). Bisquerra (2005) describe diferentes dimensiones de la autorregulación: tolerancia a la frustración, el manejo de la ira, la capacidad para retrasar gratificaciones, las habilidades de afrontamiento en situaciones de riesgo y el desarrollo de la empatía.

Los niños en los primeros estadios del desarrollo tienden a utilizar estrategias de regulación emocional dependientes consistentes en control de malestar y, a medida que crecen utilizan estrategias de autorregulación con un mayor nivel de autonomía, favoreciendo su adaptación a las demandas del entorno (Lozano et al., 2004).

En lo que respecta a los factores que promueven el desarrollo de la autorregulación, se destacan dos principales. Uno de ellos vinculado a factores exógenos, siendo los padres los protagonistas, actuando como guía y modelo de los procesos cognoscitivos y afectivos que el infante internaliza, y otro vinculado a factores endógenos, donde se resalta la madurez de las redes atencionales. Además, el temperamento de la persona influye en gran medida en el desarrollo de la autorregulación (Ato et al., 2005; Terán et al., 2005).

Determinados estilos educativos fomentan el desarrollo de la autorregulación emocional sana y adaptativa y, otros, contrariamente, lo entorpecen. Los estilos educativos se configuran a partir de cuatro dimensiones de las conductas de los padres: afecto en la relación, control, madurez y comunicación entre progenitores e hijos (González et al., 2014). De la combinación de estas dimensiones surgen los diferentes estilos educativos: democrático, autoritario, indulgente o permisivo y negligente (Capano y Ubach, 2013). Los padres con un estilo de crianza democrático y emocionalmente inteligentes se relacionan de forma positiva con una mayor autorregulación emocional, un mejor estado anímico y manejo de estrés en niño y, además, tienden a tener hijos con altos niveles autorregulación emocional (Ramírez -Lucas et al., 2015). La correcta combinación de imposición de límites e implicación, propia de este estilo educativo, facilita que los niños desarrollen habilidades y estrategias adaptativas de autorregulación que les permiten actuar de manera competente en los contextos de interacción, por lo que este estilo de crianza, a su vez, se relaciona con un mejor ajuste psicosocial en los niños ya que reciben un mayor afecto y aceptación que fomenta que se muestren más receptivos a las influencias de sus progenitores (Rábanos et al., 2020).

Los estilos negligente, permisivo y autoritario parecen relacionarse con bajos niveles de autorregulación emocional en los hijos (Carrillo et al., 2018) ya que estos estilos de crianza

favorecen la aparición y el mantenimiento de déficits en determinadas habilidades sociocognitivas implicadas en la autorregulación emocional, que derivan en muchas ocasiones en la ejecución de conductas agresivas (Ison, 2004). Respecto al estilo de crianza autoritario, el niño tiende a percibir un nivel bajo de afecto y un elevado grado de control, característico de este estilo, que puede dañar seriamente el ajuste de los niños en contextos de interacción social (De la Torre-Cruz et al., 2014).

La familia, al ser el principal contexto de desarrollo del niño, le proporciona un marco de referencia para su actuación social al aprobar, desaprobar y rectificar las conductas llevadas a cabo por este en situaciones de interacción con los pares. En consecuencia, comienza a adquirir y a asentar determinados esquemas cognitivos y afectivos que sustentan los mecanismos de autorregulación emocional y conductual (Ison y Morelato, 2008). Por esta razón, los comportamientos agresivos se desarrollan y se mantienen mediante la transacción constante del infante con su ambiente inmediato, esto es, la familia, y concretamente por la forma en la que sus progenitores ejercen la crianza, principalmente cuando esta es permisiva, agresiva y/o autoritaria (Chorpita & Barlow, 1998; Wagner, 1997).

Los mecanismos de influencia a través de los cuales se modifican las emociones se denominan estrategias de regulación emocional. Desarrollar habilidades de autorregulación en los primeros estadios de desarrollo es muy importante ya que pueden tener un efecto a largo plazo en el funcionamiento social de las personas (Lozano et al., 2004). Esta afirmación se encuentra respaldada por los resultados obtenidos en el estudio longitudinal efectuado por Caspi (2000), donde se encontró que los niños etiquetados a la edad de tres años como “*undercontrolled*” o “*bajo control*”, esto es, inquietos, impulsivos y negativos, informaron con 21 años que presentaban dificultades a la hora de mantener relaciones sociales y que se sentían insatisfechos en las relaciones de pareja. Contrariamente, los niños etiquetados como “*well adjusted*” o “*bien ajustados*” refirieron tener apoyo social y satisfacción en sus relaciones amorosas. En base a estos resultados Lozano et al. (2004) afirman que la autorregulación emocional en la infancia resulta relevante para explicar el ajuste social en etapas evolutivas posteriores, evidenciando que una baja autorregulación emocional en la infancia se correlaciona con un peor funcionamiento social y que una autorregulación emocional funcional se asocia con un funcionamiento social adecuado.

Un estado emocional recurrente en los niños de 0 a 6 años que actúa como una demanda interna ante la cual es necesario ejecutar estrategias de regulación es la frustración (Pérez, 1998). Baum (2004) define la frustración como una emoción que experimenta la persona

cuando no consigue aquello que desea, llevándole a sentir ira, tristeza o ansiedad. Este estado emocional tiene múltiples causas, entre las que se destaca la carencia afectiva y se manifiesta de diferentes maneras en los niños, como, por ejemplo, a través de la agresividad física y/o verbal. El adulto debe satisfacer las necesidades afectivas del niño y ayudarlo a calmar el estado emocional de la frustración, proporcionándole motivación, estrategias y apoyo para que la acción encaminada desde la frustración sea positiva, es decir, llevando a cabo mayor esfuerzo, generando nuevas estrategias, y no dirigida hacia la acción negativa, esto es, agresividad, desistir de la tarea etc. (Pérez, 1998). En lo que respecta a la frustración y el acoso escolar, en un estudio realizado por Garaigordobil y Oñederra (2010), los resultados indican que los agresores muestran un bajo sentido de la responsabilidad, un nivel de inteligencia emocional bajo, así como un bajo control de la frustración.

La emoción de la ira, y concretamente su afrontamiento y manejo desadaptativo, se encuentra profundamente relacionada con las conductas agresivas en niños que se encuentran en preescolar (Gómez-Garibello y Chaux, 2012). En el estudio realizado por Gómez-Garibello y Chaux (2012) encontraron que los niños con alto nivel de control de la ira tienen den a presentar bajos niveles de agresión física con sus compañeros. Los resultados de este estudio coinciden con lo reportado por Holodynski y Friedmeier (2006), quienes afirman que el adquirir control sobre las emociones propicia que los infantes aumenten la consciencia sobre las consecuencias que tiene la expresión emocional en los demás, y la necesidad de amoldarla al contexto en el que se desenvuelven.

Respecto a la categorización de las estrategias de regulación emocional el Modelo de Proceso de Regulación Emocional de Gross y Thompson (2007) sostiene que existen dos grandes estrategias de regulación emocional:

- Estrategias focalizadas en el antecedente: aquellas que se llevan cabo antes de que las tendencias de respuesta emocional se encuentren activadas. Dentro de este tipo de estrategias se destaca la reevaluación cognitiva (RC), la cual hace referencia a la generación de significados alternativos a un suceso con el fin de minimizar el impacto emocional negativo.
- Estrategias focalizadas en la respuesta: aquellas que se efectúan una vez que las respuestas emocionales han sido generadas. Dentro de este tipo de estrategias se destaca la Supresión emocional (SEE), consistente en inhibir la expresión comportamental de la experiencia emocional.

Gross y Thompson (2007) declaran que una estrategia emocional no puede considerarse siempre buena o mala, sin embargo, hay determinadas estrategias que se relacionan con resultados afectivos y sociales positivos, mientras que otras se asocian con resultados afectivos y sociales negativos. A este respecto y de forma general, la reevaluación cognitiva se considera una estrategia de regulación emocional más adaptativa que la supresión emocional, ya que la reevaluación cognitiva puede reducir o prevenir experimentar un afecto negativo y tiene la capacidad de reducir los consiguientes resultados negativos mientras que la supresión emocional, a pesar de inhibir la expresión del afecto negativo, la experiencia de este se mantiene e incluso puede llegar a incrementar, como resultado de la discrepancia entre la expresión externa y la experiencia interna (Gross y John, 2003).

Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil

La terapia cognitivo conductual ha demostrado su eficacia en la intervención en comportamientos agresivos y amenazantes con los pares, siendo estos interpretados como consecuencia de procesos cognitivos distorsionados. Este enfoque lleva a cabo la intervención a través de diferentes herramientas, las cuales se proceden a explicar a continuación. Este modelo apuesta por llevar a cabo entrenamientos en estrategias de autorregulación emocional, y concretamente, estrategias de control y regulación de la ira, ya que los niños que ejercen conductas agresivas presentan un déficit de autorregulación emocional adaptativo. Asimismo, apuesta por la reestructuración cognitiva, debido a la gran cantidad de pensamientos disfuncionales que presenta el agresor en relación con la víctima y la situación de acoso. Esta técnica tiene como objetivo principal el reconocimiento por parte del paciente de pensamientos irracionales, persigue que se alteren los esquemas cognitivos, que perciba al entorno y a sí mismo de forma más real y promueve la identificación emocional (Vernberg y Biggs, 2010; Tena et al., 2012; Carlo et al., 1999; Richaud et al., 2011).

También efectúa entrenamientos en habilidades de resolución de problemas, ya que el agresor no posee herramientas adecuadas para hacer frente a las dificultades y problemas generados, los cuales son consecuencia de pensamientos irracionales. Esta perspectiva defiende llevar a cabo entrenamientos en habilidades sociales, el cual debe ser efectuado teniendo en cuenta el perfil del agresor, ya que no todos los agresores carecen de habilidades sociales, si bien hacen un mal uso de ellas (Vernberg y Biggs, 2010; Tena et al., 2012; Carlo et al., 1999; Richaud et al., 2011).

Además, este enfoque plantea fomentar la empatía como un pilar fundamental de la intervención, ya que los niños con conductas agresivas y amenazantes son proclives a ser menos empáticos, no siendo conscientes de las consecuencias negativas de sus actos para sí mismos y para los demás. Llevar a cabo estrategias de modificación de conducta es muy importante desde el punto de vista de este modelo, para sustituir las conductas desadaptativas por otras más adaptativas y prosociales (Vernberg y Biggs, 2010; Tena et al., 2012; Carlo et al., 1999; Richaud et al., 2011). También defiende el entrenamiento en auto instrucciones, consistente en modificar auto instrucciones desadaptativas que acompañan la conducta agresiva y la instauración de auto instrucciones más funcionales y positivas que sustituyan a las desadaptativas. Además, apuesta por llevar a cabo un entrenamiento en autocontrol, siendo este una intervención dirigida a lograr la autorregulación de la conducta mediante autoobservación, auto instrucciones, autorreforzamiento y estrategias de autorregulación de la activación fisiológica. Esta autorregulación se consigue a través del entrenamiento en técnicas de respiración y relajación, donde se le enseña al paciente a percibir las señales fisiológicas que alertan de que la ira y la agresividad están invadiéndole (González y Ortiz, 2006). Este enfoque defiende el fomento de la autoestima en niños agresores (González y Ortiz, 2006), ya que una alta autoestima promueve las relaciones interpersonales sanas en el entorno escolar y se relaciona de forma negativa con la violencia dentro de la escuela (Martínez Ferrer et al., 2008). Desde un enfoque eminentemente conductual, se apuesta por llevar a cabo un entrenamiento a los padres de niños agresivos basado en principios de modificación de conducta (Fajardo- Vargas y Fernández Gúzman, 2008).

Fajardo- Vargas y Fernández Guzmán (2008) afirman que la estrategia más eficaz y segura en la intervención en conductas agresivas en niños consiste en la combinación, por un lado, del tratamiento de niños en formación de habilidades y entrenamiento en resolución de problemas y, por otro lado, en el manejo conductual del infante a través de entrenamiento a los padres basado en principios de modificación de conducta. Esta afirmación se encuentra respaldada por Larroy et al. (2012), quien declara que existen diversos modelos teóricos y explicativos de la desobediencia y la agresión, sin embargo, todos coinciden en que una parte fundamental de la explicación de comportamientos desadaptativos de los infantes reside en la interacción de estos con sus progenitores y con el contexto. Por ello, subrayan la necesidad de intervenir en esta problemática no solo con el niño en sí, sino también y fundamentalmente con los progenitores.

Objetivo del estudio y principales hipótesis

El objetivo de la presentación del caso clínico consiste en describir el proceso de evaluación e intervención en una niña de 7 años, siendo el motivo de consulta por parte de los padres que su hija es víctima de acoso escolar desde los 5 años. Además, se evalúa la efectividad de la intervención individual, así como el grado de ajuste de la intervención a la evidencia disponible. Respecto al caso clínico, la hipótesis que se plantea tras un exhaustivo proceso de evaluación, explicado de manera detallada posteriormente, consiste en que la menor no percibe que sus padres satisfagan sus necesidades afectivas. Esta interpretación ha propiciado que sienta ira y frustración de forma sostenida. Se cree que la paciente no presenta estrategias efectivas para manejar estos estados emocionales ya que no han sido proporcionadas por sus progenitores, lo cual ha conllevado a que utilice estrategias poco adaptativas para hacerles frente. En este caso, se concluye tras la evaluación efectuada, que una de estas estrategias ha consistido en expresar a sus padres que sufre acoso escolar, utilizando esta verbalización de urgencia para poder acceder a la atención emocional que quiere, al no tener estrategias más adecuadas para gestionarse emocionalmente.

Diseño

El diseño del estudio sigue la estructura de estudio de caso clínico de evaluación cualitativa. Se organiza la información recopilada a lo largo de la fase de evaluación, la cual dura 3 sesiones, aunque, como es pertinente, no cesa a lo largo de todo el proceso terapéutico, con el fin de garantizar su eficacia. A partir de la fase de evaluación, se elaboran hipótesis de origen y mantenimiento de las conductas problema con el objetivo de, en los siguientes pasos, diseñar la intervención.

En cuanto al lugar de aplicación de la intervención, se efectúa de forma presencial en un centro de psicología privado dedicado al tratamiento de trastornos mentales de diferente índole, principalmente desde el enfoque cognitivo-conductual. Las sesiones que recibe la paciente son remuneradas, presenciales y duran aproximadamente 1 hora. En lo que respecta a la periodicidad, inicialmente las sesiones son semanales, pero en base a criterios terapéuticos finalmente es citada cada dos semanas.

En el caso en cuestión se encuentran implicadas dos terapeutas. Inicialmente, una de ellas lleva a cabo la intervención en sí y la otra, autora del presente trabajo, asume el papel de observadora, no obstante, tras afianzar la relación terapéutica y avanzar en el proceso terapéutico, la terapeuta que primeramente asume el papel de observadora, adopta finalmente

un papel activo en la intervención, ejerciendo como coterapeuta La psicóloga que lleva a cabo inicialmente la intervención es licenciada en psicología, consta de un máster de práctica clínica, un título propio de intervención psicológica en situaciones de emergencia crisis y catástrofes y ha llevado a cabo diferentes cursos: Curso método Shec de sincronización de hemisferios cerebrales para población Infantil, curso El Juego Terapéutico, Curso experto en evaluación diagnóstica en niños, adolescentes y adultos mediante técnicas proyectivas y Curso de experto en psicoterapia con niños y adolescentes. La coterapeuta y autora del presente trabajo es licenciada en psicología especializada en recursos humanos y se encuentra cursando el Máster de psicología general sanitaria y un Máster de especialización terapéutica. El estudio de caso es requisito para obtener el título del Máster de psicología general sanitaria y se lleva a cabo dentro del marco de la Universidad Pontificia de Comillas, habiendo aprobado la realización del presente estudio el Comité ético de investigación de la universidad. Además, obtiene el consentimiento informado de los padres y el asentimiento de la paciente para el uso de la información clínica con fines académicos.

Metodología de Evaluación: Materiales y Análisis de Datos

Tabla 1

Metodología de evaluación empleada

-
- 1) Entrevista clínica con los Padres y Sandra**
 - 2) Cuestionario evolutivo (García, 1994)**
 - 3) Coordinación con el colegio**
 - 4) Técnicas Proyectivas Verbales:** Test desiderativo (Bernstein, 1956)
 - 5) Técnicas proyectivas Gráficas:** Test HTP (House Tree and Person) (Buck, 1948), Test de Persona Bajo la Lluvia (PBLL) (Querol y Chaves, 2005), Test de la familia (Corman, 1967) y Familia Kinética actual (Burns y Kaufman, 1972; Frank, 1985)
 - 6) Valoración psicopedagógica:** La Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-V) (Wechsler, 2015) Test Matrices Progresivas de RAVEN (Raven et al., 1996) Escala Magallanes de Atención Visual (EMAV) (García-Pérez y Magaz, 2000), Test de desarrollo de la percepción visual (FROSTIG) (Frostig, 1988), Test HTP (House, Tree and Person) (Buck 1948) y Test de la Familia (Corman, 1967)
-

A continuación, se explica la metodología de evaluación empleada en el caso de Sandra (nombre ficticio) de forma cronológica:

Entrevista Clínica con los Padres y Sandra

El instrumento básico de recogida de información ha sido la entrevista clínica con los padres y la paciente, cuya finalidad principal ha consistido en obtener datos significativos sobre el tipo de situaciones de acoso sufridas, comienzo del acoso, cómo se ha mantenido en el tiempo y consecuencias originadas a raíz de este, para llevar a cabo un diagnóstico psicológico clínico (si lo hubiera) y tomar decisiones y juicios clínicos pertinentes. Asimismo, se ha recopilado información sobre el entorno familiar, variables personales y ambientales, el contexto social, funcionamiento escolar e implicación del colegio en el problema.

Cuestionario evolutivo (García, 1994)

Este instrumento permite conocer la presencia o ausencia de factores de riesgo en el desarrollo de la paciente que podrían no ser declarados de manera explícita por parte de los progenitores. Permite conocer cuestiones sobre el embarazo, parto, desarrollo del primer año, evolución de los hábitos primarios y secundarios durante la primera infancia, estado actual de salud y antecedentes familiares relevantes.

Coordinación con el colegio

Se lleva a cabo una coordinación con la tutora de la Sandra con el objetivo de recopilar información en cuanto a la situación escolar y variables personales y ambientales relevantes para llevar a cabo la evaluación clínica.

Técnicas Projectivas: Verbales

Test desiderativo (Bernstein, 1956)

Esta técnica de estimulación y producción verbal tiene como objetivo explorar características y rasgos de la personalidad, el grado de organización del yo, la capacidad de elaborar pérdidas, el conjunto de defensas que consta el sujeto, así como su eficacia y conflictos básicos y puntos de fijación, la capacidad de cambio psíquico, todo ello a través de la identificación y desidentificación de la persona (Sneiderman, 2006). El test consta de dos grupos de consignas (catexias positivas y catexias negativas) las cuales se organizan en una serie de preguntas que fomentan la expresión verbal de tres elecciones de valoración positiva

y tres elecciones de valoración negativa. Las catexias positivas exploran a qué defensas recurre la persona ante una situación de peligro. Las catexias negativas se relacionan con mis miedos que presenta el sujeto (Sneiderman, 2010). En lo que respecta al análisis, la metodología corresponde al método cualitativo interpretativo respecto a las actitudes, contenido y verbalizaciones (Sneiderman, 2011).

Técnicas proyectivas: Gráficas

Las técnicas proyectivas de tipo gráfico proporcionan información acerca de la imagen que la persona tiene de sí misma, aquello que le gustaría ser y cómo le gustaría que los demás le vieran (Hammer, 2016; Rocher, 2009). Esta tipología no está basada estrictamente en la percepción, sino en la producción de percepciones e imágenes (Pérez, 2015).

Test HTP (House Tree and Person) (Buck, 1948).

A través del dibujo se obtiene información acerca de los contenidos psíquicos del mundo interno del sujeto (Furth, 1992). La consigna consiste en que la persona debe dibujar una casa, un árbol y una persona de la forma que quiera, tomándose el tiempo que necesite. A través del dibujo de la casa se obtiene información sobre la percepción de la persona en lo que respecta a la situación familiar y las relaciones que acontecen en esta. El dibujo del árbol manifiesta los sentimientos más inconscientes y profundos que el sujeto tiene de sí mismo. Por último, el dibujo de la persona refleja experiencias emocionales y el autoconcepto del paciente, así como los conflictos y las defensas de las que consta y los recursos que utiliza para relacionarse con los demás (Hammer, 2016). Tras la finalización de los diferentes dibujos, se le pregunta al sujeto diferentes cuestiones respecto a estos con el objetivo de aclarar aspectos, que la persona examinada proyecte sus sentimientos, actitudes, metas y necesidades a través de las descripciones de los dibujos y que el examinador reúna la información de la forma más organizada posible. En lo que respecta al análisis, se lleva a cabo un análisis de tipo descriptivo e interpretativo de cada dibujo realizado y de las descripciones proporcionadas por la paciente (Gomila, 2006).

Test de Persona Bajo la Lluvia (PBLL) (Querol y Chaves, 2005)

El Test de la Persona Bajo la Lluvia evalúa la imagen que tiene de sí mismo el sujeto en condiciones adversas. Se le presenta una situación a la cual tiene que hacer frente, recurriendo a los recursos con los que consta. Esta prueba se compara exhaustivamente con el dibujo de la figura humana de la prueba HTP ya que en esta producción falta el elemento

estresante, lo cual posibilita comparar sus defensas frente a situaciones de tensión y relajación. Para interpretar el test se lleva a cabo un análisis cualitativo descriptivo estructural (trazo, presión, borrado, emplazamiento, dimensión etc.) y de contenido (orientación de la persona, uso del paraguas, postura, lluvia, identidad etc.) (Querol y Chaves, 2005).

Test de la familia (Corman, 1967)

En esta prueba gráfica la persona proyecta su subjetividad en el contexto familiar, y proporciona información sobre sus deseos, temores, conflictos, necesidades y fantasías en cuanto a la dinámica vincular. La consigna consiste en “*Imagina una familia y dibújala*”. Tras finalizar el dibujo se lleva a cabo una entrevista con el objetivo de optimizar la interpretación. Se le indica al sujeto que debe explicar la familia dibujada y se llevan a cabo las siguientes preguntas: “*¿Dónde están?*”, “*¿Qué hacen allí?*” “*Nómbreme a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste*” En cuanto a cada miembro de la familia dibujado, se averigua su rol en la familia, las preferencias afectivas de los unos por los otros, su edad y su sexo y seguidamente se ejecuta el método preferencias e identificaciones a través siguientes preguntas y preguntando el porqué de la respuesta: “*¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?*” “*¿Cuál es el menos bueno de todos?*” “*¿Cuál es el más feliz?*” “*¿Cuál es el menos feliz?*” “*Y tú de esta familia, ¿a quién prefieres?* Se pueden añadir otras preguntas como “*Se va a llevar a cabo un viaje, pero, no hay sitio para todos, ¿quién se queda en tierra?*” o, “*uno de los miembros de la familia tuvo un mal comportamiento. ¿Quién fue? ¿Qué castigo tendrá?*”. El análisis que se lleva a cabo tras la aplicación de la prueba es de tipo descriptivo e interpretativo en cuanto al plano gráfico, estructuras formales y contenido del dibujo (Corman, 1967; Laplace, 2013).

Familia Kinética actual (Burns y Kaufman,1972; Frank, 1985)

Burns y Kaufman (1972) presentan una versión del test del dibujo de la familia donde la consigna radica en “*haz un dibujo de tu familia, incluyéndote a ti haciendo algo*”. El incluir en la consigna la Kinesia los autores descubren que el material producido por el sujeto ayuda en mayor medida a entender la subjetividad en relación al grupo familiar. En el año 1972, Rentana Frank lleva a cabo una investigación de la versión del test de la familia de Burns y Kaufman y realizan una serie de modificaciones en cuanto a la administración y criterios de interpretación. La consigna consiste en “*Dibuja a tu familia haciendo algo; la puedes hacer como quieras, pero recuerda que te pido que estén haciendo algo*” y propone los siguientes criterios de interpretación: conducta general del sujeto en relación a la tarea y el entrevistador,

características formales del grafismo, primera figura dibujada y secuencia general, personajes incluidos, adiciones y omisiones, configuración espacial y ámbitos, tratamiento diferencial de las figuras: aspectos comparativos, kinesia, zonas significativas y áreas de conflicto, acciones asignadas y roles inferidos y objetos y escenario (Mercado, 2015; Frank, 1985; Burns y Kaufman, 1972).

Valoración psicopedagógica

Se ha llevado a cabo una valoración psicopedagógica por parte del colegio tras la solicitud de la familia con el objetivo de valorar una posible alta capacidad. La fecha final de la valoración ha sido el 1 de marzo de 2022, esto es, posterior a la evaluación inicial realizada por parte de las terapeutas en septiembre de 2021. Los instrumentos utilizados a este respecto han sido:

La Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-V) (Wechsler, 2015)

Consiste en un instrumento clínico que evalúa la inteligencia en niños de 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses. La escala WISC-V ofrece puntuaciones de los índices primarios de inteligencia, esto es, comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Asimismo, ofrece información sobre índices secundarios de inteligencia: Razonamiento cuantitativo, Memoria de trabajo auditiva, No verbal, Capacidad general y Competencia cognitiva. Además, informa sobre la escala total o CI total.

Esta edición fue estandarizada para Chile con una muestra de 754 sujetos, residentes en 7 regiones a lo largo del país y diferenciados por edad y nivel socioeconómico. La escala total alcanzó en este estudio un nivel de confiabilidad de consistencia interna medida mediante Alpha de Cronbach de 0.97 (Rosas et al., 2022), siendo un rango excelente y pudiendo afirmar que la escala es muy fiable.

Test Matrices Progresivas de RAVEN (Raven et al., 1996)

Consiste en una prueba no verbal que mide la capacidad intelectual general mediante la comparación de formas y el razonamiento por analogías. Facilita información sobre la capacidad y claridad del pensamiento, poniendo en marcha el razonamiento analógico, la percepción y la claridad de pensamiento

El estudio realizado por Vásquez et al. (2001) analizó la confiabilidad de la prueba de matrices progresivas de Raven, proporcionando coeficientes Alfa de 0,75, evidenciando que

presenta consistencia interna, lo que permite corroborar la fiabilidad del instrumento. Además, la validez de constructo del instrumento quedó confirmada a través del análisis factorial, encontrándose que los ítems de la prueba están agrupados en 12 factores, los cuales permiten explicar el 64% de la varianza de las puntuaciones.

Escala Magallanes de Atención Visual (EMAV) (García-Pérez y Magaz, 2000).

La EMAV es un instrumento psicométrico diseñado para evaluar diversas funciones de la atención en niños de 5 a 18 años. Permite evaluar: focalización, mantenimiento y estabilidad. Además, proporciona dos índices: A.S. (Atención Sostenida) y C.A. (Calidad de Atención). Consiste en una tarea de búsqueda visual, basada en la identificación de las figuras iguales al modelo. Existe una versión para niños de 6 a 8 años de edad (EMAV-1) y otra para las edades de 9 a 18 años (EMAV-2). Al tener la paciente 7 años, se le administró el EMAV-1.

En un estudio realizado por Álava et al. (2021), se estudió la fiabilidad test-retest de las puntuaciones de esta prueba, concluyendo que es moderada ($p = .48-.56$ para la calidad de atención, $p = .46-.60$ para la atención sostenida).

Test de desarrollo de la percepción visual (FROSTIG) (Frostig, 1988).

Esta prueba tiene como objetivo identificar retrasos en la madurez perceptiva de los niños entre los 3 y 7 años que presentan dificultades de aprendizaje. El test se encuentra organizado en cinco sub-test, y explora cinco aspectos de la percepción visual que son relativamente independientes: Coordinación visomotora, Discriminación figura-fondo, Constancia de formas, Percepción de posiciones en el espacio y Relaciones espaciales.

El colegio completó la valoración psicopedagógica a través del **test HTP (House, Tree and Person) (Buck 1948)** y el **Test de la Familia (Corman, 1967)** explicado anteriormente,

Presentación del caso

La paciente, Sandra, es una niña de 7 años que se encuentra cursando el segundo curso de educación primaria en un colegio de la provincia de Madrid. Vive con sus padres y dos hermanos menores que ella. Tiene un hermano de 5 años y una hermana de 2 años. Ambos padres tienen 40 años y han llevado a cabo estudios superiores universitarios. El nivel socioeconómico familiar es medio-alto.

En lo que respecta a la información personal del padre, es informático y trabaja entre 12 y 16 horas diarias. Refiere que el poco tiempo que tiene libre se lo dedica a sus hijos y la

paciente tiene un vínculo afectivo muy grande con él, el cual se hipotetiza que es consecuencia de haber sido el cuidador principal cuando la paciente nació, ya que la madre tuvo que reincorporarse tras el parto al trabajo. Se identifica un estilo educativo autoritario por parte de su padre, así como haber recibido una educación autoritaria en su entorno familiar. El hermano del padre sufrió acoso escolar cuando era pequeño, situación que llegó a su fin con la expulsión del acosador del colegio. La paciente no tiene consciencia de este fenómeno.

Con relación a la madre de la paciente, nació en Inglaterra ya que su padre es inglés y vino a vivir a España con 6 años. No mantiene una buena relación con su madre, quien tiene nacionalidad española, ya que refiere que es una persona “tóxica”. La madre sufrió acoso escolar físico y psicológico de forma continuada en el tiempo, concretamente desde educación infantil hasta los 13 años. Con respecto a su trabajo, es muy exigente a nivel de horario y suele dormir fuera de casa.

Sandra acude motivada por sus padres el día 29 de septiembre de 2021 acompañada por estos, los cuales se encuentran muy preocupados ya que refieren que desde tercero de infantil sufre acoso escolar, tanto físico como verbal (*“le pegan puñetazos y le insultan”*) por parte de varios compañeros de clase. Comentan que esta situación está provocando un deterioro del bienestar psicológico de Sandra y de sus relaciones sociales. Según los padres, el colegio no hace lo suficiente y refieren que su hija sí verbaliza lo que le pasa en el colegio y que tiene asumido que le van a pegar.

Una parte esencial de los estudios clínicos es el consentimiento informado, por lo que se les entregó a los padres de la menor este documento, el cual fue firmado por ambos. En él se les informó sobre el objetivo del estudio, lo que implica su participación en el estudio propuesto y la confidencialidad de la historia clínica.

Antecedentes personales

La paciente actualmente cursa 2º de primaria. Según los padres, sufre acoso escolar por parte de varios compañeros de su clase, tanto físico como verbal, en forma de puñetazos e insultos, desde tercero de infantil. Refieren que el acoso escolar comenzó en septiembre de 2020 en la hora del patio después del comedor, donde empezó a perder el control de esfínteres. En diciembre de 2020, la paciente verbalizó en casa lo que estaba sucediendo en el colegio y, ante esta situación, los padres decidieron que comiera en casa, lo cual se mantuvo hasta abril de 2021. En ese momento la paciente presentaba un estado de ánimo bajo y tenía miedo de sus compañeros.

En verano de 2021, la paciente mantenía una actitud positiva ante la vuelta al colegio, sin embargo, tras dos semanas del nuevo curso (2º de primaria) ha vuelto a retraerse y a verbalizar que no quiere ir al colegio ya que refiere que le pegan y le insultan, momento en el que deciden buscar ayuda terapéutica. Se identifican diferentes hitos relacionados con el acoso escolar:

- *Escena 1.* En tercero de infantil se produce una pelea con uno de los acosadores. Tras el acontecimiento, una docente acude a la paciente y delante de toda la clase le pregunta quiénes han sido los responsables y la paciente se retracta. La clase apoya al acosador y, a raíz de este suceso, la paciente decide no volver a verbalizar acontecimientos relacionados con el acoso a los profesores.
- *Escena 2.* En primero de primaria, los acosadores le bajan los pantalones y le tocan el trasero.
- *Escena 3.* El acoso escolar acontece sobre todo en el comedor, donde comenzó a perder el control de esfínteres, lo cual fue verbalizado por parte de la paciente a su familia.
- *Escena 4.* Actualmente las agresiones se mantienen según refieren los padres “*le pegan puñetazos en el pecho y en la espalda*”, “*le tiran arena en el pelo, le han roto el tupper y un paraguas*”.

Los padres señalan que su hija tiene asumido que le van a pegar y comentan que han informado al colegio de lo que está sucediendo en base a las verbalizaciones de su hija, sin embargo, desde su punto de vista no hacen lo suficiente. Se ha abierto un protocolo de acoso en el colegio por insistencia parental. En cuanto a las medidas adoptadas por parte de la institución, vigilan a Sandra en el patio del comedor, han cambiado a la paciente de mesa en clase para que los acosadores no le molesten y han ejecutado sesiones de convivencia en el aula con la clase de la paciente. Desde el punto de vista de los padres, esta pauta de actuación ha tenido resultados positivos ya que la situación ha mejorado, pero no lo suficiente, ya que su hija sigue verbalizando que le pegan y le insultan. Por esta razón, han decidido buscar ayuda terapéutica, ya que están preocupados por la situación de acoso que su hija vive en el colegio y las consecuencias negativas a nivel emocional, social y físico y, además, señalan que está afectando en la convivencia en casa, en forma de conductas regresivas y celos hacia sus hermanos pequeños.

Evaluación inicial

El proceso de evaluación se ha realizado durante tres sesiones de una hora a lo largo de tres semanas. Para llevarlo a cabo se ha utilizado los siguientes instrumentos de evaluación cualitativa y se obtuvieron las siguientes conclusiones clínicas:

Entrevista clínica con los padres

Los padres definen a la Sandra como una niña sociable, extrovertida, madura y muy lista. En cuanto a la dinámica familiar, se identifica coordinación en lo que respecta a las normas de convivencia, pero se contemplan estilos educativos diferentes por parte de los progenitores. El padre se enmarca en el estilo educativo autoritario, ya que impone normas y no acepta que sus hijos se las cuestionen, llegando a utilizar el castigo físico en forma de “azotes” y violencia verbal en forma de gritos, controlando de forma rígida y severa el comportamiento de sus hijos. La madre utiliza un estilo de crianza permisivo, siendo una figura afectiva que atiende a las necesidades de sus hijos, defiende la educación bajo el respeto, pero no establece unos límites claros ni se mantiene firme en las normas impuestas. Se hipotetiza que la falta de límites claros y la firmeza en las normas es consecuencia de sus largas estancias fuera de casa debidas al trabajo, ya que cuando regresa evita tener conflictos con sus hijos y quiere pasar tiempo sin desacuerdos a costa de perder autoridad.

En otro orden de ideas, se identifican celos fraternos por parte de la paciente hacia su hermana pequeña cuando esta última juega con su padre y tiende a adoptar un rol de figura de protección con ella. En cuanto a su hermano pequeño, suelen pelearse y Sandra le pega en muchas ocasiones, pero señalan que tienen buena relación. La paciente tiene un vínculo emocional más fuerte con el padre que con la madre, el hijo pequeño tiene más conexión con la madre y la hija pequeña aparenta tener un vínculo emocional equitativo con todos los miembros de la familia. En cuanto a la relación de la madre con la paciente, presenta una actitud negativa y rencorosa cuando vuelve de sus largas estancias fuera de casa a consecuencia del trabajo.

Respecto al ámbito académico, la paciente obtiene muy buenas calificaciones y en ocasiones “corrige” a sus compañeros. En clase termina las tareas con más rapidez que sus pares. Cuando esto sucede, la profesora le indica que ayude a los demás a hacer los ejercicios. La madre ha transmitido al colegio que no le parece una buena idea ya que piensa que puede empeorar el supuesto acoso escolar. Asimismo, la madre verbaliza que la paciente ha

comentado en varias ocasiones en casa que se aburre en clase. Inicialmente, se hipotetizó que la paciente presentaba altas capacidades en base a lo verbalizado por parte de los padres y la entrevista realizada con Sandra, tal como se comentará posteriormente.

En lo que respecta a la relación con los pares, la paciente presenta un círculo social muy amplio. Una de sus amigas ha decidido crear un grupo, al que han denominado *club*, donde una manda y las demás obedecen. La paciente ha referido a sus padres que no quiere formar parte de este grupo, lo cual demuestra que tiene un fuerte carácter y no presenta una personalidad sumisa. La madre comenta que ha hablado con la madre de la niña creadora del club, siendo la creadora la persona que manda dentro del grupo, y le ha comentado que Sandra pega a su hija, lo cual refleja mucha agresividad por su parte y se hipotetiza que siente frustración por no ser la líder dentro del *club*.

Entrevista clínica con la paciente

En la segunda sesión se lleva a cabo una entrevista únicamente con la paciente sin la presencia de sus progenitores. La paciente se muestra extrovertida, dominante, cariñosa y con poca tolerancia a los límites.

Sandra es consciente de por qué acude a la clínica psicológica *“tengo un problema en el colegio, me pegan, están enfadados conmigo y no sé por qué”*. Hay inconsistencia en cuanto a los acosadores y la actual situación de acoso, tanto en el propio discurso de la paciente como entre lo que comenta ella en sesión y lo que transmitieron sus padres en la entrevista clínica. Por un lado, la paciente no menciona a los mismos acosadores que los progenitores. Por otro lado, refiere que anteriormente los acosadores le suscitaban miedo y que la situación le generaba tristeza, sin embargo, refiere que esto ya no sucede ya que la situación ha cesado desde que los padres hablaron con el colegio, aunque comenta que recientemente le han pegado y que una de sus amigas le comentó que *“si alguien te pega nosotras te protegemos”*. Por un lado, esto evidencia que tiene un círculo social protector y, por otro, tal y como se ha comentado previamente, que hay inconsistencias en el discurso en lo que respecta a una posible situación de acoso actual. Además, comenta que ha decidido no pertenecer al *club* y jugar con otras compañeras de clase ya que la dinámica de *“una manda y otras obedecen”* no le gusta.

Se le pregunta a la paciente sobre qué le gustaría cambiar del entorno escolar, y responde que le gustaría que su clase fuera más grande, no haciendo referencia a la situación de acoso ni a conductas o personas concretas, por lo que se pone en duda que la situación de

acoso, si la hubiera, tenga el nivel de gravedad transmitido por los padres. En lo que respecta a la dinámica en el hogar, refiere que le gustaría que su padre no ejerciera el castigo físico en forma de azotes, lo cual evidencia el estilo autoritario hipotetizado en la primera entrevista con los progenitores.

En cuanto a la relación fraterna, la paciente refiere que *“tener hermanos a veces es aburrido porque están muy pendientes de ellos”*, confirmando que la paciente presenta celos en cuanto al trato que los progenitores tienen sobre los hermanos de la paciente. Asimismo, se identifica poca tolerancia a la frustración, sobre todo en relación con su hermano ya que verbaliza *“cuando no hace lo que quiero me pongo nerviosa y le pego”*.

Destacar que, en esta primera sesión, la paciente lleva a cabo un dibujo a ambas terapeutas, donde identificó el nombre de ambas y añadió un *“os quiero”*. En base a este acontecimiento, se hipotetiza que es una niña que busca el reconocimiento y cariño de los demás, posiblemente porque sus necesidades emocionales no estén siendo cubiertas en su entorno más próximo, como es la familia. Por último, en cuanto a la entrevista inicial con Sandra, se hipotetizó que presenta altas capacidades ya que tiene un vocabulario realmente amplio, habilidades para hacer conexiones entre distintos conceptos, comprende y maneja conceptos complejos abstractos y es extremadamente creativa. Los padres deciden solicitar al colegio una valoración psicopedagógica de altas capacidades, la cual fue efectuada y finalizó el día 1 de marzo de 2022, siendo los resultados de esta valoración incluidos en la evaluación inicial del caso a pesar de haberse obtenido a posteriori.

Coordinación con el colegio

Se lleva a cabo una coordinación con la institución educativa de la paciente con el objetivo de obtener información respecto a la adaptación psicosocial de la paciente y la situación de acoso escolar que sufre según lo verbalizado por la paciente y los progenitores. El colegio comenta que cerraron el protocolo de acoso escolar ya que afirman que la paciente no está siendo víctima de ningún tipo de acoso escolar y que, contrariamente, actúa como líder con sus pares y participa de forma activa en los conflictos del aula. En cuanto a los diferentes acontecimientos relatados por los padres y relacionados con el acoso escolar, el colegio refiere que el suceso del *tupper* (escena 4) no ha sucedido, sino que ha sido la propia paciente quien ha roto el *tupper*. Igualmente, comenta que no es posible que sus compañeros le tiraran arena ya que no hay arena en el colegio. En base a la información proporcionada por el colegio, se

pone en duda que la paciente esté sufriendo de acoso escolar por parte de sus pares y, además, parece participar de forma activa en los conflictos en el aula, presentando una personalidad dominante la cual fue observada a lo largo de la segunda sesión, en la entrevista clínica realizada con ella.

Cuestionario evolutivo (García,1994)

Se entrega a los padres el cuestionario evolutivo de García (1994) en la primera sesión con el objetivo de conocer diferentes hitos del desarrollo de Sandra:

- Embarazo: La madre padece diabetes gestacional e hipotiroidismo. En cuanto al transcurso general del embarazo, este fue apacible, aunque la placenta no funcionó correctamente a partir de la semana 35, lo cual conllevó a que Sandra naciera con infrapeso.
- Parto: El parto fue inducido y se llevó a cabo una cesárea. Sandra necesitó oxígeno durante el parto. Debido al infrapeso, estuvo en una incubadora durante 3 días y 13 días ingresada en la unidad de neonatos, no pudiendo tener contacto con sus progenitores.
- Desarrollo del primer año: La lactancia fue mixta durante un periodo de 6 meses. En cuanto a la evolución del peso y la talla fue acorde al desarrollo normal. El tiempo dedicado por la madre al cuidado de su hija fue constante durante el primer año de vida. El abuelo paterno cuidó de ella junto con sus padres. Con relación al sueño, los primeros 4 meses se despertaba cada 90 minutos y posteriormente dormía entre 4 y 5 horas seguidas. Señalan que el llanto de Sandra era potente y agudo. En cuanto a la alimentación, se basó en lactancia materna y se introdujeron alimentos siguiendo la pauta del pediatra. Desarrolló alergia al huevo. La definen como una niña dulce, cariñosa y alegre.
- Evolución de hábitos primarios y secundarios: Desarrolló el control postural a los 5 meses. se ponía de pie sin agarrar a los 15 meses, los primeros pasos los dio a los 13 meses, las primeras palabras las pronunció con 7 meses, lo cual evidencia un desarrollo precoz del lenguaje. No ha presentado ningún retraso en el crecimiento ni problemas con la alimentación. Actualmente tiene alergia al huevo, a las castañas, a las nueces y al kiwi. Le han operado de vegetaciones. En cuanto al control de esfínteres, durante el día lo comenzó a controlar en verano de 2017 y por la noche en noviembre de 2017. Cuando comenzó a controlar la orina comenzó a controlar las heces.

- Estado actual de salud: No presenta problemas de salud, ni deficiencias motrices y no recibe ningún tratamiento médico.
- Vista: Presenta hipermetropía.
- Audición: Nivel correcto.
- Higiene del sueño: Se va a la cama a las 9 y se levanta a las 7 y media, no presentando dificultades en el transcurso del sueño.
- Otros datos adicionales de interés: Se muerde las uñas

Técnicas proyectivas verbales

Test desiderativo

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en el test desiderativo y las conclusiones clínicas inferidas en base a estos.

Respuestas al test desiderativo:

- Catexias positivas (+)
 1. Símbolo: Leona. Argumentación: *“Porque tiene pezuñas, chupa a los críos y es feroz. Tiene pelo y te sientes cómoda”*.
 2. Símbolo: Cuadro. Argumentación: *“Porque si dice love me gusta. A todos nos gusta amar”*.
 3. Símbolo: Margarita. Argumentación: *“Porque son bonitas y siempre vienen las abejas a recoger miel”*.
- Catexias negativas (-)
 1. Símbolo: Margarita. Argumentación: *“En una flor, porque estoy todo el día quieta y me tiene que dar el sol todo el rato. Si me arrancan me muero. Los niños no tienen respeto por la naturaleza”*.
 2. Símbolo: Cuadro. Argumentación: *·Porque si me quieren colgar, me tienen que hacer un agujero y me dolería la espalda. No podría jugar con mis amigos”*.
 3. Símbolo: Leona. Argumentación: *”Toda la gente se asustaría de mí. La voz asustaría a los niños”*.

Conclusiones clínicas

Sandra responde a las diferentes preguntas en un tiempo breve, entendiendo a la perfección la consigna, no presentando dificultades a la hora de argumentar las respuestas, las cuales son muy detalladas. Todo ello simboliza una alta velocidad de procesamiento cognitivo,

altas capacidades cognitivas y capacidad simbólica. Asimismo, se observa complementariedad entre las respuestas de las catexias positivas y las negativas, lo cual refleja alta capacidad de racionalización y que percibe que no puede elegir algo sin sentir que pierde algo. Asimismo, las respuestas son creativas, lo cual señala que tiene capacidad imaginativa. El haber respondido sin ninguna dificultad a las preguntas, en el caso de las catexias positivas, refleja, que sabría cómo defenderse de aquello que siente como peligroso y, en el caso de las negativas, que no tiene dificultades a la hora de conectar con lo rechazado, esto es, sabe de qué debe defenderse.

En cuanto al análisis de las respuestas en las catexias negativas, las cuales se relacionan con los miedos, se observa que Sandra es una niña sensible, con necesidad de movimiento y de relación y que tiene miedo a alejar a los demás por su carácter agresivo y dominante. En cuanto a las catexias positivas, las cuales se relacionan con los mecanismos de defensa, se infiere que es una persona con carácter, cariñosa y con necesidades relacionales.

Si se establece un hilo conductor entre ambas catexias y se analizan las respuestas y las argumentaciones de forma conjunta, se concluye que Sandra es una persona sensible, que está a gusto conmigo misma en cuanto a su carácter autoritario. Sin embargo, a la hora de establecer relaciones, lo cual desea en gran medida, este carácter puede ser poco adaptativo ya que aleja a los demás.

Técnicas proyectivas gráficas

Test HTP (House Tree and Person) (Buck, 1948).

En el apartado de Apéndices se encuentra incluido el dibujo de la prueba HTP (*Figura A1, Figura A2, Figura A3*).

Se lleva a cabo un análisis cualitativo de lo que se denomina pautas formales y pautas de contenido.

Las pautas formales son generales a todos los dibujos del test HTP, son las que sufren menos cambios y se refieren principalmente a las reglas grafológicas. A este respecto, los ítems que se han observado y se han analizado son *ubicación, tipo de trazo, tamaño, presión, claridad del dibujo, dinamismo, calidad del dibujo y secuencia*. En base al análisis de estos indicadores, se afirma que Sandra es una niña que presenta un buen equilibrio emocional y una buena adaptación, tiende a vivir en el presente desde la objetividad, presenta autocontrol, seguridad,

autoconfianza, una alta autoestima y es una persona enérgica con mucha vitalidad. Destacar que presenta tendencias narcisistas, es ambiciosa, abierta a múltiples perspectivas y con capacidad de organización y objetividad, siendo clara en sus ideas y con capacidad para resistir ante influencias externas. Se siente importante en el ambiente escolar y familiar y presenta necesidad de reconocimiento, es decir, no le gusta pasar desapercibida. Por último, en lo que respecta a las conclusiones clínicas inferidas en base al análisis de estos indicadores, Sandra presenta un pensamiento normativo, sin perturbaciones y tiene un control racional de impulsos, donde la idea prevalece a la acción.

Seguidamente, se analizan las pautas de contenido, es decir, cada elemento constitutivo de la prueba y se lleva a cabo un análisis interpretativo de la entrevista realizada tras la ejecución de los tres dibujos.

Casa

En el apartado de Apéndices se encuentra incluido el dibujo de la casa (*Figura A1*).

Respecto al dibujo de la casa, se analizan los siguientes indicadores: *techo, paredes, puerta, ventana, chimenea, humo, camino, suelo y complementos o accesorios*.

La paciente presenta un nivel de capacidad conceptual maduro, es decir, contiene habilidades para captar conceptos y establecer relaciones, como comparar objetos atendiendo a sus propiedades físicas y no se toma libertades a la hora de representar la realidad. Es una persona estructurada que no facilita el acceso a su intimidad. Con relación al ámbito social Sandra presenta cierta reticencia a establecer/ mantener contacto con los demás, tiende a alejarse del intercambio interpersonal y le cuesta dar y recibir afecto. Siente miedo en cuanto al posible daño que pueda ocasionar el mundo exterior y se encuentra a la defensiva. En base a diferentes indicadores, se hipotetiza que hay ciertas necesidades emocionales que no están siendo cubiertas en el hogar. Se infieren sentimientos de inseguridad, soledad, falta de estabilidad y percibe haber perdido el apoyo de sus familiares y/o allegados.

En base a la entrevista sobre el dibujo de la casa, se concluye que Sandra es una niña con mucha capacidad creativa. Es una persona que considera tener habilidades para hacer frente a situaciones adversas y que no tiene presente a sus figuras parentales, lo cual manifiesta que padece carencias afectivas por parte de sus progenitores. Esto último se infiere por el hecho de

haber dibujado a una niña de 11 años que vive sola con sus animales y se apoya en el análisis realizado de los diferentes contenidos de la casa.

Árbol

En el apartado de Apéndices se encuentra incluido el dibujo de a casa (*Figura A2*).

Con relación al dibujo del árbol, se analizan los siguientes indicadores: *tronco, raíces, suelo, ramas y copa*, y se llegan a las subsiguientes conclusiones clínicas.

La paciente, presenta fortaleza interna, seguridad y resistencia. Además, no actúa por instinto, sino que se moviliza en base a lo racional y afectivo. En cuanto al ámbito social, el hecho de no haber dibujado ramas simboliza que no tiende a establecer relaciones sociales y que no disfruta con ellas. Sandra es una persona nerviosa, irritable, hostil, opositora, independiente y con tendencias agresivas. Los complementos añadidos al árbol simbolizan vitalidad, optimismo, extraversión y necesidad de reconocimiento.

En lo que respecta a la entrevista llevada a cabo sobre el dibujo del árbol, se infiere nuevamente que Sandra es una niña con necesidad de reconocimiento y con ganas de destacar frente al resto, con un autoconcepto positivo y que no facilita el acceso a su intimidad (“*es el rey de los árboles*”, “*es bueno, cuida de los demás*”, “*no hay animales dentro del árbol*”).

Figura de la persona

Cuando al sujeto se le pide el dibujo de una figura humana, generalmente las mujeres dibujan figuras femeninas y los hombres dibujan figuras masculinas. En el caso en cuestión, la paciente dibujó una figura masculina. Por esta razón, tras la finalización de la figura masculina, se le indicó que dibujara una figura femenina, para observar e interpretar la representación de sí misma en cuanto a su imagen corporal y autoimagen. Se interpreta que si el sujeto dibuja una figura humana contraria a su género, puede indicar un posible conflicto respecto a su sexualidad, sin embargo, la paciente en ningún momento ha verbalizado a lo largo de la evaluación ni se interpreta en base a los dibujos que no esté a gusto con su género, por esta razón esta hipótesis no ha tenido cabida en el caso de Sandra. Más bien, se hipotetiza que al haber sido su padre quien le cuidó tras el parto y las marchas de su madre por el trabajo, la figura paterna sea un modelo muy incorporado y presente, provocando una fijación, representada en esta prueba.

A continuación, se analiza la figura masculina dibujada y posteriormente la figura femenina. En el apartado de Apéndices se encuentra incluido el dibujo de figura masculina (*Figura A3*) y el dibujo de la figura femenina (*Figura A4*).

Figura masculina

La paciente refiere que la persona dibujada se llama “*Paco el flaco*” y tiene 2000 años. El hecho de haber dibujado una persona mayor da a lugar a dos hipótesis interpretativas: por un lado, se considera que se identifica con la imagen de los padres y concretamente con el padre al haber dibujado una figura masculina siendo mujer y, además, se considera que Sandra anhela ser una persona mayor. Nos encontramos ante una figura deshumanizada, y concretamente ante un personaje de ficción tal y como comenta la paciente, lo cual es normativo teniendo en cuenta su edad. Dibujar personajes o caricaturas es muy común hasta los 10 u 12 años de edad.

En cuanto al análisis de cada elemento constitutivo de esta figura, se interpreta que Sandra presenta un equilibrio entre pensamiento y acción y entre sentimientos y razón, buena autoestima, emotividad, tendencia a la extraversión, sensibilidad, delicadeza, imaginación y curiosidad. Sandra es una persona independiente, activa, con capacidad para integrarse en el medio, con habilidades de comunicación y capaz de hacer frente a las exigencias del entorno, con estabilidad e iniciativa. Atendiendo a la forma de la cara y rasgos del cuerpo de la figura, se afirma que puede presentar problemas a la hora de adaptarse en el ámbito social, que tenga una actitud pedante y que se agresiva y/o dominante con los demás, predominando sentimientos de inferioridad, pero que tiende a moderar su actitud en el contacto con los otros. Asimismo, se identifican problemas a la hora de tomar decisiones y a aplicar el propio criterio y sentimientos de inferioridad. Se percibe que Sandra presenta una personalidad narcisista y exhibicionista. Esto es, le gusta destacar frente al resto, tiene deseos de superioridad, de autoridad y de prestigio social.

Figura femenina

Tal y como se ha comentado anteriormente, se le propuso a la paciente que dibujara una figura femenina para observar e interpretar la representación de sí misma en cuanto a su imagen corporal y autoimagen. La figura femenina se llama “*Roga*” y tiene 13 años. El hecho de haber dibujado a una persona mayor que ella, apoya la hipótesis referente a que la paciente desea ser mayor ya que anhela la independencia y la autonomía.

En cuanto al análisis de cada elemento de esta figura, se han llegado a las siguientes conclusiones clínicas. Nuevamente se observa un carácter dominante y rasgos agresivos. poca confianza en sí misma, sentimientos de inferioridad y tendencia a imponerse sobre otros a la hora de establecer relaciones sociales, aunque tiende a moderar su actitud. El dibujo refleja feminidad, deseo de agradar y seducir, apasionamiento y alegría de vivir, emotividad, tendencia a la extraversión, sensibilidad, imaginación y curiosidad. En base al análisis se identifica una presenta una personalidad narcisista y exhibicionista. Esto es, le gusta destacar frente al resto. Es capaz de hacer frente a las exigencias del entorno, con estabilidad e iniciativa.

Conclusiones clínicas generales de la prueba HTP

En base al dibujo de la casa, el árbol y la persona, en líneas generales se infiere que Sandra es una niña que presenta un buen equilibrio emocional enérgica, con mucha vitalidad y tendencias agresivas. En cuanto al ámbito social, se concluye que puede presentar problemas a la hora de establecer relaciones sociales y de adaptarse a contextos ya que presenta tendencias narcisistas y agresivas y no le gusta pasar desapercibida. En situaciones donde no pueda ser “líder” tenderá a evitar el contacto social. En lo que respecta a la relación con sus figuras parentales, se infiere que hay ciertas necesidades emocionales que no están siendo cubiertas ya que obvia a los padres en el dibujo de la casa y comenta que la niña del dibujo vive sola, lo cual puede ser debido a que no percibe apoyo por su parte y se aprecian sentimientos de inseguridad, soledad, falta de estabilidad. Se identifica en mayor medida con su padre y tiene deseos de independencia. Con relación a su capacidad intelectual, la paciente presenta una capacidad conceptual madura, objetividad, alta creatividad, no tanto por los dibujos realizados, sino en lo verbalizado en la entrevista sobre las diferentes representaciones.

Test de la persona bajo la lluvia (Querol y Chaves, 2005)

Esta prueba se compara con el dibujo de la figura humana de la prueba HTP ya que en esta producción falta el elemento estresante, lo cual posibilita comparar sus defensas frente a situaciones de tensión y relajación. Se analiza de forma cualitativa los indicadores estructurales y de contenido, llegando a diferentes conclusiones clínicas. El dibujo del test se encuentra incluido en el apartado de Apéndices (*Figura A5*).

Se analizan los siguientes indicadores estructurales: *dimensión del dibujo, emplazamiento, trazo, presión, tiempo, secuencia, movimiento y sombreado*, y se destacan las conclusiones clínicas resultantes más relevantes. La paciente tiene necesidad de ser reconocida

y tiene tendencia a la agresividad. Presenta rasgos de personalidad eufórica, es una persona alegre, idealista, espiritual y noble. Detalles del dibujo apuntan a que es un tanto tímida y que no presenta confianza en sí misma. En cuanto al tiempo de ejecución del dibujo, lleva a cabo el dibujo de forma pausada, siendo detallista, y posteriormente lo ejecuta sin detalle ni cuidado y rápidamente, lo cual apunta a que la paciente tiene necesidad de liberarse rápidamente de los problemas. No presenta ansiedad ni rechazo por ninguna parte de su cuerpo y no se identifica ningún rasgo patológico.

De la misma manera, se han analizado cada elemento constitutivo de la figura y se destacan a continuación las conclusiones clínicas más relevantes. Sandra, a diferencia del dibujo de la figura humana en el HTP, ha dibujado una figura femenina, lo cual es lo esperable. Se infiere en base al dibujo que la paciente es emocionalmente inmadura y tiene poca tolerancia a la frustración. Esto último concuerda con lo observado en la primera entrevista con ella ya que no respeta los límites impuestos.

Además, en base al dibujo se infiere que se siente angustiada y ante una situación estresante y agobiante, no presentando mecanismos de defensa ante las adversidades que le acontecen. No se considera que esta situación esté relacionada con el supuesto acoso escolar, ya que se pone en duda que esta situación se esté dando al no presentar características propias de una persona acosada. Se hipotetiza que esta situación ante la cual no se siente con herramientas para hacer frente esté aconteciendo en su casa y esté relacionada con las carencias afectivas observadas a lo largo de las diferentes representaciones. Su incapacidad para hacerle frente puede estar asociada a su inmadurez emocional.

Tras la realización del dibujo se llevó a cabo una entrevista. Sandra refirió que la persona se llama Pepita, tiene 14 años, es huérfana y no tiene casa. Refiere que Pepita está triste porque echa de menos a sus padres. Estas verbalizaciones concuerdan con la hipótesis comentada anteriormente con respecto a que las necesidades emocionales de Sandra no están siendo satisfechas en casa, lo cual le angustia en gran medida y que no tiene estrategias para hacer frente a esta situación ya que emocionalmente es una niña inmadura.

Test de la familia (Corman, 1976)

La consigna radica en “*Dibuja una familia que tú imagines*”. El dibujo se analiza a tres niveles:

- Primero en su conjunto, atendiendo a aspectos estructurales tales como tamaño, trazo, distancia de los personajes y orden en el que se han presentado a los personajes .
- En segundo lugar, se ha hecho un análisis de cada figura representada en cuanto a su tamaño, forma, situación respecto a otros etc.
- En último lugar se ha contrastado la información proporcionada con Sandra en la entrevista posterior a la ejecución del dibujo con respecto al dibujo plasmado

El dibujo del test de la familia se encuentra incluido en el apartado de Apéndices (*Figura A6*)

Tras llevar a cabo este análisis de tipo cualitativo, se han llegado a las siguientes conclusiones clínicas. En base al análisis estructural, se reafirma que Sandra presenta rasgos agresivos y es una persona extrovertida. En cuanto a la agresividad, el hecho de que sea más notoria al dibujar una familia en comparación con el HTP y el dibujo de la persona bajo la lluvia, se considera que es porque siente cierta hostilidad hacia sus vínculos familiares. En cuanto al orden en el que ha dibujado a sus miembros, primero ha dibujado a Carla, luego a Juan y por último a Carlota. Ella se ha identificado con el último miembro dibujado, lo cual es un signo de desvalorización propia. Respecto a la distancia entre los miembros la paciente ha dibujado únicamente a los hermanos en su familia imaginaria, quienes se encuentran muy cerca los unos de los otros. Esto simboliza que, por un lado, se siente afectivamente cerca con sus hermanos y, por otro lado, que siente una distancia afectiva muy grande con sus padres al haber omitido en su familia imaginaria a los progenitores, lo cual refleja un problema vincular y es una expresión de desvalorización.

En cuanto al análisis de cada figura, se puede observar que ha representado a Carlota con un tamaño mayor al del resto de los personajes. Teniendo en cuenta que ella se ha identificado con esta figura, se concluye que Sandra se considera un miembro importante dentro de su entorno familiar. Con relación a la forma en la que ha dibujado a los personajes, se afirma que Sandra presenta vitalidad, tiene interés por lo desconocido, curiosidad, ganas de aprender y comprender lo que le rodea. Asimismo, se identifica miedo al exterior, a comunicarse, dificultad en las relaciones sociales, inseguridad y retraimiento. No ha dibujado manos en ninguno de los personajes, lo cual se asocia con sentimientos de culpabilidad por las reprimendas de los padres y con temor por sufrir agresión física por parte del padre.

Tras la realización del dibujo, se lleva a cabo una entrevista con Sandra sobre la relación entre las personas dibujadas. A continuación, se expone lo verbalizado y las conclusiones derivadas de las respuestas.

Sandra verbaliza que las tres personas dibujadas son hermanos y que los padres han sido raptados por “Paco el Flaco”, el dibujo de la figura humana del test HTP, y que volverán a través de un unicornio. Comenta que Carlota es la que más ayuda en casa, personaje con el que ella se siente identificada. En cuanto a la relación fraterna, comenta que no discuten, sino que hablan. En cuanto a los diferentes hermanos, comenta que el hermano más feliz es Carlota ya que se gana la vida sola, el hermano menos feliz es Carla porque no puede cumplir su sueño, ser bailarina profesional, y que además es la menos feliz porque es muy mandona. El hermano más bueno comenta que es Juan porque es agradable. Comentó que, si se hiciera un viaje y uno de ellos pudiera ir, sería Carlota la que no iría y Juan se portaría mal durante el viaje con Carla.

Tal y como se ha comentado anteriormente, se observa un distanciamiento emocional con los padres, desvalorización por estos y conflicto al haber obviado estas figuras en el dibujo. Se observa desvalorización hacia sí misma en dos aspectos concretos: primero, porque dibuja a la figura con la que se identifica la última y, segundo, porque si hubiera un viaje ella sería la que no iría. La paciente se identifica con Carlota, la persona más mayor, lo cual refleja que anhela la independencia y autonomía. Se considera que el hecho de que haya identificado el mandar como algo negativo en uno de los personajes con el que no se ha identificado, es un mecanismo de proyección negativa, esto es, ha identificado en otros una característica propia que resulta inaceptable. Asimismo, se afirma que Sandra tiene una alta capacidad creativa y de fantasía.

Familia Kinética actual (Burns y Kaufman,1972; Frank, 1985)

Se analizan los siguientes indicadores: el comportamiento de Sandra durante la tarea, aspectos formales del gráfico, secuencia, inclusiones, adiciones, manejo del espacio, análisis de cada figura, acciones y roles. El dibujo de la familia kinética se encuentra incluido en el apartado de Apéndices (*Figura A7*),

Sandra se dibuja primeramente a sí misma, luego a su hermano, posteriormente a su hermana, seguidamente a su padre y por último a su madre. Escribe debajo de cada figura los nombres y sus respectivas edades de forma correcta. Comenta que están viendo Cenicienta en la televisión. Se han inferido diferentes conclusiones clínicas en base al dibujo realizado y las respuestas realizadas, destacando las siguientes. En cuanto a la secuencia de las figuras, la

paciente se dibuja a sí misma la primera, lo cual es normativo. Después de ella dibuja a su hermano y a su hermana por orden de nacimiento, lo cual también es normativo. En cuanto a la secuencia, cabe destacar que ha dibujado en última instancia a su madre y en cuanto a la representación de su madre en sí, la ha dibujado más pequeña que el resto de los integrantes de la familia y con poca pericia. Todo ello refleja distancia afectiva con su madre, desvalorización hacia ella y simboliza conflicto paternofilial. En cuanto al padre, a pesar de no haber sido la última figura dibujada, se observa de la misma manera desvalorización, conflicto y distancia afectiva, principalmente por la forma en la que ha sido dibujado, es decir, con poco detalle y pericia y por el tamaño de la representación. Esto es, se observa un distanciamiento afectivo con las figuras parentales y una relación fraterna afectiva próxima. Asimismo, se observa mucha agresividad en el dibujo, siendo más notoria en este dibujo en comparación con el resto de los dibujos realizados a lo largo de la evaluación. Se hipotetiza que esta agresividad es consecuencia del conflicto que parece que Sandra presenta con sus padres y el distanciamiento afectivo con ellos. Asimismo, se cree que esta agresividad se encuentra acentuada en este dibujo por la frustración que parece presentar la paciente al no poder ejercer de líder en el colegio, la cual se externaliza en casa y concretamente en la relación con su hermano a través de la agresividad física

Valoración psicopedagógica

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de la valoración psicopedagógica realizada por el colegio, cuyo objetivo radica en valorar si Sandra presenta altas capacidades, para poder ayudarle de la forma óptima en los aprendizajes.

Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (Wechsler, 2015)

Los resultados aportados por el WISC -V indican que Sandra presenta un Coeficiente Intelectual Total (CIT) de 92. Este valor se sitúa en el percentil 30, lo que significa que su puntuación mejora el 30% de los niños de su edad. Se considera que un niño tiene un alto coeficiente intelectual cuando este es superior a 110. Lo esperable es que el alumno se encuentre entre 90 y 110. Se habla de un alumno dotado cuando el CI es superior a 120, y cuando supera el 130 se habla de un alumno superdotado. Siendo el Coeficiente Intelectual Total de Sandra de 92, se clasifica su capacidad intelectual global como media alta.

En el apartado de anexos se incluye una tabla (*Tabla B1*) donde se indican las puntuaciones obtenidas en los índices primarios de inteligencia, esto es, comprensión verbal,

visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, la capacidad intelectual global total, así como la valoración de las puntuaciones obtenidas.

Test Matrices Progresivas de RAVEN (Raven et al., 1996)

En esta prueba Sandra ha obtenido un centil de 50 con una puntuación directa de 28, clasificándose en un grado medio de inteligencia respecto a los niños de su misma edad y curso.

Escala Magallanes de Atención Visual (EMAV) (García-Pérez y Magaz, 2000).

En esta prueba Sandra ha obtenido 35 aciertos, 0 errores y 2 omisiones. Sandra obtiene en la media en la calidad atencional (CA) (puntuación de 45) y en atención sostenida (AS) (puntuación de 40); no teniendo dificultades atencionales en comparación con los niños de su edad. No obstante, la puntuación en atención sostenida está en el límite medio bajo.

Test de desarrollo de la percepción visual (FROSTIG) (Frostig, 1988).

En la subprueba 1, relativa a la coordinación visomotora, obtuvo una puntuación de 27, que equivale a una edad perceptiva de 10 años, por lo que en esta subprueba mostró un nivel superior a la edad esperada.

En la subprueba 2, discriminación figura fondo, obtuvo una puntuación de 10, que equivale a una edad perceptiva de 4 años y nueve meses. Esta es la prueba donde más dificultades presentó.

En la subprueba 3, constancia de la forma, obtuvo una puntuación de 10, que equivale a una edad perceptiva de 7 años, 7 meses menor a la cronológica.

En la subprueba 4, posiciones en el espacio, obtuvo una puntuación de 7, que al igual que la prueba anterior, corresponde a 7 años en la edad perceptiva, 7 meses menos que la cronológica.

Por último, en la subprueba 5, relaciones espaciales, obtuvo una puntuación de 7, que equivale a una edad perceptiva de 8 años y 3 meses, mayor a su edad cronológica.

Los resultados de la prueba nos indican que Sandra se encuentra en un nivel de maduración similar a su edad cronológica. Esto es, según la prueba, Sandra tiene un nivel de maduración de una niña de 7 años y 7 meses, y cronológicamente tiene 7 años y 8 meses.

Test HTP (House Tree and Person) (Buck, 1948)

A continuación, se lleva a cabo un análisis descriptivo e interpretativo de las pautas de contenido de cada dibujo. No se lleva a cabo un análisis de las pautas formales ya que al no estar presentes en la ejecución de la prueba el analizar cuestiones como el tipo de trazo, la presión, el tamaño, el dinamismo o la calidad del dibujo es complejo. Por esta razón este análisis descriptivo e interpretativo se limitará a las pautas de contenido. Asimismo, no se lleva a cabo un análisis interpretativo minucioso de la entrevista realizada tras la ejecución de los 3 dibujos al no haber estado presentes en el momento de la ejecución de la prueba y no tener datos suficientes ni detallados sobre las preguntas del profesional ni de las respuestas de Sandra. Las conclusiones clínicas derivadas de la prueba HTP de la valoración psicopedagógica coinciden en gran medida con las conclusiones derivadas del test HTP llevado a cabo en consulta en la evaluación inicial. Los tres dibujos de la prueba HTP de la valoración psicopedagógica se encuentran incluidos en el apartado de Apéndices (*Figura A8, Figura A9, Figura A10*).

Conclusiones clínicas del dibujo de la casa

La casa que dibuja la paciente es grande, lo cual se asocia con alegría extroversión, con capacidad para mostrarse afectuosa y amigable. El haber dibujado una casa alta muestra deseo de crecer, de hacerse mayor, de alcanzar la vida adulta. Dibuja una puerta discreta ubicada a un lado y con dificultad para verla, lo cual puede estar conectado con escoger detalladamente sus amistades y suspicacia. Las ventanas las ubica muy arriba de la casa, lo que puede indicar impulsividad, falta de atención, dificultades en el área viso motriz, dificultades en las relaciones sociales, falta de empatía o estrategias de relación asertiva.

Conclusiones clínicas del dibujo del árbol

El árbol dibujado contiene un tronco corto, lo cual se asocia con carácter internalizante, mostrando precaución ante el mundo exterior. Esto vuelve a aparecer en el tipo de copa: ondulaciones muy concentradas; lo que suele implicar retraimiento, protección hacia el exterior, necesidad de mantener el propio espacio y sociabilidad muy selectiva.

Conclusiones clínicas de dibujo de la persona

La paciente dibuja a una mujer, la cual se llama Laila y está ciega. Dibuja una figura integrada, con todas las partes del cuerpo. Se identifican pocos detalles respecto a los niños de su edad. Ha dibujado los brazos cortos, lo que apunta a que es una niña con retraimiento hacia el exterior. El hecho de haber dibujado a la persona ciega se considera relevante pero no es susceptible de interpretación en base al dibujo realizado.

Test de la familia (Corman, 1967)

Al igual que en el test HTP, se lleva a cabo un análisis descriptivo e interpretativo de las pautas de contenido del dibujo. No se lleva a cabo un análisis completo de las pautas formales ya que al no estar presentes en la ejecución de la prueba es difícil analizar cuestiones como el tipo de trazo, la presión, el dinamismo o la calidad del dibujo. Por esta razón este análisis descriptivo e interpretativo es predominantemente sobre las pautas de contenido. Asimismo, no se lleva a cabo un análisis interpretativo de la entrevista realizada tras la ejecución del al no haber estado presentes en el momento de la ejecución de la prueba y no tener datos suficientes sobre las preguntas del profesional ni de las respuestas de Sandra. El dibujo de la prueba se encuentra incluido en el apartado de Apéndices (*Figura A11*).

Conclusiones clínicas del dibujo de la familia

El dibujo es considerado pequeño respecto a todo el espacio del folio, lo cual denota sentimientos de desvalorización, retraimiento, temor hacia el exterior y desconfianza. En cuanto al orden del dibujo, comienza por la hermana mayor, esto es, el lugar que ocupa ella en la familia. Cuando el paciente se dibuja a sí mismo en primer lugar, se asocia con egocentrismo, necesidad de ser tenido en cuenta y de asegurar su proximidad en la familia. Es destacable que haya omitido a una de las figuras de su familia en este dibujo, concretamente a la hermana menor. Esta omisión se encuentra vinculada a no tener a su hermana pequeña presente a nivel emocional.

Formulación del caso

Tras obtener toda la información en el proceso de evaluación y haber delimitado las conductas problema se lleva a cabo un análisis funcional evidenciando las relacionales de funcionalidad y covarianza entre los estímulos y las respuestas de Sandra, esto es, variables que controlan la conducta, con el objetivo de operativizar los comportamientos que se quieren modificar, eliminar e instaurar. Además, se lleva a cabo el análisis funcional de las conductas

problema de los padres de Sandra, ya que este repertorio conductual influye de forma negativa en las conductas problemas de Sandra. Los análisis funcionales de Sandra y de sus padres se incluyen a continuación.

Tabla 2

Análisis funcional de Sandra

Estímulo antecedente	VARIABLES del Organismo	Respuesta problema	Consecuente y paradigma de aprendizaje
<ul style="list-style-type: none"> • Remotos <p>Cambios en la dinámica familiar debido al nacimiento de sus hermanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Próximos <p>Ira y frustración al observar que su padre juega con la hermana pequeña de Sandra</p>	<p>Poca tolerancia a la frustración</p> <p>Deseos de liderazgo</p> <p>Temperamento agresivo</p> <p>Déficit de habilidades de comunicación</p> <p>Déficit de habilidades sociales</p> <p>déficit de autorregulación emocional</p> <p>Historia de aprendizaje</p>	<p>Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agresividad física y verbal en forma de gritos, insultos, rabietas, puñetazos, empujones y patadas • Mentiras en forma de verbalizaciones de urgencia (<i>en el colegio me pegan</i>) <p>Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos tipo: <i>“ Tener hermanos es muy aburrido porque están muy pendientes de ellos ”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción por obtener atención por parte de sus padres (Reforzamiento positivo) • Satisfacción por ejercer papel dominante en casa (Reforzamiento positivo)
<ul style="list-style-type: none"> • Próximos <p>Madre vuelve de del trabajo tras ausentarse varios días</p>	<p>Poca tolerancia a la frustración</p> <p>Deseos de liderazgo</p> <p>Temperamento agresivo</p> <p>Déficit de habilidades de comunicación</p>	<p>Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • No acatar ordenes • Contestaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Eludir tareas que le manda su madre (Reforzamiento negativo)

	Déficit de habilidades sociales		
	Déficit de autorregulación emocional		
	Historia de aprendizaje		
<ul style="list-style-type: none"> • Próximos <p>Ejercicio de liderazgo por parte de una de las integrantes del club, lo cual le genera frustración y enfado al no ser ella la que manda</p>	<p>Poca tolerancia a la frustración</p> <p>Deseos de liderazgo</p> <p>Temperamento agresivo</p> <p>Déficit de habilidades de comunicación</p> <p>Déficit de habilidades sociales</p> <p>Déficit de autorregulación emocional</p> <p>Historia de aprendizaje</p>	<p>Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agresividad física y verbal en forma de gritos, insultos, rabietas, puñetazos, empujones y patadas • Mentiras en forma de verbalizaciones de urgencia (“<i>En el colegio me pegan</i>”) <p>Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos tipo: “<i>No quiero que le hagan caso a la líder del club</i>” 	<ul style="list-style-type: none"> • Alivio del malestar generado por no poder ejercer el papel de líder (Reforzamiento negativo)
<ul style="list-style-type: none"> • Próximos <p>Ira y frustración cuando su hermano no le obedece</p>	<p>Poca tolerancia a la frustración</p> <p>Deseos de liderazgo</p> <p>Temperamento agresivo</p> <p>Déficit de habilidades de comunicación</p> <p>Déficit de habilidades sociales</p>	<p>Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agresividad física y verbal en forma de gritos, insultos, rabietas, puñetazos, empujones y patadas <p>Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos tipo: “<i>Quiero que mi hermano haga lo que yo quiero</i>” 	<ul style="list-style-type: none"> • Alivio del malestar generado por la ira y la frustración (Reforzamiento negativo) • Satisfacción por ejercer papel dominante en casa (Reforzamiento positivo)

Déficit de autorregulación emocional

Historia de aprendizaje

Tabla 3

Análisis funcional de los padres de Sandra

Progenitor	Estímulos antecedentes	VARIABLES del organismo	Respuesta	Consecuentes
Madre	Dar una orden a Sandra y Sandra no acata la orden	Estilo parental permisivo	Madre no hace nada al respecto	Evitación de enfrentamientos (Reforzamiento negativo)
Padre	Dar una orden a Sandra y Sandra no acata la orden	Estilo parental autoritario Historia previa de aprendizaje (padres autoritarios)	Padre ejerce el castigo físico en forma de azote	Conseguir que Sandra finalmente acate la orden (Reforzamiento positivo)

Tras efectuar los diferentes análisis funcionales, se explica las hipótesis origen y mantenimiento de las conductas problema con el objetivo de, en los siguientes pasos, diseñar la intervención.

Las situaciones que generan problema se limitan a cambios en la dinámica familiar debido al nacimiento de los hermanos de Sandra, que el padre juegue con la hermana de Sandra, lo cual le genera ira y frustración al no ser ella quien recibe atención, el regreso de la madre tras largos periodos fuera de casa debido al trabajo, el ejercicio de liderazgo por parte de la creadora del club lo cual le genera ira y frustración al no ser ella la que manda y, por último, el

no acatamiento de las órdenes de Sandra por parte de su hermano, siendo esta situación generadora de enfado y frustración. Que Sandra presente poca tolerancia a la frustración, deseos de liderazgo, temperamento agresivo, déficit de habilidades de comunicación, de habilidades sociales y de autorregulación emocional, junto con la historia de aprendizaje, fomenta que Sandra presente una actitud hostil, en forma de agresividad física y verbal, verbaliza mentiras como “*en el cole me pegan*” y no acata órdenes. Entre las variables que mantienen el problema se encuentra el refuerzo que obtiene Sandra al obtener atención de sus padres, el poder ejercer el papel de líder en casa, el alivio del malestar en aquellas situaciones en las que no consigue ejercer el papel de líder, principalmente en el colegio, y el eludir las tareas que le manda su madre. En lo que respecta a los padres, se identifican conductas problema en la imposición de límites y normas. La madre cuando da una orden, Sandra no la cumple y la madre no hace nada al respecto con el objetivo de evitar enfrentamientos, esto es, se mantiene esta forma de afrontamiento por reforzamiento negativo. Esta forma de afrontamiento de situaciones fomenta que Sandra se frustre a nivel social, ya que el no tener límites en casa no le prepara para los límites y normas que se establecen en entornos fuera del hogar, como es el colegio, dificultando la adquisición de autocontrol y el desenvolverse en el entorno social de una forma óptima. En cuanto al padre de Sandra, cuando este le manda una orden y no le obedece, procede al castigo físico. Esta forma de afrontamiento por parte del padre se mantiene por reforzamiento positivo, ya que el padre consigue finalmente que Sandra haga lo que se le ha mandado. Esto propicia que Sandra asuma que cuando no le hacen caso, es normativo proceder a la agresividad física y verbal para conseguir lo que quiere, esto es, su padre actúa como un modelo de gestión de situaciones conflictivas de una forma muy poco adaptativa.

A raíz de los datos aportados por los diferentes análisis, se establecen los siguientes objetivos terapéuticos a alcanzar en el entorno familiar y en la intervención individual con Sandra:

- 1) Mejorar el vínculo paterno -filial.
- 2) Heterorregulación por parte de los padres en cuanto a normas y límites y estilos educativos.
- 3) Fomento de la autoestima y bienestar psicológico de Sandra dentro del entorno familiar.

- 4) Promover autorregulación emocional, concretamente tolerancia a la frustración, manejo funcional de la ira
- 5) Desarrollo de la empatía.
- 6) Mejorar y promover habilidades de enfrentamiento de situaciones conflictivas que producen malestar.
- 7) Identificar y entrenar vías de expresión emocional funcionales, tanto con Sandra como con sus progenitores.

Tratamiento y curso

Las sesiones que recibe la paciente son remuneradas, duran aproximadamente una hora y se llevan a cabo de forma presencial. En lo que respecta a la periodicidad, inicialmente las sesiones son semanales, pero en base a criterios terapéuticos finalmente es citada cada dos semanas. En el momento de ejecución del presente trabajo la intervención sigue vigente por lo que se expone y se explica al detalle las sesiones llevadas a cabo hasta el momento de la ejecución del presente trabajo, esto es, once sesiones.

En el caso de Sandra se ha optado por intervenir desde el modelo cognitivo conductual ya que ha demostrado su eficacia en la intervención en comportamientos agresivos y amenazantes, siendo estos interpretados como consecuencia de procesos cognitivos distorsionados. Esta perspectiva apuesta por llevar a cabo la intervención utilizando los siguientes procedimientos y técnicas, habiéndose utilizado muchas de ellas en el caso de Sandra: : entrenamiento en estrategias de autorregulación emocional, y concretamente, estrategias de control y regulación de la ira, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, estrategias de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades sociales, fomento de la empatía y autoestima, entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en autocontrol (Vernberg y Biggs, 2010; Tena et al., 2012; Carlo et al., 1999; Richaud et al., 2011; González y Ortiz, 2006). Desde un enfoque eminentemente conductual, se apuesta por llevar a cabo un entrenamiento a los padres de niños agresivos basado en principios de modificación de conducta (Fajardo- Vargas y Fernández Gúzman, 2008). Muchos expertos afirman que en la intervención en comportamientos agresivos en población infanto - juvenil, la metodología más acertada consiste en intervenir no

solo con el niño en sí, sino también y fundamentalmente con los progenitores (Fajardo- Vargas y Fernández Gúzman, 2008; Larroy et al., 2012).

En la *Tabla 4* incluida a continuación se indica el número de la sesión, objetivo de esta, técnicas y procedimientos utilizados y las tareas para casa. Seguidamente, se explica al detalle el contenido de cada una de las sesiones, así como observaciones y conclusiones clínicas inferidas.

Tabla 4

Descripción de la intervención

N.º de la sesión	Objetivo (s)	Técnica(s) y/o Procedimiento(s)	Tareas para casa
1	1) Evaluación clínica	Entrevista clínica con padres Entrevista clínica con Sandra	Cuestionario evolutivo García (1994)
2	1) Evaluación clínica	Técnicas proyectivas gráficas (HTP) y verbales (test desiderativo)	
3	1) Evaluación clínica	Técnicas proyectivas gráficas (HTP, Test de la persona bajo la lluvia, test de la familia y dibujo de la familia kinética)	
4	1) Devolución a los padres	Entrevista clínica	Traer fotos para la próxima sesión para llevar a cabo una Línea de vida conjunta
5	1) Entrenar habilidades sociales 2) Fomentar autoconocimiento 3) Recabar información sobre hechos significativos 4) Fomentar la empatía 5) Fomento de la autoestima: Ayudar a desarrollar sentimientos	1) Entrevista clínica 2) Dinámica Aproximación-Separación 3) Técnicas de modificación de conducta: Reforzamiento positivo 4) Línea de vida	

	positivos y una imagen positiva de sí misma de forma general, específicamente en lo que respecta a la familia		
	6) Favorecer el establecimiento y fortalecimiento de vínculos entre Sandra y sus padres		
6	<ol style="list-style-type: none"> 1) Promover conocimiento sobre emociones, su identificación, fomentar su adecuada expresión y manejo 2) Entrenamiento en habilidades sociales: Escucha activa y Empatía 3) Identificar y entrenar vías de expresión emocional funcionales, tanto con Sandra como con sus progenitores 4) Fomentar autoestima 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Entrevista clínica 2) Libro <i>Emocionario: dime lo que sientes</i> 3) Dinámica entrenamiento en empatía. Con Sandra 4) Entrenamiento en solución de problemas 5) Dinámica entrenamiento en empatía con padre, madre y Sandra 	<p>Leer el libro <i>Emocionario: dime lo que sientes</i> en familia antes de que Sandra se vaya a la cama</p>
7	<ol style="list-style-type: none"> 1) Analizar la dinámica familiar 2) Analizar el enfado de la Sandra hacia su figura materna 3) Promoción de habilidades sociales: escucha activa y empatía 4) Conocer las emociones, identificarlas y fomentar su adecuada expresión y manejo para afrontar de forma adaptativa los obstáculos y las situaciones adversas ante las que se encuentre. 5) Fomentar comunicación emocional paterno – filial 6) Recabar información sobre hechos significativos 7) Fomento de autoestima: ayudar a desarrollar 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Técnica proyectiva: Terapia con muñecos 2) Dinámica Entrenamiento en Empatía, con el padre, la madre y Sandra 3) Línea de vida con escenas adicionales + Libro <i>Emocionario: dime lo que sientes</i> 	<p>Asociar acontecimientos de la línea de vida con una emoción del libro <i>Emocionario: dime lo que sientes</i></p>

	sentimientos positivos y una imagen positiva de sí misma		
	8) Integrar en la identidad de Sandra y elaborar acontecimientos vitales con alta carga emocional		
8	<ol style="list-style-type: none"> 1) Conocer las emociones, identificarlas y fomentar su adecuada expresión y manejo para afrontar de forma adaptativa los obstáculos y las situaciones adversas a las que deba hacer frente 2) Fomento de habilidades sociales: asertividad y escucha activa 3) Mejora de la dinámica familiar y fomento de la expresión emocional paterno-filial 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dinámica de entrenamiento de empatía 2) Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad): Dinámica “crítica constructiva y crítica destructiva” 	
9	<ol style="list-style-type: none"> 1) Explorar relación de Sandra con sus hermanos 2) Explorar relación con pares y el papel de Sandra en el “club 3) Explorar comentario del padre <i>“Cuando haces cosas de mayores me enfado”</i> 4) Fomentar la autoestima y el manejo de la frustración mediante el fomento de la autonomía en el hogar 5) Fortalecer y trabajar la autoestima mediante el fomento de la aceptación personal 6) Promover un liderazgo positivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Entrevista clínica 2) Dinámica “Somos imperfect@s” 	Fomentar la autonomía de Sandra, implantando determinadas tareas que consideren convenientes de acuerdo con su edad para fomentar su autoestima y disminuir la frustración generada por no poder ejercer el papel de líder ni en el colegio ni en casa.
10	<ol style="list-style-type: none"> 1) Explorar convivencia familiar durante las navidades 2) Heterorregulación por parte de los padres 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Entrevista clínica 2) Instruir en tareas distractoras, castigo negativo y control estimular. 	Llevar a cabo en el hogar tareas distractoras, castigo negativo y control estimular

	<ul style="list-style-type: none"> 3) Extinguir las respuestas inadecuadas y fomentar conductas apropiadas. 4) Fomentar un afrontamiento adaptativo de las situaciones conflictivas y problemáticas 5) Fomentar estilos educativos adaptativos: flexibilizar el estilo autoritario del padre y fortalecer a la madre 	<ul style="list-style-type: none"> 3) Entrenamiento en solución de problemas 	<p>con el objetivo de extinguir respuestas inadecuadas y fomentar apropiadas, mejorar la dinámica familiar y flexibilizar el estilo autoritario del padre y fortalecer el de la madre, fomentando heterorregulación por parte de los progenitores.</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> 1) Repaso de las normas establecidas la semana pasada, así como su efectividad 2) Conocer las emociones, identificarlas y fomentar su adecuada expresión y manejo para afrontar de forma adaptativa los obstáculos y las situaciones adversas ante las que se encuentre 3) Fomentar reconocimiento de necesidades ajenas 4) Mejorar la relación fraterna. 5) Promover un afrontamiento adaptativo de los conflictos 6) Fomento de estrategias de autorregulación emocional adaptativas: Reevaluación cognitiva y Tiempo fuera positivo 7) Promover pensamientos alternativos a pensamientos disfuncionales. 8) Explorar relación con los pares y el club 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Entrevista clínica 2) Lectura libro "Calma" 3) Instruir en tiempo fuera positivo 4) Autorregulación emocional y reestructuración cognitiva: reevaluación cognitiva 5) Estrategias de modificación de conducta: reforzamiento positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Llevar a cabo tiempo fuera positivo con el fin de promover estrategias de autorregulación emocional 2) Llevar a cabo tareas distractoras, castigo negativo y control estimular para extinguir conductas inadecuadas y fomentar apropiadas.

Sesión 1

Se lleva a cabo una entrevista clínica con los padres con el objetivo de obtener datos significativos sobre el acoso escolar (comienzo, consecuencias etc.) para llevar a cabo un diagnóstico psicológico clínico (si lo hubiera) y tomar decisiones y juicios clínicos pertinentes. Asimismo, se ha recopilado información sobre el entorno familiar, variables personales y ambientales, el contexto social, funcionamiento escolar e implicación del colegio en el problema. En esta sesión se les proporciona a los padres el cuestionario evolutivo de García (1994), con la finalidad de conocer la presencia o ausencia de factores de riesgo en el desarrollo de la paciente que podrían no ser declarados de manera explícita por parte de los progenitores. Las conclusiones clínicas de la administración de ambos instrumentos se encuentran incluidos en el apartado de Evaluación.

Sesión 2

Esta sesión se realiza de forma íntegra con Sandra, con el objetivo de establecer alianza terapéutica y obtener datos significativos sobre el acoso escolar, llevar a cabo un diagnóstico psicológico clínico (si lo hubiera) y tomar decisiones y juicios clínicos pertinentes. Asimismo, se recopila información sobre el entorno familiar, variables personales y ambientales y sobre el contexto social. En esta sesión se le administra el test desiderativo y la prueba HTP. Las conclusiones clínicas de la ejecución y administración de la entrevista y de las pruebas proyectivas mencionadas se encuentran recogidas en el apartado de Evaluación.

Sesión 3

En esta sesión se continua con la evaluación comenzada en la sesión 2. Concretamente, se finaliza la prueba HTP y se le administra a Sandra el Test de la Persona bajo la Lluvia, el Test de la Familia y el Dibujo de la Familia Kinética. Las conclusiones clínicas de las pruebas proyectivas administradas se encuentran recogidas en el apartado de Evaluación.

Sesión 4

Tras realizar el análisis funcional con los datos recogidos a lo largo de las 3 primeras sesiones, se lleva a cabo una devolución a los padres de Sandra con el objetivo de delimitar el problema, explicar por qué se mantiene, objetivos de la intervención y técnicas que se utilizarán

en la intervención. Asimismo, se les informa sobre el procedimiento de análisis y técnicas de evaluación utilizadas y los resultados obtenidos. Tras la sesión de devolución, se les sugiere que traigan para la próxima sesión fotos que hagan alusión a acontecimientos vitales de la historia vital de Sandra con el objetivo de llevar a cabo una línea de vida conjunta, tal y como se explicará posteriormente.

Sesión 5

La primera parte de la sesión se efectúa de forma íntegra con Sandra y, seguidamente, se lleva a cabo de forma conjunta con los progenitores. Mientras se trabaja con Sandra, los padres escriben en diferentes papeles acontecimientos importantes de la vida de Sandra.

En cuanto a la intervención con Sandra, con el objetivo de entrenar habilidades sociales, fomentar autoconocimiento, conocer qué aspectos/ conductas relacionales le acercan y le alejan de los demás, reconocer las necesidades ajenas con el objetivo de fomentar la empatía, se lleva a cabo una dinámica denominada “Aproximación – Separación” creada por la coterapeuta. Esta dinámica se encuentra incluida en el apartado de Apéndices (*Documento C1*).

A continuación, se exponen las observaciones y conclusiones clínicas inferidas tras la ejecución de la dinámica:

Sandra siente ganas de acercarse al otro cuando: le perdonan, son divertidos, valoran esfuerzos, son generosos, se preocupan, son pacientes, son empáticos y tienen sentido del humor. Por otro lado, siente ganas de alejarse cuando le mandan, le pegan, son negativos, hablan mucho y critican.

Indica que las siguientes conductas y aspectos relacionales lleva a cabo y le gustaría trabajar en sesión para no efectuarlas: mandar y criticar. En lo que respecta a la crítica, refiere querer dejar de criticar a su madre. Asimismo, indica que las siguientes conductas y aspectos le acercan a los demás y le gustaría trabajarlos en sesión: el sentido del humor y la empatía.

Que Sandra indique que suele mandar a los demás concuerda con lo comentado por parte del colegio, esto es, que Sandra quiere ser líder dentro del grupo. El hecho de ser consciente de que manda y que el colegio nos lo haya confirmado, nos sugiere que se ha ido de su grupo habitual, lo cual fue comentado por sus padres en la entrevista clínica con ellos en el proceso de evaluación, ya que no puede ejercer de líder, o al menos de la forma que le gustaría. La

psicóloga a cargo de la terapia se pone en contacto con el colegio para obtener más información sobre esta separación. Tras obtener esta información, se puede intervenir de forma directa con Sandra proporcionándole estrategias/ habilidades para no ser dominante dentro de su grupo de iguales. Se plantea la importancia de enseñarle a dialogar y negociar, diferenciar el exigir del hacer peticiones, todo ello practicándolo en sesión, entre otras habilidades, como la empatía y la expresión emocional. Al ser ella consciente de que suele mandar a los demás, se espera que la actitud ante estas intervenciones sea positiva.

En lo referente a la crítica, refiere que critica a su madre y que es una conducta que quiere cambiar. A lo largo de la dinámica, se le sugiere que proporcione un ejemplo de las críticas que lleva a cabo a su madre, y se observa que no tiene una concepción correcta de lo que es criticar: para Sandra decir lo que piensa o siente respecto a una opinión o comportamiento de su madre es algo negativo. En consecuencia, se plantea trabajar en próximas sesiones la crítica constructiva con el objetivo de entrenar habilidades sociales.

Por último, en cuanto a las observaciones y conclusiones clínicas de la dinámica, la paciente identificó el hablar mucho como algo negativo, pero no como una conducta que ella lleve a cabo, lo cual difiere de lo observado a lo largo de las sesiones, ya que Sandra en ocasiones interrumpe a sus padres y no les deja hablar. Por esta razón, se ponen límites en terapia y se marcan tiempos de respuesta a lo largo de todo el proceso terapéutico, utilizando para ello el reforzamiento positivo como técnica de modificación de conducta.

Tras finalizar esta dinámica, los padres entran en sesión y se trabaja de forma conjunta. Con el objetivo de recabar información sobre hechos significativos, ayudar a Sandra a generar sentimientos positivos y una imagen positiva de sí misma, esto es, fomentar la autoestima y favorecer el establecimiento y fortalecimiento de vínculos entre Sandra y sus padres, se llevó a cabo la técnica “Línea de Vida” con los acontecimientos escritos y las fotos que se les pidió que trajeran en la sesión de devolución para llevar a cabo la técnica en cuestión.

Sesión 6

La primera parte de esta sesión se realiza de forma íntegra a Sandra y posteriormente se trabajó de forma conjunta con sus padres.

En lo que respecta al trabajo individual con Sandra, con el objetivo de conocer las emociones, e identificarlas, fomentar su adecuada expresión y manejo para afrontar de forma

adaptativa los obstáculos y las situaciones adversas ante las que se encuentre, y promover la escucha activa se lleva a cabo una dinámica basada en el entrenamiento en la empatía. Se utilizan diferentes tarjetas con las siguientes emociones: preocupación, enfado, alegría, tristeza, asco y vergüenza. Asimismo, se emplearon tarjetas con distintas situaciones. La dinámica consiste en escenificar cada situación con cada emoción. Tras efectuar esta parte de la dinámica, se concluye de forma conjunta que cada persona expresa las emociones de una forma diferente. Tras finalizar esta parte, la terapeuta a cargo del caso le sugiere a Sandra que comparta escenas que le hayan suscitado preocupación, enfado, alegría, tristeza, asco y vergüenza. Sandra comenta que le enfada que la ignoren, sin dar ningún tipo de detalle a pesar de incitarla a ello.

Seguidamente, se lleva a cabo una intervención familiar con Sandra y con sus padres. Con el fin de identificar y entrenar vías de expresión emocional funcionales, tanto con Sandra como con sus progenitores se ejecuta la dinámica de entrenamiento de empatía con el padre, la madre y Sandra. Sandra pregunta a sus padres qué situaciones les produce preocupación, enfado, alegría, tristeza, asco y vergüenza. De la misma manera, Sandra también comenta situaciones que le suscitan estos estados emocionales, sin embargo, no expresa que le enfada que la ignoren a pesar de que la terapeuta al cargo le incita a ello.

A nuestro juicio clínico, se considera que el enfado consecuencia de la ignoración acontece en el ámbito familiar, ya que si sucediera en otros ámbitos se considera que Sandra no hubiera tenido problemas para verbalizarlo, lo cual confirma nuestra hipótesis diagnóstica.

Con el fin de promover la comunicación emocional entre padre, madre e hija más allá del entorno terapéutico y aumentar la autoestima de Sandra en el hogar, se les sugiere tanto a Sandra como a sus padres leer el Libro *Emocionario: dime lo que sientes* en casa antes de ir a la cama. El *Emocionario* consiste en un libro infantil que lleva a cabo un recorrido por 42 emociones, cada una de ellas acompañada de una ilustración que la define y una explicación sobre en qué consiste y cómo se manifiesta cada emoción. Ayuda a conocer a los niños/as las emociones, identificarlas y expresarlas y promueve la comunicación, identificación y expresión emocional al leerlo de forma conjunta, así como la concienciación de las necesidades emocionales del otro y la escucha activa.

Sesión 7

La primera parte de esta sesión se efectúa de forma íntegra a Sandra y posteriormente se trabaja de forma conjunta con sus padres.

En cuanto a la intervención individual con Sandra, con el fin de analizar la dinámica familiar y el enfado de la paciente hacia su figura materna, se lleva a cabo *Terapia con muñecos*, un recurso terapéutico habitual en el contexto clínico que se utiliza frecuentemente como instrumento proyectivo. Las configuraciones con muñecos permiten acceder a información, en muchas ocasiones inconsciente, y comprender y observar cuál es la base de la problemática o conflicto, posibilitando explorar qué pauta de acción llevar a cabo para lograr una solución de mayor equilibrio. En cuanto al procedimiento, se le entregan diferentes muñecos a la paciente y se le pide, primeramente, que identifique a cada muñeco con un miembro de la familia y, seguidamente que represente la siguiente situación relacional: momento de irse a la cama. Los muñecos se despliegan sobre la mesa de la consulta. Al representarse a sí misma junto a su familia en un espacio delimitado, se puede observar donde se encuentra y la relación con el problema, así como explorar físicamente posibles soluciones que lleven a un mejor posicionamiento (Ferre, 2021). La paciente comenta que le gustaría que sus padres le leyeran un cuento antes de irse a la cama, lo cual refleja deseo de tener una relación afectiva y cercana con sus progenitores. Asimismo, refiere que le gustaría dormir con su hermano de vez en cuando.

Tras llevar a cabo la terapia con muñecos, se finaliza la sesión de forma conjunta con sus progenitores, repasando la tarea de la lectura del libro *Emocionario: dime lo que sientes* en familia y se efectuó la dinámica de entrenamiento de la empatía con el objetivo de conocer las emociones, e identificarlas, fomentar su adecuada expresión y manejo para afrontar de forma adaptativa los obstáculos y las situaciones adversas ante las que se encuentre, promover la escucha activa y la empatía y fomentar la involucración de los progenitores en la terapia para crear una dinámica familiar funcional. Se le sugiere a Sandra comunicar a sus progenitores que le gustaría dormir con su hermano y leer un cuento todos juntos antes de irse a la cama, fomentando en el propio espacio terapéutico vías de comunicación emocionales adaptativas y efectivas.

Seguidamente, con el objetivo de promover la comunicación emocional paterno filial, recabar información sobre hechos significativos e integrar en la identidad de Sandra y elaborar acontecimientos vitales con alta carga emocional, se trabaja de forma conjunta con sus

progenitores con la Línea de Vida incluyendo los hechos vitales significativos identificados en la sesión cinco:

- Experiencias de acoso escolar del pasado:
 - Escena 2 de acoso: En primero de infantil unos compañeros de clase le bajan los pantalones y le tocan el trasero.
- Acontecimientos desagradables con sus pares en el comedor.
- Otras experiencias desagradables: Sandra en tercero de infantil se quedó encerrada en clase durante media hora, y actualmente tiene pánico a que vuelva a suceder.
- Caída del abuelo en la calle en presencia de Sandra.
- Operación del ojo del abuelo.
- Duelo por los cambios en figuras vinculares (cambio de cuidadoras).

Como tarea para casa se les indica a los padres asociar acontecimientos de la línea de vida con una emoción del libro *Emocionario: dime lo que sientes*, principalmente aquellos con alta carga emocional, con el objetivo de fomentar la comunicación emocional paterno filial más allá del entorno terapéutico, autoconocimiento, identificación y expresión emocional e integración y elaboración de acontecimientos vitales con alta carga emocional.

Sesión 8

La primera parte de esta sesión se realiza de forma íntegra a Sandra y posteriormente se trabajó de forma conjunta con sus padres.

En esta sesión Sandra comenta que ha vuelto a su grupo de siempre a pesar de que la dinámica del club sigue estando presente ya que ahora deciden entre todas a que juego jugar. Refiere: “*nos hemos perdonado*”.

Con el fin de conocer las emociones, identificarlas y fomentar su adecuada expresión y manejo para afrontar de forma adaptativa los obstáculos y las situaciones adversas a las que deba hacer frente y entrenar la escucha activa, se lleva a cabo a dinámica de entrenamiento en empatía siguiendo el siguiente procedimiento: la terapeuta, la co-terapeuta y Sandra reflejaron

situaciones en las que hubieran sentido preocupación, enfado, alegría, tristeza, asco y/o vergüenza. Sandra refirió que había sentido alegría todos los días de la semana

Con el objetivo de entrenar habilidades sociales, concretamente el asertividad, y la identificación y expresión emocional, se lleva a cabo una dinámica realizada por la coterapeuta denominada *Crítica Constructiva y Destructiva*. Esta dinámica consta de 3 ejercicios y se encuentra incluida en el apartado de Apéndices (*Documento C2*).

Tras finalizar la dinámica, los padres de Sandra entran en sesión y se practica de forma conjunta la crítica constructiva. Se fomenta la expresión de críticas constructivas por parte de todos a través de “*Cuando haces XXX me siento XXX. ¿Te parecería bien intentar hacer XXX?*” A este respecto, el padre refiere “*Cuando haces cosas de mayores me enfado. ¿Te parecería bien dejar de hacerlas?*”. Se explora este comentario en la siguiente sesión tal y como se explicará posteriormente.

A continuación, se exponen las observaciones y conclusiones clínicas inferidas tras la ejecución de la dinámica: La paciente es capaz de comprender el concepto de crítica, crítica constructiva y destructiva. Presenta dominio en la identificación de emociones tras su inclusión en la crítica constructiva (*Cuando haces XXX me siento XXX. ¿Te parecería bien intentar hacer XXX?*). Además, expresa de forma adecuada la crítica constructiva a sus progenitores basada en situaciones de la vida real. En cuanto al recibimiento de críticas por parte de sus padres, se evade ante estas, lo cual es esperable. El entrenamiento de la crítica constructiva más allá del entorno terapéutico se considera una herramienta pertinente para romper el ciclo de comunicación en casa.

Sesión 9

Esta sesión comienza con una entrevista clínica únicamente con la madre de Sandra. En base a lo comentado por la madre, se infiere que el rol de líder que no es capaz de ejercer en el colegio lo intenta ejercer en casa, principalmente con sus hermanos: “*Se pone histérica e intenta ejercer el papel de padre y madre con sus hermanos*” comenta la madre. Esto concuerda con el comentario realizado por el padre la sesión pasada “*cuando haces cosas de mayores me enfado, ¿te parecería bien dejar de hacerlas?*”. Según la madre, este comentario hace referencia a las conductas y actitudes que lleva a cabo Sandra en casa, esto es: echar la bronca a sus hermanos y hacer labores de la casa. En base a esta información, se le sugiere a la madre fomentar la autonomía de Sandra, implantándole determinadas tareas que consideren

convenientes de acuerdo con su edad para fomentar su autoestima y disminuir la frustración generada por no poder ejercer el papel de líder ni en el colegio ni en casa. En cuanto a la relación materno filial, la madre comenta que ha vuelto a trabajar y pasa mucho tiempo fuera de casa. Percibe que cuando vuelve del trabajo Sandra “*se venga*” por su ausencia portándose mal.

Tras esta entrevista con la madre, se dedica el tiempo restante de la sesión de forma íntegra a Sandra. Los objetivos consistieron en: fortalecer y trabajar la autoestima mediante el fomento de la aceptación personal, fomentar un liderazgo positivo y explorar el papel de Sandra en el club y la relación con los pares.

Para trabajar la autoestima y el liderazgo positivo se llevó a cabo la dinámica “Somos imperfect@s” esta dinámica consta de dos partes:

- 1) Identificación: se colocan dos letreros en dos sillas. En uno de ellos se escribe “perfecta” y en el otro letrero “imperfecta” y se coloca cada letrero en dos sillas diferentes. La paciente se sienta en la silla donde se encuentra el letrero “imperfecta” y comenta que se identifica con este.
- 2) Dinámica siluetas: Tanto la paciente, como la terapeuta y la coterapeuta dibujan una silueta de una figura y doblan el papel por la mitad. En una mitad se escriben las virtudes con las que consideramos constar y en la otra mitad los defectos o cosas a mejorar. Se comparte lo escrito y se termina la dinámica con “*Aunque a veces (se citan los defectos) yo me quiero y me acepto completa y profundamente*”. Sandra identifica como un defecto de su persona el mandar, y se acuerda de forma conjunta trabajar este aspecto con el objetivo de fomentar un liderazgo positivo.

Finalmente, se explora la relación con los pares y el papel de Sandra en el “club”. El colegio se pone en contacto con la terapeuta y comenta que Sandra entra en conflicto con sus compañeras cuando no hacen lo que ella quiere. Se explora esta situación con Sandra y refiere que todas sus amigas hacen lo que la líder del grupo manda, lo cual le enfada en gran medida. Se infiere tal y como se ha comentado previamente que el papel de líder que no logra ejercer en el colegio lo intenta ejercer en casa, por esta razón se plantea que Sandra ejerza el papel de líder de forma positiva, comenzando por el hogar, a través de las directrices comentadas con la madre sobre asignarle determinadas tareas que considere convenientes de acuerdo con su edad.

Sesión 10

Acuden a sesión el padre, la madre y Sandra el 17 de febrero de 2022, siendo la última sesión el 21 de diciembre de 2021.

Primeramente, entran a sesión los padres y comentan que se encuentran muy sobrecargados por la convivencia. Perciben a Sandra “*arrogante, rebelde y sobrada*” con ellos con comentarios como “*no tenéis ni idea*”. Refieren que una de las madres del colegio ha alertado que Sandra supera límites y que cumple con el perfil de acosadora. Se les indica a los progenitores que se pongan en contacto con el colegio para intervenir en el aula y que todo el grupo pueda beneficiarse de la intervención, ya que se concluye que es una problemática de la dinámica grupal.

Se identifican problemas en el día a día en cuanto al funcionamiento familiar ya que sus hijos no respetan los límites impuestos. Concretamente, los padres comentan que tanto Sandra como sus hermanos gritan y discuten durante las comidas y cenas y que presentan resistencia a colaborar con la madre por las mañanas en el momento de asearse y prepararse para ir al colegio, lo cual con su padre no acontece. Para disminuir estas conductas y fomentar otras más adaptativas, se les instruyó a los padres en:

- *Tareas distractoras* para prevenir la aparición de conductas disruptivas en determinadas situaciones, concretamente en los momentos previos a la comida y a la cena. Un ejemplo de esta una tarea distractora implantada es cuidar a la hermana pequeña
- *Castigo negativo*: como consecuencia de la conducta disruptiva los hijos no pueden obtener un reforzador, siendo en este caso la Tablet.
- *Control estimular y consecuencias naturales*: la madre prepara a los hijos para ir al colegio por las mañanas, optando porque primeramente desayunen y, seguidamente, se vistan para ir al colegio. La madre refiere que sus hijos pierden el tiempo desayunando y no les da tiempo a asearse para ir al colegio, llegando siempre tarde. Por esta razón, se consideró oportuno instruirle en control estimular, consistente en cambiar el orden de las tareas a realizar por las mañanas. Esto es, se le sugirió primero asear a los hijos y, posteriormente desayunar. Si perdieran el tiempo aseándose, la consecuencia natural sería irse al colegio sin desayunar. En términos operantes, alterando los antecedentes que controlan las condiciones, se puede disminuir y eliminar la conducta. La conducta problema puede ser cambiada asociando estímulos (antecedentes) con recompensas no

deseadas, en este caso, pasar hambre en el colegio por no haber tenido tiempo de desayunar.

Tras entrenarles a los padres en tareas distractoras, castigo negativo y control estimular, entra Sandra en sesión sin la presencia de los padres. Se identifica que la dinámica del club sigue vigente, pero ahora no ejerce una compañera de líder impositivo, sino que todas toman decisiones través de un juego de azar. Esta estrategia de solución de discrepancias en el grupo no se considera sana ni efectiva a largo plazo, por ello, se lleva a cabo un entrenamiento en solución de problemas, con el objetivo de que Sandra aprenda a reconocer problemáticas, a buscar soluciones más adecuadas a estas y a llevar a la práctica la mejor solución para resolver la situación en cuestión.

Sesión 11

Acuden a sesión Sandra, su hermano y su madre y se lleva a cabo la sesión de forma íntegra con los tres.

Se repasa de forma conjunta las nuevas normas instauradas en casa en el contexto tareas distractoras, castigo negativo y control estimular. Se observa que la madre adopta un estilo educativo menos permisivo, lo cual ha propiciado que Sandra y sus hermanos le respeten más. Además, se identifica mayor cooperación familiar. Sandra parece mostrar interés en aceptar los límites impuestos, lo cual se considera que ha sido propiciado en gran medida por haberlos acordado de forma conjunta con la familia y, además, porque estos afectan a todos los miembros y no exclusivamente a ella.

Se observa que Sandra lleva a cabo una interpretación poco adaptativa de las conductas de su hermano. Comenta que quiere pasar mucho tiempo con ella, lo cual le agobia y le lleva a agredirle de forma física y verbal a su hermano. Se lleva a cabo una reestructuración cognitiva, con el objetivo de fomentar a su vez la reevaluación cognitiva como estrategia de autorregulación emocional centrada en el antecedente, generando significados alternativos a al comportamiento del hermano con el fin de minimizar el impacto emocional negativo en Sandra. Se concluye de forma conjunta que su hermano quiere pasar tiempo con ella ya que le admira en gran medida, por esta razón este intento de acercamiento por parte del hermano no debe ser interpretado como algo negativo, sino como algo positivo para ella, ya que su hermano le atribuye muchas cualidades positivas y por esta razón quiere pasar más tiempo con ella.

Seguidamente, se procede a la lectura del libro “Calma” (Thompson, 2015) de forma conjunta con el objetivo de concienciar a la familia de que las personas pueden sentir diferentes estados emocionales pero que tras un tiempo de reflexión y de calma, las cosas se pueden hablar y solucionar. Tras la lectura y su consiguiente reflexión, se les instruye en tiempo fuera positivo como estrategia de autorregulación emocional y fomento de una gestión adaptativa de conflicto. Cada miembro de la familia elige un espacio de la casa para calmarse cuando comiencen una disputa, así como si querían que en ese lugar estuvieran acompañados de alguien o en solitario. El objetivo del tiempo fuera consiste en que las personas se tomen un tiempo de desconexión y reflexión para que desde la razón y la calma piensen y encuentren soluciones para un problema determinado.

Por último, se explora la relación con los pares y la existencia del club. Sandra refiere que el club ha desaparecido y que, ante discrepancias con sus amigas, ya no recurren a un juego basado en el azar para tomar decisiones, sino que hacen uso del diálogo para resolver desacuerdos, lo cual evidencia un aumento de habilidades de comunicación y manejo de herramientas eficaces para resolver conflictos. Seguidamente, se utiliza el reforzamiento positivo como estrategia de modificación de conducta, con el objetivo de aumentar la probabilidad de que el uso de diálogo como medio para resolver conflictos se utilice de forma frecuente.

Resultados

En el momento de la ejecución del presente trabajo, el proceso terapéutico no había concluido. Por esta razón, se expone a continuación los objetivos alcanzados, tanto de forma completa como parcial

Tabla 5

Objetivos alcanzados de forma completa y parcial

Objetivos alcanzados de forma parcial	Objetivos alcanzados de forma completa
<ul style="list-style-type: none"> - Promover la autorregulación emocional, concretamente tolerancia a la frustración y el manejo funcional de la ira - Desarrollo de la empatía. - Mejorar y promover habilidades de enfrentamiento de situaciones conflictivas que producen malestar. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora del vínculo paterno filial. - Heterorregulación por parte de los padres en cuanto a normas, límites y estilos educativos. - Fomento de la autoestima y bienestar psicológico de Sandra dentro del entorno familiar - Promoción de vías de expresión emocional funcionales, tanto con Sandra como con sus progenitores

Desde un punto de vista cualitativo, se considera que la intervención cognitivo-conductual ha sido eficaz para la consecución total y parcial de los objetivos planteados viéndose favorecida por la alta adherencia al tratamiento tanto de Sandra como de sus padres y por la alta colaboración e implicación de ambos progenitores.

Objetivos alcanzados de forma completa

En cuanto a los objetivos alcanzados de forma íntegra, se destacan los siguientes:

- Mejora del vínculo paterno filial.

- Heterorregulación por parte de los padres en cuanto a normas, límites y estilos educativos.
- Fomento de la autoestima y bienestar psicológico de Sandra dentro del entorno familiar
- Promoción de vías de expresión emocional funcionales, tanto con Sandra como con sus progenitores.

A continuación, se recogen evidencias y conclusiones clínicas de la consecución total de cada objetivo planteado.

Se evidencia una mejora del vínculo paterno filial, y concretamente en la relación madre-hija, ya que la madre refiere que Sandra ya no “se venga” cuando vuelve de sus largas estancias fuera del hogar debidas al trabajo y, además, la madre refiere que su hija se muestra más cariñosa con ella. Por otra parte, inicialmente la madre se caracterizaba por mantener un estilo educativo permisivo y el padre por un estilo educativo autoritario. Se considera que el vínculo paterno filial ha mejorado de forma sustancial por el fomento de un estilo de crianza democrático por parte de ambos padres caracterizado por el estableciendo límites y supervisión de las conductas de la paciente, sin evitar los conflictos (estrategia tradicional de la madre) ni usando el castigo físico (estrategia tradicional del padre). Este estilo educativo ha promovido que Sandra coopere en casa y, a su vez, ha fomentado una comunicación transparente y adaptativa sobre los deseos, emociones y necesidades de todos los miembros de la familia, lo cual ha mejorado la dinámica familiar y el reconocimiento de las necesidades ajenas por parte de Sandra, esto es, la capacidad empática con los demás. Otro de los elementos que ha contribuido a la mejora de la dinámica familiar, el cual a su vez ha sido un objetivo en sí de la intervención, ha sido el fomento de la autoestima de Sandra y bienestar psicológico dentro del entorno familiar. Los progenitores han dedicado las noches a leer un libro a Sandra, siendo este rato un momento de escucha, que ha propiciado un aumento de autoestima de Sandra, sentir que sus necesidades afectivas con respecto a sus padres estén siendo satisfechas, así como nuevamente una mejora del vínculo paterno filial. Además, estos momentos íntimos con sus padres constituyen un espacio en el que Sandra tiene la oportunidad de expresar sus preocupaciones, deseos y emociones. Se considera que estos momentos han sido cruciales a la hora de calmar el estado emocional de la frustración. En estos espacios sus padres le han proporcionado acciones positivas derivadas de este estado emocional, concretamente nuevas estrategias y alternativas para calmar la frustración, lo cual ha promovido que Sandra no utilice herramientas desadaptativas para su regulación, como es la agresividad.

Objetivos alcanzados de forma parcial

Con respecto a los objetivos alcanzados de forma parcial, se destacan los siguientes:

- Promover autorregulación emocional, concretamente tolerancia a la frustración y el manejo funcional de la ira
- Desarrollo de la empatía.
- Mejorar y promover habilidades de enfrentamiento de situaciones conflictivas que producen malestar.

A continuación, se recogen evidencias y conclusiones clínicas de la consecución parcial de cada objetivo planteado

Se observa un cambio de un estilo de interacción social y familiar agresivo por parte de Sandra, caracterizado por la agresión física y verbal, tanto en el colegio como en casa, a uno más asertivo con un afrontamiento activo ante situaciones problemáticas y adversas. Sandra ha aprendido la importancia de la comunicación emocional y ha comprendido e interiorizado las consecuencias negativas que pueden conllevar el actuar de forma impulsiva, tanto para ella como para otros, lo cual demuestra desarrollo de empatía. A pesar de haber observado cambios en el estilo de interacción, los padres y el colegio comentan que sigue presentando comportamientos agresivos e impulsivos, aunque en menor medida. La disminución de estas conductas acontece principalmente en casa, lo cual se atribuye al trabajo terapéutico que se ha llevado a cabo de forma simultánea con los progenitores. Se considera que las conductas agresivas han disminuido en el hogar ya que Sandra puede ejercer de líder y sus necesidades afectivas están siendo satisfechas en mayor medida, presentando herramientas de gestión emocional y comunicativas, trabajadas en sesión. Sin embargo, en el colegio el contexto estimular no ha cambiado, esto es, el *club* no ha desaparecido y Sandra no puede ejercer el papel de líder como le gustaría. A pesar de utilizar las habilidades sociales y de resolución de problemas entrenadas, así como habilidades de gestión emocional practicadas, se considera que en ocasiones las situaciones le sobrepasan, no pudiendo controlar de forma adaptativa la ira y la frustración y utilizando estrategias de afrontamiento poco funcionales, como es la agresividad física y verbal.

Discusión

El objetivo de la presentación del caso clínico consiste en evaluar la efectividad de una intervención individual en un caso de estrategias de autorregulación emocional desadaptativas y bajo control de la ira y frustración, así como evaluar el grado de ajuste de la intervención a la evidencia disponible.

Efectividad del proceso terapéutico y futuras líneas de intervención

En lo concerniente a la efectividad del proceso terapéutico, la eficacia de la intervención cognitivo-conductual ha sido satisfactoria, teniendo en cuenta el largo aprendizaje de las conductas agresivas, así como la gran influencia contextual. Se resalta la importancia de seguir con el proceso terapéutico ya que hay determinados objetivos que han sido conseguidos de forma parcial, para conseguir unos resultados finales que se mantengan a lo largo del tiempo. Queda pendiente seguir trabajando la autorregulación emocional, concretamente tolerancia a la frustración, manejo funcional de la ira, habilidades de afrontamiento de situaciones adversas y/o conflictivas y entrenar la empatía, ya que estas habilidades se ejecutan en gran medida en el hogar pero no de forma íntegra en el contexto escolar, si bien Sandra evoluciona de forma satisfactoria y se afirma que está adquiriendo poco a poco estas habilidades, utilizando en menor medida las conductas agresivas como estrategia de regulación emocional y de resolución de conflictos. Con el fin de conseguir una adaptación social de Sandra en el colegio, se plantea integrar entrenamiento en autoinstrucciones consistente en modificar autoinstrucciones desadaptativas que acompañan la conducta agresiva y la instauración de autoinstrucciones más funcionales y positivas que sustituyan a las desadaptativas. Además, se considera oportuno llevar a cabo entrenamiento en autocontrol, intervención dirigida a lograr la autorregulación de la conducta mediante la autoobservación, las autoinstrucciones, autorreforzamiento y estrategias de autorregulación de la activación fisiológica. Esta autorregulación se consigue a través del entrenamiento en técnicas de respiración y relajación, donde se le enseña al paciente a percibir las señales fisiológicas que alertan de que la ira y la agresividad están invadiéndole (González y Ortiz, 2006).

En cuanto al entrenamiento familiar, no se cree necesario seguir realizando un trabajo terapéutico continuo con los progenitores ya que han sido entrenados de forma satisfactoria y han aplicado las habilidades entrenadas y aprendidas a lo largo del proceso terapéutico, las cuales han tenido un impacto positivo en Sandra y en la dinámica familiar. Mientras se sigue

efectuando el proceso terapéutico con Sandra, se propone llevar a cabo un seguimiento con los progenitores para monitorear que la mejora de la situación se mantiene y que las habilidades entrenadas se efectúan de forma satisfactoria con el objetivo de no volver a la problemática inicial.

Respecto al curso del tratamiento, se considera que la relación de compromiso e interés que se estableció desde un inicio entre el terapeuta, el centro escolar, los padres de Sandra, y la propia Sandra fue un punto crucial para cumplir los objetivos de esta intervención alcanzados, tanto de forma completa como parcial. Cuanto mayor es el compromiso e implicación de las partes implicadas en el proceso terapéutico, mayor será su avance y más garantías de cambio se obtendrán.

Grado de ajuste de la intervención con la evidencia disponible

Respecto el grado de ajuste de la intervención con la evidencia disponible, se considera que el proceso terapéutico ha estado en gran medida ajustado. El modelo adoptado para la intervención ha sido el cognitivo conductual, el cual ha demostrado su eficacia para el abordaje de conductas agresivas. La literatura defiende la intervención en esta problemática desde este enfoque a través de las siguientes herramientas: entrenamiento en estrategias de autorregulación emocional, reestructuración cognitiva, entrenamientos en habilidades de resolución de problemas, estrategias de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades sociales y empatía y entrenamiento a padres desde un enfoque eminentemente conductual (Vernberg y Biggs, 2010; Tena et al., 2012; Carlo et al., 1999; Richaud et al., 2011; Fajardo- Vargas y Fernández Gúzman, 2008), entrenamiento en autoinstrucciones y entrenamiento en autocontrol (González y Ortiz, 2006). La intervención del caso en cuestión ha utilizado muchas de estas herramientas y ha incluido determinadas técnicas y procedimientos no recogidos en la evidencia disponible. Las técnicas recomendadas para el abordaje de conductas agresivas en población infanto-juvenil y han sido efectivas en el caso en cuestión son las siguientes:

- Estrategias de autorregulación emocional: estrategias de control y autorregulación de la ira. A este respecto, Sandra ha sido entrenada en identificación y expresión emocional, autocontrol emocional y reevaluación cognitiva, siendo todo ello promovido a través de diferentes estrategias como el tiempo fuera positivo o reevaluación cognitiva.

- Entrenamiento en habilidades sociales: las habilidades sociales han sido trabajadas de forma directa a través de diferentes procedimientos y técnicas y de forma indirecta a través del entrenamiento en empatía, el cual va a ser explicado posteriormente.
- Promover la empatía: los niños que llevan a cabo comportamientos agresivos y amenazantes son proclives a ser menos empáticos, no siendo conscientes de las consecuencias negativas de sus actos para sí mismos y para los demás (Carlo et al., (1999); Richaud et al., (2011). Por esta razón, se entrenó a Sandra en la empatía y concretamente en el reconocimiento de necesidades ajenas a través de la identificación y expresión emocional familiar, para desarrollar la capacidad empática en la paciente y disminuir las conductas disruptivas al ser consciente del impacto en los demás de sus actos.
- Entrenamiento a padres desde un enfoque eminentemente conductual y estrategias de modificación de conducta. Los padres han sido instruidos en tiempo fuera positivo, tareas distractoras y control estimular, lo cual ha mejorado en gran medida el funcionamiento familiar y el comportamiento de Sandra, sobre todo en casa y en menor medida en el colegio. En el contexto terapéutico, se han impuesto límites se han marcado tiempos de respuesta a lo largo de todo el proceso , utilizando para ello el reforzamiento positivo como técnica de modificación de conducta, la cual ha sido efectiva ya que ha promovido la disminución de comportamientos disruptivos.
- Reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva en el caso de Sandra ha consistido en generar de forma conjunta significados alternativos, adaptativos racionales de los acontecimientos, principalmente relacionados con su hermano, con el objetivo de reemplazar significados disfuncionales desencadenantes de emociones como ira y frustración. Por esta razón, se afirma que esta técnica ha resultado ser efectiva para la autorregulación emocional.
- Entrenamiento en resolución de problemas: este entrenamiento se ha llevado de forma explícita, promoviendo alternativas de respuesta a situaciones problemáticas y, de forma implícita, en el entrenamiento en habilidades sociales, proporcionándole alternativas a Sandra a la agresividad para hacer frente a situaciones adversas y/o conflictivas.

En el caso de Sandra, el entrenamiento a los padres no ha sido efectuado desde una perspectiva eminentemente conductual, aunque la evidencia defiende que llevar a cabo un entrenamiento a padres de niños agresivos basado en principios de modificación de conducta

es efectivo (Fajardo- Vargas y Fernández Gúzman, 2008). En este caso, se ha decidido incluir el componente emocional en este entrenamiento, favoreciendo la identificación y expresión emocional por parte de todos los miembros de la familia. El entrenamiento simultaneo en principios de conducta y educación emocional ha mejorado no sólo la dinámica familiar, sino que ha disminuido en gran medida las conductas agresivas de Sandra, al haber sido los progenitores unas figuras de contención y al haber proporcionado estrategias de regulación emocional al haber encontrado la vía emocional como una forma de gestión de los conflictos, más allá de la evitación y el castigo físico.

Motivos por los que resulta de interés el caso de Sandra

El caso en cuestión resulta de especial interés ya que evidencia los mecanismos de defensa poco adaptativos que utilizan los niños y niñas para hacer frente a la ira y la frustración, los cuales tienen consecuencias perjudiciales no sólo para el niño en sí, tanto a corto como a largo plazo, sino para los niños y niñas víctimas de su ira y frustración mal gestionadas, siendo estos mecanismos de autorregulación directamente relacionados con la crianza ejercida en el hogar. Que un infante presente estrategias poco adaptativas para regularse emocionalmente se relaciona con la presencia de estilos educativos autoritarios y permisivos. Contrariamente, los padres con un estilo de crianza democrático tienden a tener hijos con altos niveles autorregulación emocional (Ramírez -Lucas et al., 2015). Los estilos negligente, permisivo y autoritario parecen relacionarse con bajos niveles de autorregulación emocional en los hijos (Carrillo et al., 2018). En el caso de Sandra, el estilo de crianza ejercido por sus padres se caracterizaba por ser permisivo y autoritario. Al entrenar a sus padres en un estilo más democrático, la autorregulación emocional de Sandra fue más adaptativa, lo cual repercutió de forma positiva en las conductas agresivas, disminuyéndolas, principalmente en el hogar. Además, refleja la necesidad de una coordinación con el colegio a la hora de intervenir con niños. La coordinación con el colegio fue un pilar fundamental para alcanzar muchos de los objetivos planteados en la intervención. Sin la información proporcionada por parte del colegio, no se hubiera podido hipotetizar que Sandra se siente frustrada y enfadada cuando no puede ejercer el rol de líder en el colegio, extrapolarlo esta frustración y enfado a casa y desembocando en ambos contextos en conductas hostiles y agresivas. Asimismo, tal y como se hace explícito en la literatura, y se ha podido evidenciar en el presente caso clínico, la intervención conjunta con los progenitores en casos de conductas disruptivas es esencial para poder llevar a cabo una intervención exitosa (Fajardo- Vargas y Fernández- Guzmán, 2008).

Limitaciones existentes en el estudio

Respecto a las limitaciones del caso, se resalta la poca continuidad de la familia por cuestiones médicas, evidenciando que, tras largos periodos sin llevar a cabo una sesión, se podía observar que la dinámica familiar empeoraba y las conductas agresivas de Sandra volvían a retomarse. Esto evidencia la necesidad de llevar el proceso terapéutico de forma continua para poder alcanzar los objetivos terapéuticos de forma temprana y no alargar la intervención en el tiempo.

Recomendaciones para la práctica e investigación futuras

Se destaca la importancia de llevar a cabo programas efectivos de prevención no sólo en educación secundaria, sino también en infantil y primaria, ya que el acoso escolar acontece en niveles educativos inferiores y conlleva consecuencias negativas tanto para la víctima como para el acosador, tanto a corto como largo plazo (Ttofi y Farrington, 2011; Hymel y Swearer, 2015; Felipe-Castaño et al., 2013; Garaigordobil, 2011). Asimismo, se subraya la necesidad de intervenir no sólo con el acosador, sino también con su familia y con el colegio, ya que el hogar influye en gran medida en la ejecución de los comportamientos agresivos en la escuela y, además, se considera necesario llevar a cabo una coordinación constante con el colegio ya que puede proporcionar información necesaria para la evaluación e intervención terapéutica, contribuyendo y posibilitando la eficacia de la intervención. Además, la coordinación entre el psicólogo y el centro escolar promueve el aumento de la conciencia sobre esta problemática, y moviliza el llevar a cabo estrategias de intervención a nivel grupal en el aula, las cuales se consideran realmente importantes teniendo en cuenta la alta prevalencia de la violencia entre iguales en los contextos educativos de nuestro país (Jiménez y Lehalle, 2012).

Referencias

- Álava, S., Hernansaiz, H. G., García, M. C., Iglesias, I. S., Moreno, J. G. y Santacreu, J. (2021). Validez de las pruebas de atención para el diagnóstico diferencial de TDAH infantil y Trastornos del Aprendizaje. *Electronic journal of research in educational psychology*, 19(54), 437-464.
- Ato Lozano, E., Carranza Carnicero, J. A., González Salinas, C., Ato García, M. y Galián, M. (2005). Reacción de malestar y autorregulación emocional en la infancia, *Psicothema*, 17(3), 375-381.
- Baum, H. (2004). *¡Lo quiero ahora!: cómo tratar la impaciencia, la frustración y las rabietas*. Oniro.
- Bell, J. (1978). *Técnicas proyectivas. Apéndice de Jaime Bernstein*. Paidós.
- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 19(3),95-114.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28(5), 759.
- Buck, J. N. (1948). The HTP technique; a qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of clinical psychology*. 4, 317-396.
- Calkins, S. D. & Dedmon, S. E. (2000). Physiological and behavioral regulation in two-year-old children with aggressive/destructive behavior problems. *Journal of abnormal child psychology*, 28(2), 103-118.
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the society for research in child development*, 59, 53-72.
- Campos, J., Mumme, D., Kermoian., R. & Campos, R. (1994). The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 284-303.
- Capano, Á. & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Card, N., Stucky, B.D., Sawalani, G.M. & Little, T.D. (2008). Direct and Indirect Aggression During childhood and Adolescents: A meta-Analytic Review of Gender Differences, Intercorrelations,

- and Relations to Maladjustments. *Child Development*, 79(5), 1185-1229. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x>.
- Carlo, G., Raffaelli, M., Cicchetti, D. J. & Meyer, K. A. (1999). Why are girls less physically aggressive than boys? Personality and parenting mediators of physical aggression. *Sex Roles*, 40(9), 711-729.
- Carrillo, A., Estévez, C. & Gómez- Medina, M. D. (2018). ¿Influyen las prácticas educativas en el desarrollo de la inteligencia emocional de sus hijos?. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 203-212.
- Caspi, A. (2000). The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 158-172.
- Cava, M.J., Buelga, S., Musitu, G. y Pérez, S. (2010). Violencia escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: un estudio longitudinal. *Revista de Psicodidáctica*, 15(1), 21–34
- Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V. y Delgado, Á. P. (2008). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, 12(2), 157-173.
- Chess, S. & Thomas, A. (1999). *Goodness of fit: Clinical applications from infancy through adult life*. Routledge.
- Chias, M. y Zurita, J. (2010). *Emocionarte con los niños: El arte de acompañar a los niños en su emoción. Segunda Edición*. Descleé de Brouwer.
- Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3–21.
- Cleverley, K., Szatmari, P., Vaillancourt, T., Boyle, M. y Lipman, E. (2012). Developmental trajectories of physical and indirect aggression from late childhood to adolescence: sex differences and outcomes in emerging adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1037-1051. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.010>.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia*. Kapelusz.

- Crick, N.R., Ostrov, J.M. & Werner, N.E. (2006). A longitudinal study of relational aggression, physical aggression, and children's social-psychological adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 131-142. <http://doi:10.1007/s10802-005-9009-4>
- Deigh, J. (2010). Concepts of emotions in modern philosophy and psychology. In Zaborowski, R. (2010). The Oxford Handbook of Philosophy of Emotion. *Metapsychology*, 14(12).
- De la Torre-Cruz, M., García-Linares, M.C. y Casanova-Arias, P.F. (2014). Relaciones entre estilos educativos parentales y agresividad en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(1),147-170.DOI: <https://doi.org/dx.doi.org/10.14204/ejrep.32.13118>
- Ehrenreich, S.E., Beron, K.J. & Underwood, M.K. (2016). Social and Physical Aggression Trajectories From Childhood Through Late Adolescence: Predictors of Psychosocial Maladjustment at Age 18. *Developmental Psychology*, 52(3), 457–462. <http://doi.Org/10.1037/dev0000094>.
- Eisenberg, N. & Fabes, R. A. (1998). Prosocial development. In Rubin, K. H., Bukowski, W., Parker, J. G., Damon, W. & Eisenberg, N. (2006). *Handbook of child psychology, social, emotional, and personality development*. Wiley
- Eisenberg, N., Fabes, R., Miller, P. A., Shell, R., Shea, C., & May-Plumlee, T. (1990). Preschoolers' vicarious emotional responding and their situational and dispositional prosocial behavior. *Merrill-Palmer Quarterly*, 36(4), 507-529.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. In Dalgleish, T., & Power, M. (Eds.). (2000). *Handbook of cognition and emotion* (45-60). John Wiley & Sons.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed*. Henry Holt and Company.
- Fajardo-Vargas, V. & Hernández-Guzmán, L. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 34(2), 371-389.
- Farver, J. A. M. (1996). Aggressive behavior in preschoolers' social networks: Do birds of a feather flock together? *Early Childhood Research Quarterly*, 11(3), 333-350.
- Felipe-Castaño, E., León-del-Barco, B. y Fajardo, F. (2013). Perfiles psicopatológicos de los participantes en situaciones de acoso escolar en educación secundaria. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 475-490.

- Fernández-Abascal, E., García, B., Jiménez, M., Martín, M. & Domínguez, F. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Ferre, A. (2021). *Cuéntalo con muñecos: Orientaciones prácticas para terapia y asesoramiento*. Ediciones Octaedro.
- Franco, L. (2010). Importancia de fomentar el vínculo de apego en la infancia. *Revista Mexicana De Pediatría*, 77(3), 103-104.
- Frijda, N. H. (2008). The psychologists' point of view. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (68-87). The Guilford Press.
- Frostig, M. (1988). *Test de desarrollo de la percepción visual (FROSTIG)*. TEA.
- Furth, H. (1992). *El conocimiento como deseo. Un ensayo sobre Freud y Piaget*. Alianza.
- Garaigordobil, M. & Oñederra, J. (2010). Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar y en los agresores. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 243-256.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International journal of psychology and psychological therapy*, 11(2), 233-254.
- García – Fernández, C. M., Romera, E.M. & Ortega, R. (2015). Explicative factors of face-to-face harassment and cyberbullying in a sample of primary students. *Psicothema*, 27(4), 347-353.
- García, EM. (1994). *Cuestionario evolutivo*. Editorial Cepe.
- García-Pérez; E. M. y Magaz, A. (2000). *EMAV. Escalas Magallanes de Atención Visual. Manual de Referencia*. Grupo Albor-COHS.
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.
- Gómez-Garibello, C. y Chaux, E. (2014). Agresión relacional en preescolar: variables cognoscitivas y emocionales asociadas. *Universitas Psychologica*, 13(2), 565-574.
- Gomila, M. V. (2006). *Test Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos* (Vol. 2). Edicions Universitat Barcelona.
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1).

- González-Brignardello, M. P., y Ortiz, M. Á. C. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción psicológica*, 4(2), 83-105.
- Gross, J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotional regulation process: Implications for affect, relation-ships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. Doi: 10.1016/j. jrp.2011.10.003
- Gross, J. & Thompson, R. (2007) Emotion Regulation: Conceptual Foundations. En J. Gross (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation* (3-26). The Guilford Press.
- Gross, J. J. & Feldman, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3, 8-16. Doi: 10.1177/ 1754073910380974.
- Guerrero, J. I. (2002). *Intervención de la conducta agresiva en niños: enfoque cognitivo conductual*.
- Hagekull, B., & Bohlin, G. (2004). Predictors of middle childhood psychosomatic problems: An emotion regulation approach. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 13(5), 389-405.
- Haidt, J. (2003). The moral emotions. In R. J Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (852-870). Oxford University Press.
- Hammer, E. F. (2016). *Test Proyectivos Gráficos (2ª ed.)*. Paidós
- Holodynski, M. & Friedlmeier, W. (2006). *Development of emotions and emotion regulation*. Springer Science & Business Media.
- Hymel, S. & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research on school bullying. *American Psychologist*, 70, 293-299.
- Ison, M. S. (2004). Características familiares y habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 257-268.
- Ison-Zintilini, M. S. y Morelato-Giménez, G. S. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas psychologica*, 7(2), 357-367.
- Jiménez, T. y Lehalle, H. (2012). La violencia escolar entre iguales en alumnos populares y rechazados. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 77-89.

- Laplace, V. (2013). *El dibujo de la familia: su valor clínico desde un enfoque psicoanalítico*. Academia.
- Larroy, C., Llavona, L. M. y Méndez F. X. (2012). *Manual del psicólogo de familia: un nuevo perfil profesional*. Pirámide.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- López, F. (2015). Apego y relaciones amorosas. *InformacióPsicològica*, (82), 36-48.
- López, O. T. y Díaz, G. G. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de la ira. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1).
- Lozano, E. A., Salinas, C. G. & Carnicero, J. A. C. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 20(1), 69-80.
- Magaz, A. (Ed.) (2011). *EMAV. Escalas Magallanes de Atención Visual. Manual de Referencia Actualizado*. Grupo Albor-COHS.
- Mandler, G. (1990). William James and the construction of emotion. *Psychological Science*, 1(3), 179-180.
- Marrone, M. (2018). La teoría del apego y el psicodrama. Attachment Theory and Psychodrama. *Revista Clínica Contemporánea*, 9 (11), 1-9.
- Mesquita, B. (2010). Emoting: A contextualized process. En B. Mesquita, L. Feldman, & E. Smith (Eds.). *The mind in context* (83-104). Guilford Press.
- Núñez, C. y Romero, R. (2013). *Emocionario: dime lo que sientes*. Valcárcel Editorial: Palabras Aladas.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwells
- Pérez, P. (1998). El desarrollo emocional infantil (0-6 años): Pautas de educación. In *Ponencia presentada en el congreso de Madrid*.
- Pérez, S. (2015). El test de la persona bajo la lluvia. Una nueva perspectiva de análisis. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(1), 200-227.
- Pullis, M. (1991). Practical considerations of excluding conduct disordered students: An empirical analysis. *Behavioral Disorders*, 17(1), 9-22.

- Rábanos, N. L., Ladrero, E. U., & Laborda, J. L. A. (2020). La satisfacción con la familia y su relación con la agresividad y la inteligencia emocional en adolescentes. *Know and Share Psychology, 1*(4)..
- Ramírez-Lucas, A., Ferrando, M., & Sainz, A. (2015). ¿Influyen los estilos parentales y la inteligencia emocional de los padres en el desarrollo emocional de sus hijos escolarizados en 2º ciclo de educación infantil?. *Acción psicológica, 12*(1), 65-78.
- Raven, J. C., Court, J. H. y Raven, J. (1996). *Raven Matrices Progresivas, Manual*. TEA Ediciones S.A.
- Raven, J. C., Court, J. H. Y Raven, J. (1996). *Raven Matrices Progresivas, Manual*.TEA Ediciones
- Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. Wiley.
- Reidl, L. y Jurado, S. (2007). *Culpa y vergüenza: caracterización psicológica y social*. Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- Richaud de Minzi M.C., Lemos, V. y Mesurado, B. (2011). Relaciones entre la percepción que tienen los niños de los estilos de relación y de la empatía de los padres y la conducta prosocial en la niñez media y tardía. *Avances en psicología latinoamericana, 29*(2), 330-343.
- Rocher, K. (2009). *Casa, árbol, persona. Manual de interpretación del test*. Ediciones Lasra.
- Rosas, R., Pizarro, M., Grez, O. ., Navarro, V., Tapia, D. ., Arancibia, S. ., Muñoz-Quezada, M. T. ., Lucero, B. ., Pérez-Salas, C. P., Oliva, K. ., Vizcarra, B. ., Rodríguez-Cancino, M. ., & Von Fredeen, P. (2022). Estandarización Chilena de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños – Quinta Edición. *Psykhé, 31*(1). <https://doi.org/10.7764/74sicol.2020.21793>
- Rosenkoetter, L. I., Rosenkoetter, S. E., Ozretich, R. A. & Acock, A. C. (2004). Mitigating the harmful effects of violent television. *Journal of Applied Developmental Psychology, 25*(1), 25-47.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament in childhood: A framework. *Temperament in childhood, 5973*.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., Dwyer, K. M. & Hastings, P. D. (2003). Predicting preschoolers' externalizing behaviors from toddler temperament, conflict, and maternal negativity. *Developmental psychology, 39*(1), 164.
- Russell, J. (2015). My psychological constructionist perspective, with focus on conscious affective experience. In L. Feldman & J. Russell (Eds.). *The Psychological Construction of Emotion* (183-208). Guilford Press.

- S. Apérez, O. G. y Bello, N. C. (2017). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 8(1), 96-117.
- Scherer, K. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44, 695-729.
- Shaw, D. S., Keenan, K. & Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: ages 1 to 3. *Developmental psychology*, 30(3), 355.
- Simón, M.J., Fuentes, R.M., Garrido, M., Serrano, M.D., Larrañaga, M.E. y Yubero, S. (2019). Factores personales y sociales que protegen frente a la victimización por bullying. *Enfermería Global*, 18(54), 1-24 <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.345931>
- Sneiderman, S. (2006). Las técnicas proyectivas como método de investigación y diagnóstico. Actualización en técnicas verbales: "El cuestionario desiderativo". *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (8), 296-331.
- Sneiderman, S. (2011). El cuestionario desiderativo de J. Bernstein: aportes y actualización para una interpretación psicoanalítica, *Actualidad Psicológica*, 36(399), 21-24.
- Solomon, R. (1999). The philosophy of emotions. En M. Lewis, L. Feldman, & J. J. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of Emotions* (3-16). Guilford Press.
- Sutil, C. R. (2013). ¿Qué es una emoción? Teoría relacional de las emociones. *Clínica e Investigación relacional*, 7, 348-372.
- Tena, J. M. C. (2012). Caso clínico: tratamiento cognitivoconductual en conductas de agresividad extrema en el aula. *Informació psicológica*, (103), 87-98.
- Terán, C., M. A., Herrera, J. y Rivera, L. (2005). Los estilos de interacción paterna-materna y el desarrollo de la autorregulación afectiva en el niño: una perspectiva histórico cultural. *Revista Cubana De Psicología*, 22(1), 62-67.
- Thompson, C. (2015). *Calma*. Tramuntana.
- Ttofi, M.M. y Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 7, 27-56.
- Vásquez, A. E. D., Mayaute, L. M. E., Bulnes, M. & Murillo, M. R. Q. (2001). Estudio psicológico del test de matrices progresivas de Raven. Forma avanzada en estudiantes universitarios. *Revista de investigación en psicología*, 4(2), 27-40.

Vernberg, E. y Biggs, B. (2010). *Preventing and treating bullying and victimization*. Oxford University Press.

Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246–298.

Wechsler, D. (2015). *WISC-V: Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V*. TEA.

Apéndice A

Figura A1

Test HTP (House, Tree and Person) (Buck, 1948): Dibujo de la casa



Figura A2

Test HTP (House Tree and Person) (Buck, 1948): Dibujo del árbol



Figura A3

Test HTP (House Tree and Person) (Buck, 1948): Dibujo de la persona: Figura masculina

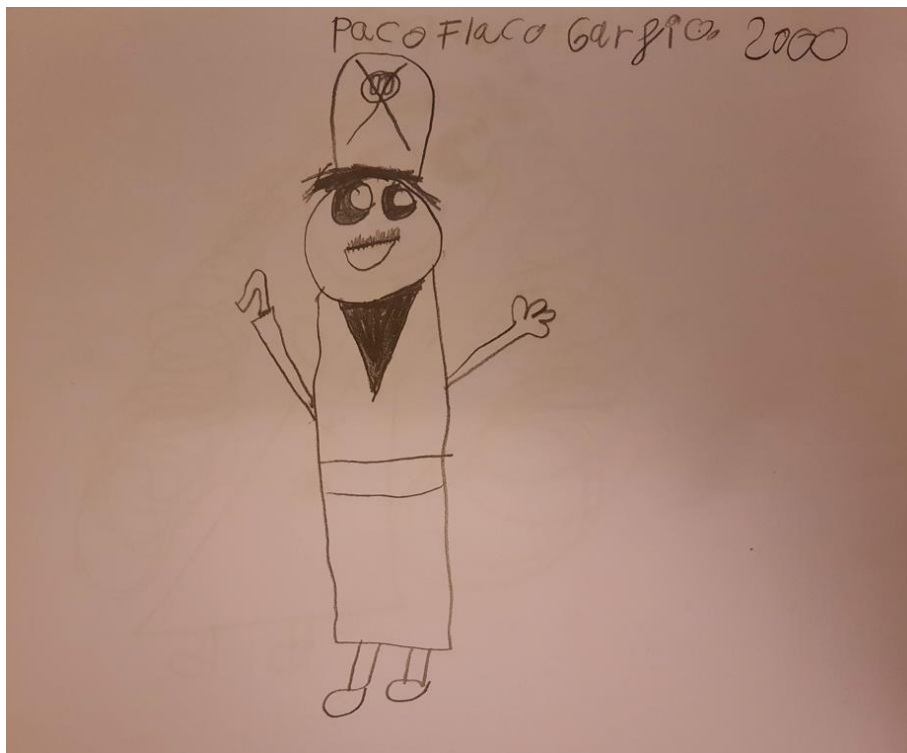


Figura A4

Test HTP (House Tree and Person) (Buck, 1948): Dibujo de la persona: Figura femenina



Figura A5

Test de Persona Bajo la Lluvia (PBLL) (Querol y Chaves, 2005)

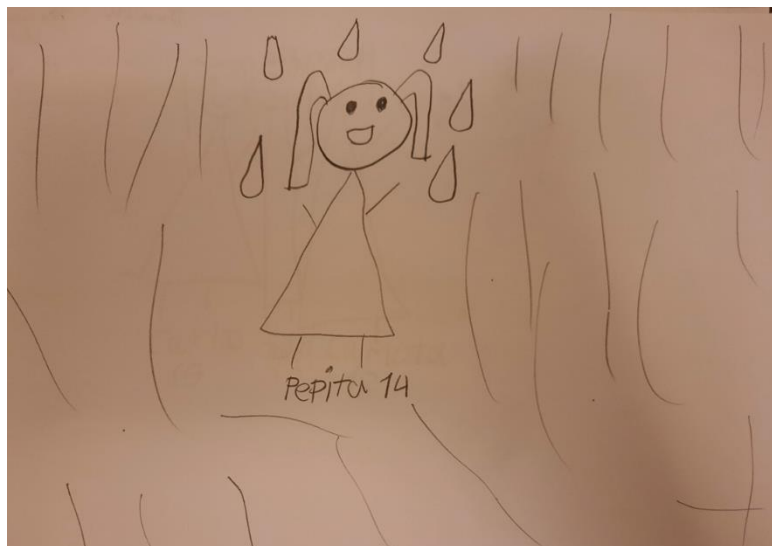


Figura A6

Test de la familia (Corman, 1976)



Figura A7

Dibujo familia kinética (Burns y Kaufman, 1978)

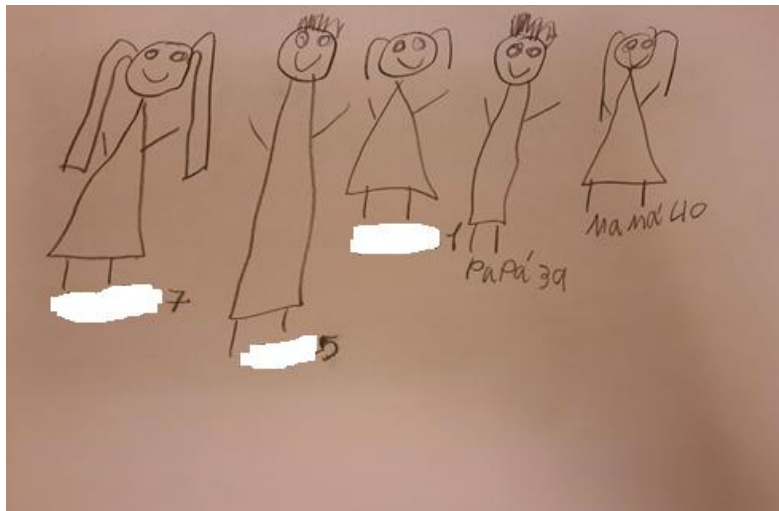


Figura A8

Valoración Psicopedagógica: Test HTP (Buck, 1948): Dibujo de la casa



Figura A9

Valoración Psicopedagógica: Test HTP (Buck, 1948): Dibujo del árbol

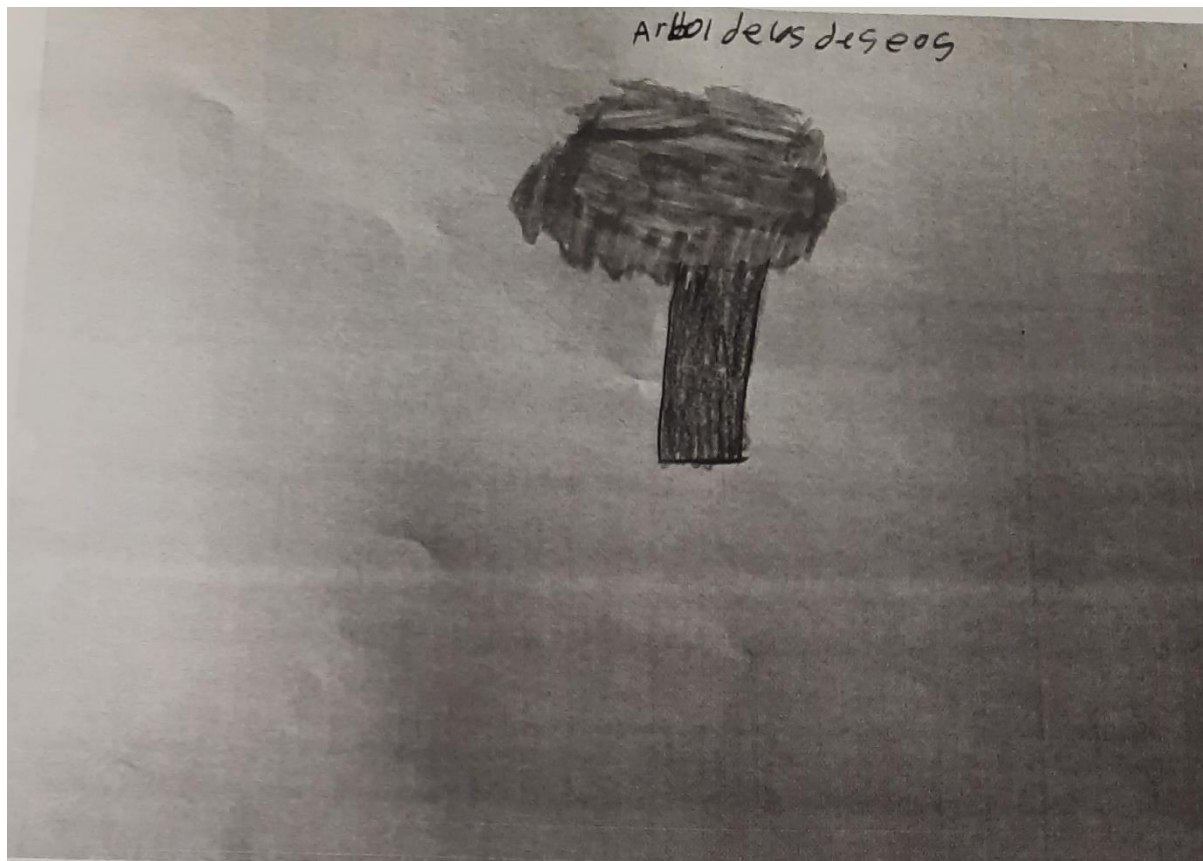


Figura A10

Valoración Psicopedagógica: Test HTP (Buck, 1948): Dibujo de la persona

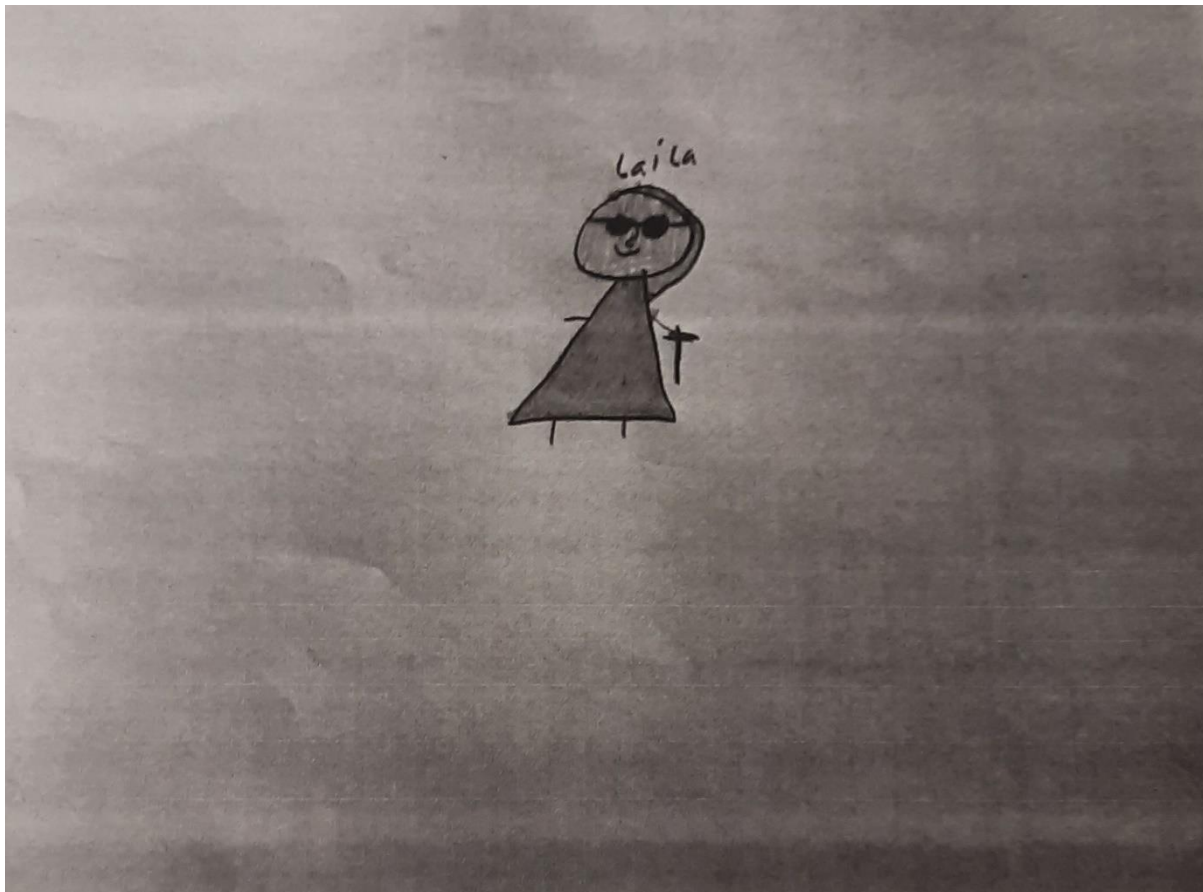
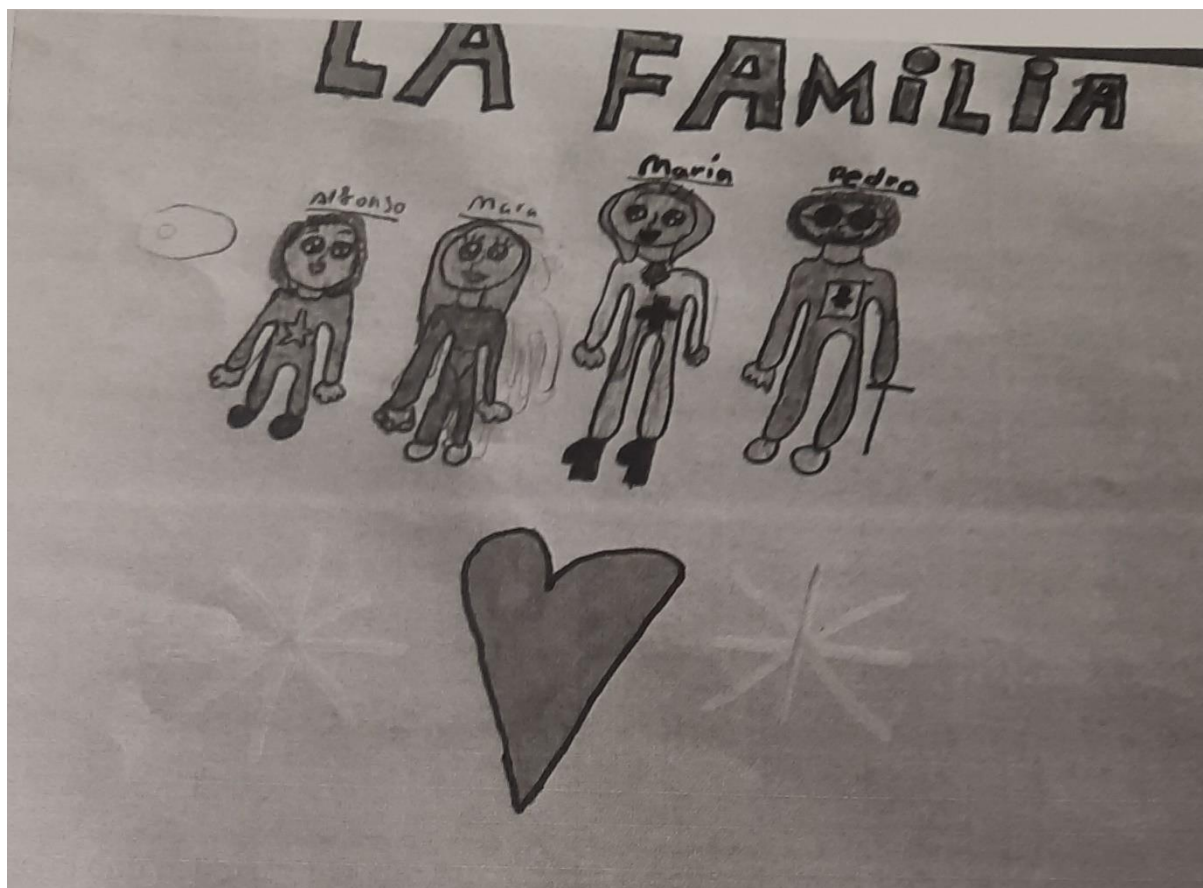


Figura A11

Valoración psicopedagógica: Test de la familia (Corman, 1976)



Apéndice B

Tabla B1

Puntuaciones obtenidas en los índices primarios de inteligencia (WISC-V)

Índices	Puntuación Compuesta	Rango
Comprensión Verbal	95	Medio-Alto
Razonamiento Perceptivo- Visoespacial	69	Medio
Razonamiento Fluido	97	Medio-Alto
Memoria de Trabajo	69	Medio
Velocidad de Procesamiento	63	Medio-Bajo
CI total	92	Medio-Alto

Apéndice C

Documento C1

Dinámica Aproximación-Separación

El material utilizado consiste en diferentes tarjetas con diferentes aspectos y conductas relacionales, concretamente:

- Hablar mucho.
- Criticar.
- Ser respetuoso/a.
- Preocuparse.
- Ser competitivo/a.
- Ser divertido
- Pegar
- Empatía.
- Perdonar.
- Negativismo.
- Manipular.
- Sentido del humor
- Tener interés en la otra persona.
- Valorar esfuerzos.

El procedimiento es el siguiente:

Sacar las tarjetas mencionadas e indicar a la paciente que se ponga de pie. Seguidamente explicar la dinámica:

“En estas tarjetas hay diferentes conductas y aspectos de las relaciones, como perdonar o criticar. Algunas de estas conductas y aspectos hacen que queramos acercarnos a las personas o alejarnos. Por ejemplo, que las personas perdonen nos incita a acercarnos a ellas (dar un paso hacia delante para acercarnos a la paciente). Por el contrario, que las personas critiquen produce que nos alejemos de ellas (dar dos pasos hacia atrás para alejarnos de la paciente). ¿Lo has entendido? ¿te parece si hacemos una prueba? Coge una tarjeta y dámela (imaginemos que elige la tarjeta donde pone “ empatía ”y leer la tarjeta en voz alta). Cuando alguien te dice, sé cómo te sientes, ¿te incita a que te acerques a esa persona o a que te alejes? (vamos a imaginar que responde acercarse). Perfecto, pues cuando lo que ponga en la tarjeta te incite a acercarte da un paso hacia mí, y cuando te incite a alejarte da un paso hacia atrás. Las tarjetas que te inciten a alejarte de la persona las pondremos en un montón y las que te inciten a acercarte en otro montón”

Llevar a cabo la actividad. Tras haber amontonado las tarjetas, explicarle:

“Bueno, ahora que tenemos las tarjetas amontonadas, coge el montón de conductas / aspectos/ que incitan a que te acerques a la otra persona. ¿Cuáles de estas conductas/aspectos llevas tu a cabo? (... ..) Vale, y respecto al montón de conductas/aspectos que incitan a que te alejes de la otra persona? ¿cuáles llevas tu a cabo? ¿Te gustaría trabajar con nosotras aspectos positivos para llevarlos a cabo con los demás? ¿Te gustaría trabajar con nosotras aspectos negativos para no llevarlos a cabo con los demás?”

Documento C2

Dinámica “Crítica Constructiva y Crítica Destructiva”

1. . Qué es la crítica constructiva y destructiva

Preguntar: *¿Para qué sirve un martillo?* Se espera que responda para construir cosas, para romper cosas ... Si no es así, ayudarle a que encuentre esa respuesta. Después de esta conversación, explicarle:

“La crítica es como un martillo, puede utilizarse para construir o para destruir y todo depende de cómo lo utilice la persona. Las críticas que se utilizan para construir se llaman críticas constructivas. Estas críticas se hacen desde el respeto y tienen la intención de ayudar a la otra persona. Las críticas que se utilizan para destruir se llaman críticas destructivas. Estas críticas no se hacen desde el respeto y tienen intención de hacer daño a la otra persona”.

2. Fábula: el abuelo, el nieto y el burro

Leer en voz alta: *Había una vez, hace muchos años, en una casa de campo vivía un matrimonio anciano que tenían un nieto de 13 años que estaba pasando unos días con ellos. El abuelo decidió ir al pueblo donde vivían los padres del muchacho y devolverles el nieto. El abuelo aparejó el burro y puso al muchacho encima de burro y partieron hacia su destino. Al pasar por el primer pueblo, la gente comentaba: ¡Mira ese niño mal educado! No le dará vergüenza. Debería dejar al abuelo ir montado sobre el burro y el muchacho debería ir andando. El abuelo que lo oyó bajó al muchacho y se subió él en el burro. Al llegar al segundo pueblo, la gente murmuraba: que desconsiderado con el muchacho. Deja que la criatura que tire del burro, mientras él va muy cómodo encima, debería darle vergüenza. Entonces decidieron montarse los dos en el burro y al pasar por el siguiente pueblo, escucharon que los pobladores decían: – ¡Son unos bestias, más bestias que el burro que los lleva, van a partirle la columna, pobre animal! Por último, decidieron bajarse y caminar junto al burro. Pero al pasar por el pueblo siguiente no podían creer lo que las voces decían sonrientes: ¡Mira a esos dos idiotas: ¡caminan, cuando tienen un burro que podría llevarlos!*

Tras la lectura de la fábula, preguntar: *Las críticas de las personas de los pueblos, ¿son constructivas o destructivas? ¿Han ayudado al abuelo y al nieto?* y sacar una moraleja juntas

Concluir con la siguiente explicación: *Las críticas son inevitables y las personas siempre van a comentar lo que hacemos o dejamos de hacer. Lo importante es escuchar a las personas que nos quieren y seleccionar la información que nos ayuda a mejorar.*

3. Práctica Críticas Constructivas

Transmitir: *Podemos practicar en sesión críticas constructivas. ¿Hay algo que te gustaría que papa, mamá o tu hermano cambiarían? ¿Cómo se lo puedes decir de forma constructiva?*

- Ejemplo: Cuando haces XXX me siento XXX). ¿Te parecería bien intentar hacer XXX?
- Escribir la crítica constructiva en un papel y en el ratito con sus padres en sesión transmitirla.