



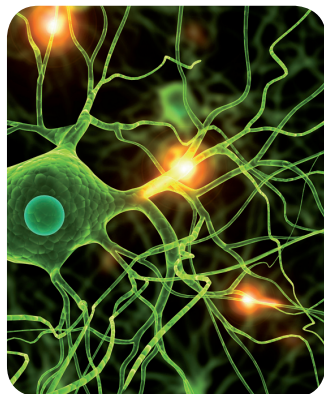
# MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología  
/ 14-15

Psicología  
General Sanitaria



**Tras la etiqueta.  
Evaluación y  
Tratamiento en  
un Caso de  
Supuesto TDAH  
*Beatriz Manzano  
Olivares***



# TRAS LA ETIQUETA

## Evaluación y Tratamiento en un Caso de Supuesto TDAH

Terapeuta del caso:

**Beatriz Manzano Olivares**

M-26826

[beatrizmanzanolivares@gmail.com](mailto:beatrizmanzanolivares@gmail.com)



Trabajo Fin de Máster Psicología General Sanitaria

Tutora: Isabel Carrasco

Curso 2014-2015

## ÍNDICE

I. RESUMEN	2
2. ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN	3
3.1 Prevalencia	3
3.2 Sobrediagnóstico	3
3.3 Historia del TDAH	5
3.4 Modelo de autorregulación y funciones ejecutivas de Barkley	7
3.5 Procesos neurológicos y psicológicos implicados en la definición operativa del TDAH	9
3.6 Diagnóstico diferencial	10
4. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	13
5. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	15
5.1 Instrumentos de evaluación	15
5.2 Cronología de la evaluación	24
5.3 Resultados de la evaluación	25
5.4 Conclusiones tras la evaluación	28
6. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO	29
7. TRATAMIENTO	34
7.1 Objetivos	34
7.2 Técnicas	35
7.3 Aplicación del tratamiento	38
8. DISEÑO	43
9. RESULTADOS	45
10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	48
11. REFERENCIAS	52
ANEXO I: Resultados de las pruebas de evaluación	54
ANEXO II: Pautas para dar órdenes	58
ANEXO III: Tarea de reconocimiento de errores en la comunicación	59
ANEXO IV: Resumen de las instrucciones de la economía de fichas	60

## I. RESUMEN

El objetivo de este trabajo es mostrar la evaluación realizada en un caso de posible TDAH, así como la intervención en base al análisis funcional del mismo. Se trata de un diseño de caso único, cuyo participante es un varón de 15 años. El proceso de evaluación consistió en pruebas de inteligencia, atención y conductuales al menor e información procedente de los padres y los profesores. Si bien el trastorno quedó descartado tras la evaluación, fue necesario intervenir para paliar las conductas problema que presentaba el joven, estas son bajo rendimiento académico y problemas de comportamiento. La intervención, hasta ahora, ha constado de 11 sesiones con el menor y 8 con los padres en las que se han trabajado técnicas cognitivo-conductuales (modificación de conducta y reestructuración cognitiva), control de la respiración y relajación y habilidades de comunicación. La alta tasa de reforzadores con los que cuenta el menor y la falta de motivación para la terapia están impidiendo que se lleven a cabo las tareas y se cumplan los objetivos. No obstante, al tratarse de un caso aún en tratamiento es de esperar que superadas estas barreras comiencen a apreciarse resultados positivos y mejoras conductuales. Se incluye también el plan de intervención previsto (técnicas de estudio, autocontrol y solución de conflictos) para la continuación de la terapia hasta el seguimiento.

## 2. ABSTRACT

The aim of this paper is to show the assessment performed in a case of possible ADHD and as well as the intervention based on functional analysis of it. It is a unique case design, whose participant is a man of 15 years. The evaluation process consisted of intelligence, attentional and behavioral tests which the kid had to do and information from parents and teachers. While the disorder was ruled out after the evaluation, it was necessary to act in order to reduce the problem behaviors from the kid, which are low academic performance and behavioral problems. The intervention has so far consisted of 11 sessions with the child and 8 sessions with parents where they have worked cognitive-behavioral techniques (behavioral modification and cognitive restructuring), breath control and relaxation and communication skills. The high rate of positive reinforcement that the teenager has and the lack of motivation for therapy are preventing them from carrying out the tasks and reach the objectives. However, due to the fact that it is a case in treatment is expected that, when these barriers are overcome, positive results and behavioral improvements will be shown. The envisaged intervention plan (study skills, self-control and conflict resolution) to continue of therapy until monitoring is also included.

### 3. INTRODUCCIÓN

A continuación vamos a abordar unos de los trastornos del neurodesarrollo más estudiados en la actualidad, el TDAH, que como su propio nombre indica se caracteriza por la tríada de síntomas déficit de atención, hiperactividad, impulsividad que tienen su origen en las dificultades de inhibición de acciones, pensamientos o distractores y que provocan una gran interferencia en los diferentes contextos de socialización de los menores que lo padecen (en la escuela, con la familia, con los iguales, etc.) (López y Romero, 2013).

#### 3.1 Prevalencia

De entre los trastornos del neurodesarrollo, el TDAH es uno de los más frecuentemente diagnosticados, especialmente en los últimos años. En España la prevalencia en 2007 lo situaba en torno al 5% (Cardo, Servera y Llobera, 2007; citado en Lavigne y Romero 2010), aunque a veces se llega a hablar de un 9% de la población escolar entre los 5 y los 15 años. Si bien es cierto, que los estudios de prevalencia tienden a mostrar datos muy variados (entre el 2% el 12 %) en función del país, la proporción niño:niña 4:1 para el subtipo hiperactivo-impulsivo, y 2:1 para el predominio déficit de atención sí suele ser un hallazgo más constante (Soutullo 2008). Esta variabilidad en las prevalencias se debe a las diferentes definiciones, terminologías y metodologías utilizadas en la clasificación del TDAH (Macià, 2012). También el hecho de que sea un trastorno que persiste a lo largo de la vida con cambio en sus manifestaciones, influye en los estudios de prevalencia (el 80% de los niños diagnosticados en la infancia mantienen éste en la adolescencia y entre el 30 y el 65% manifestaran síntomas en la adultez (Ramos-Quiroga, Bosch y Casas, 2009).

#### 3.2 Sobrediagnóstico

Sin embargo el sobrediagnóstico de este trastorno es algo que debería preocupar a los profesionales, ya que como señalan Lavigne y Romero (2010) en su obra dedicada a esta patología: *“el interés por el TDAH ha sobrepasado ampliamente los límites de los ámbitos de la investigación y el estudio académico, para constituirse en un fenómeno social, por el cual todo niño que muestre cierta actividad, que no permanezca sentado y quieto horas y horas en el colegio y en casa, que no atienda de modo automático a todo lo que se le dice, sea lo que sea y como se le diga, o por el contrario que quizás no sea más que un maleducado, es sujeto de diagnóstico casi inmediato de TDAH”*. Barkley (2007), sin embargo considera que el incremento diagnóstico se debe al aumento de conciencia y conocimiento por parte de la población general sobre el trastorno. Soutullo (2008), coincide en señalar que no es cierto que haya más niños con TDAH hoy día que hace décadas, desde su punto de vista, lo que sucede es que antes era un trastorno desconocido para padres y profesionales, de modo que se infradetectaba y muchos niños se quedaban sin ser tratados.

Sin duda, el TDAH es diagnóstico vinculado frecuentemente a la polémica, tanto en relación a aspectos cuantitativos y cualitativos del diagnóstico, como a la legitimidad de su propia existencia como entidad nosológica. Evidentemente este trabajo no pretende profundizar en estas cuestiones, mas dadas las características del caso que en él se presentan sí resulta interesante hacer mención a las principales voces discrepantes con lo presentado hasta ahora en líneas previas. A continuación se presenta una tabla resumen con los principales argumentos a favor del sobrediagnóstico (figura 3.2.I).

Figura 3.2.I. *Resumen de los principales argumentos que explicarían la existencia de sobrediagnóstico en el TDAH.*

- Redundancia en los criterios diagnósticos de la APA del subgrupo de inatención y del subgrupo de hiperactividad/ impulsividad<sup>1</sup>.
- Concesión de mismo peso a todos los síntomas a la hora de realizar el diagnóstico a pesar de existir trabajos que advierten no todos tienen la misma capacidad predictiva<sup>2</sup>.
- Confusión con manifestaciones conductuales derivadas de pautas de crianza inadecuadas u otros trastornos del aprendizaje (función desculpabilizadora y desresponsabilizante de la etiqueta diagnóstica)<sup>3</sup>.
- Disparidad de datos epidemiológicos en diferentes trabajos<sup>4</sup> y en función del sistema de clasificación utilizado<sup>5</sup>.
- Intereses de la industria farmacéutica<sup>6</sup>, aumento de prescripción del metilfenidato<sup>7</sup> y promoción de enfermedades (“disease mongering” (Payer, 1992))<sup>8</sup>.
- Patologización de conductas normales en la infancia<sup>9</sup>.
- Enfoque categorial del trastorno, frente a la consideración dimensional en términos de continuo<sup>10</sup>.
- Ausencia de marcadores biológicos que aseguren la presencia del trastorno (diagnóstico en función de juicio clínico e influido por tolerancia de los adultos que rodean al menor a la sintomatología)<sup>11</sup>.

En vistas de todas las perspectivas previas, lo que parece claro es que es posible que se esté produciendo un sobrediagnóstico ya que la toma de decisiones en la zona de ambigüedad sano-enfermo está muy influenciada

<sup>1</sup> Barkley (2009) y Barkley, Murphy y Fischer (2008); citados en López et al. (2010)

<sup>2</sup> Frick, Lahey, Applegate, Kerdyck, Ollendick y Hynd, 1994 ; citado en López et al. (2010)

<sup>3</sup> Mas (2009).

<sup>4</sup> Scanhill y Schwab-Stone (2000) y Essau y Groen (1999); citados en Mas (2009).

<sup>5</sup> Essau y Groen (1999) citado en Mas (2009) y Lora y Moreno (2010)

<sup>6</sup> Baughman (2006) y Agencia Vasca de Tecnologías Sanitarias OSTEBA (2009); citados en Villamarín et al (2014).

<sup>7</sup> Mas (2009) y Agencia Vasca de Tecnologías Sanitarias OSTEBA (2013).

<sup>8</sup> García de Vinuesa et. al. (2014), García-Valdecasas y Vispe (2011) y Conrad (1982) citado en Leavy (2013).

<sup>9</sup> García de Vinuesa et. al. (2014), García-Valdecasas y Vispe (2011), Bianchi (2012) y Jerzy et al. (2010) citado en Leavy (2013).

<sup>10</sup> Levy et. al. (1997); citado en Álvarez (2008) y Amador, et al. (2005).

<sup>11</sup> Brown (2003); citado en Álvarez (2008) y Álvarez (2008).

por los valores individuales, la perspectiva subjetiva de padres y profesores y los estándares sociales. Prueba de ello son las conclusiones de un estudio canadiense en el que se encontró que la relativa inmadurez de los niños nacidos en diciembre los exponía en mayor medida a un diagnóstico inapropiado de TDAH y a sobretreatmento, en comparación con sus compañeros nacidos en los primeros meses del año (Morrow, et al., 2012).

### 3.3 Historia del TDAH

En la historia del estudio del TDAH se distinguen dos corrientes, una más médica que considera que el origen del trastorno puede tener diversas causas físicas como el daño cerebral adquirido, las alteraciones genéticas, la disfunción cerebral mínima, la dieta rica en colorantes y conservantes o un déficit de vitaminas y minerales, entre otras (Hoffman 1865, Bourneville 1897, Still 1902, Hohman 1922, Ebaugh 1923, Kahn y Cohen 1934 y Goldstein 1942; citados en Lavigne y Romero 2010 y Macià 2012). La intervención fundamental desde esta perspectiva es la farmacoterapia para reducir la actividad motriz excesiva característica de estos niños.

Por otro lado, en la segunda mitad del siglo XX emerge la corriente psicoeducativa la cual pone el foco de estudio en la conducta manifiesta, especialmente en el ámbito escolar (Strauss y Werner 1942, Strauss y Lehtinen 1947, Strauss, Lehtinen y Kephart 1955, Clement y Peters 1962, Werry 1968; citados en Lavigne y Romero 2010 y Macià 2012). Esta forma de entender el trastorno da lugar a tratamientos centrados en dar pautas educativas a los padres y profesores para conseguir que el niño esté más atento y quieto.

Ambas líneas de confluencia a finales de los ochenta entendiendo que es necesario un abordaje multidisciplinar dada la interacción entre los factores neurobiológicos y los procesos psicológicos que se ven afectados (Barkley 1981, 1987, 1989, Hinshaw, Hender y Whalen 1984, Pelham, Schnedler, Bologna y Contreras 1980, Satterfield, Satterfield y Cantwell 1981, Miranda et al 2006 y 2008, Núñez y González-Pineda 2002; citados en Lavigne y Romero 2010).

A partir de la última década del siglo XX se consideran las características presentes en las clasificaciones diagnósticas DSM-IV (APA, 1994), DSM-IV-TR (APA, 2001), DSM-5 (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 1995), como las definatorias del TDAH y sus diferentes subtipos. En la figura 3.3.1, se muestra con la clasificación diagnóstica según dos de estos manuales.

Figura 3.3.I: Criterios diagnósticos según CIE-10 (OMS, 1995) y DSM-5 (APA, 2013)

Trastorno Hiperactivo (F90). Trastorno de la actividad y de la atención (F90.0) CIE-10	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (F90.0) DSM-5*
<b>DESATENCIÓN</b>	<b>DESATENCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presta suficiente atención a los detalles.</li> <li>• Tiene dificultades para mantener la atención.</li> <li>• Parece no escuchar.</li> <li>• No finaliza las tareas.</li> <li>• Tiene dificultades para organizar las tareas.</li> <li>• Evita el esfuerzo mental sostenido.</li> <li>• Pierde objetos.</li> <li>• Se distrae con estímulos irrelevantes.</li> <li>• Es olvidadizo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A menudo no presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.</li> <li>• A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.</li> <li>• A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.</li> <li>• A menudo no sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos u otras obligaciones en el centro escolar o laborales y no se debe a comportamiento negativista o a una incapacidad para comprender instrucciones.</li> <li>• A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.</li> <li>• A menudo evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.</li> <li>• A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.</li> <li>• A menudo se distrae con facilidad por estímulos irrelevantes.</li> <li>• A menudo es descuidado en las actividades diarias.</li> </ul>
<b>HIPERACTIVIDAD</b>	<b>HIPERACTIVIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mueve en exceso manos y pies</li> <li>• Abandona su asiento en clase</li> <li>• Corre o salta constantemente</li> <li>• Tiene dificultad para jugar tranquilamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A menudo mueve en exceso las manos y/o los pies o se retuerce en el asiento.</li> <li>• A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.</li> <li>• A menudo corre, salta o trepa en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos, puede limitarse a sentimientos de inquietud).</li> <li>• A menudo tiene dificultades para jugar o de ocuparse tranquilamente a actividades de ocio.</li> <li>• A menudo está “en marcha”, “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”.</li> <li>• A menudo habla en exceso.</li> </ul>
<b>IMPULSIVIDAD</b>	<b>IMPULSIVIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habla en exceso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A menudo responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.</li> <li>• A menudo tiene dificultades para esperar su turno.</li> <li>• A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.</li> </ul>

\*El DSM 5 incluye ejemplos que no hemos añadido por cuestiones de espacio y que permiten al profesional comprender mejor de qué conducta trata cada criterio.



Para diagnosticar un trastorno hiperactivo, según la CIE-10, el paciente debe presentar al menos seis síntomas persistentes de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad en más de un contexto de la vida diaria del niño. Por su parte, para recibir el diagnóstico, según el DSM-5, se requiere la presencia de al menos seis síntomas (cinco en el caso de adolescentes y adultos) de inatención y seis (cinco en el caso de adolescentes y adultos) de hiperactividad/impulsividad para el subtipo combinado, sólo seis síntomas (cinco en el caso de adolescentes y adultos) de inatención para el subtipo déficit de atención y sólo seis (cinco en el caso de adolescentes y adultos) de hiperactividad/impulsividad para el subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Además estos síntomas deben haber aparecido en la vida del niño antes de los 12 años, estar presentes durante los últimos seis meses y aparecer en diferentes áreas de desarrollo de la persona como la escuela, la familia, el entorno social, etc. De este modo, siguiendo los criterios de CIE-10 es más probable que el niño con déficit de atención pero sin síntomas de hiperactividad, no sea diagnosticado y su trastorno quede sin tratar, generando así un mayor número de falsos negativos, mientras que si atendemos al DSM-5, es más probable detectar formas leves de hiperactividad e inatención con un mayor riesgo de obtener falsos positivos al diagnosticar (Soutullo, 2008; Macià, 2012)

### 3.4 Modelo de autorregulación y funciones ejecutivas de Barkley

En la actualidad, más allá de las clasificaciones diagnósticas, parece que el modelo teórico explicativo del TDAH más aplaudido es el denominado Modelo Híbrido de Autorregulación y de las Funciones Ejecutivas propuesto por Barkley (1997b, citado en Lavigne y Romero 2010). La clave de su propuesta es que la dificultad de las personas con TDAH para inhibir su propia conducta es el origen de los problemas de adaptación manifiestos.

Dentro de este modelo, el concepto de inhibición conductual hace referencia a la capacidad de responder a los acontecimientos en función de las demandas, lo cual implica ser capaz de recapacitar y organizar la acción antes de emitir una respuesta, priorizando los objetivos y distribuyendo los recursos disponibles. La existencia de la inhibición conductual es el germen que permite el desarrollo posterior de las funciones ejecutivas. En este sentido, las personas con TDAH muestran dificultades para inhibir respuestas precipitadas, inhibir pensamientos no relacionados con la tarea, detener respuestas ya iniciadas para reorganizarlas, evitar las interferencias mientras las funciones ejecutivas están en marcha (Macià 2012). Una de las consecuencias del retraso en el desarrollo de los citados procesos de inhibición conductual son los problemas de autocontrol. Es evidente que esta limitación neuropsicológica guarda una estrecha relación con la incapacidad que muestran estos niños para mantener la atención y mantenerse durante el mismo tiempo que los niños sin trastorno haciendo una tarea (Soutullo, 2008). En este sentido parece que pierden el interés y se aburren más rápidamente que los normales, y se ven atraídos por otros estímulos o actividades más reforzantes (Barkley, 2007). También

Rosenthal y Allen (1980, citado en Barkley, 2007) advierten de la mayor dificultad de estos niños para volver al trabajo tras una distracción que suele durar más tiempo que la de los niños sin trastorno. Es decir, que la pobre inhibición conductual es la base para los problemas de hiperactividad, impulsividad e inatención que muestran los niños con TDAH (Barkley, 2007).

Barkley (1997b, citado en Lavigne y Romero 2010) considera las funciones ejecutivas como un aspecto fundamental del modelo por ser acciones encubiertas y autodirigidas que sirven al sujeto para ejercer una influencia en el control motor. El vínculo entre atención, funciones ejecutivas y memoria de trabajo es reconocido desde hace tiempo (Cohen, 1993; Cowan, 1995; citados en Brown 2003). Baddeley (1986) consideraba ésta como el subgrupo de funciones de la memoria a corto plazo que contiene y manipula la información que se procesa de manera inmediata utilizando activamente las partes cruciales de la información. Es decir, que no se trata de un almacenamiento temporal tal y como se consideraba hasta entonces a la memoria a corto plazo, sino que es un sistema de procesamiento activo que aúna la información presente disponible con los aprendizajes y recuerdos previos para generar respuestas a situaciones novedosas (Brown, 2003).

Figura 3.4.1.: *Taxonomía de funciones ejecutivas según Barckley (1997b)*<sup>12</sup>

FUNCIÓN EJECUTIVA	PERMITE
<b>Memoria de Trabajo No Verbal</b>	Retener la información para elaborarla
<b>Memoria de Trabajo Verbal</b>	Describir acontecimientos y reflexionar sobre ellos antes de responder Solucionar problemas Controlar la conducta a través de la formulación interna de reglas Elaborar de planes
<b>La Autorregulación del Afecto</b>	Inhibir o demorar las reacciones emocionales provocadas por un evento para poder valorarlo objetivamente. La motivación y la activación
<b>Reconstitución</b>	Analizar y sintetizar la conducta

Otra de las características fundamentales para entender la conducta desadaptativa de los niños con TDAH, es lo que Barkley (2007) llama miopía temporal y hace referencia a la incapacidad de estos chavales de anticipar consecuencias en el futuro. Las personas con TDAH enfocan su conducta al momento presente, sin hacer previsiones, ni reflexionar sobre las consecuencias de su propia conducta. Esto, a su vez, provoca que su forma de trabajar sea más inconstante ya que se ve más influida por las condiciones del presente, las cuales pueden ser cambiantes, que por las normas, los planes o por las autoinstrucciones (Barkley, 2007). Por otro lado, su dificultad de autocontrol de la propia conducta les lleva a responder tan rápidamente que no dejan tiempo de

<sup>12</sup> Citado en Lavigne y Romero 2010

reflexión suficiente para evocar situaciones del pasado y recordar cómo actuaron en ellas y el resultado de sus acciones, es decir, aprender de los errores o aciertos del pasado (Barkley, 2007; Soutullo, 2008).

Existe un elemento importante que suele quedar fuera de las explicaciones funcionales del trastorno, por no estar incluido entre los criterios diagnósticos y es la descripción del perfil emocional que caracteriza a estos niños. Wander (1987, 1995, citado en Brown 2006), atendiendo a estos aspectos emocionales, apuntó la existencia de una labilidad afectiva que oscilaba entre la desmoralización y el aplanamiento propio del aburrimiento y la irritabilidad, las rabietas y el control insuficiente de su excitabilidad. Observó también una tendencia a mostrarse sobrepasados con facilidad ante su dificultad de perseverar, algo que también daba lugar a una baja tolerancia a la frustración. Brown (1996<sup>a</sup>, 1996b, 1996c, 2001a, 2001b, 2001c, citado en Brown 2006) por su parte ha encontrado dos problemas emocionales principales: la baja tolerancia a la frustración y la dificultad crónica para regular la experiencia emocional subjetiva y la expresión de ésta (irritabilidad, dolor, tristeza, enfado, preocupación, ansiedad, etc.).

### 3.5 Procesos neurológicos y psicológicos implicados en la definición operativa del TDAH

Neuroanatómicamente, las funciones ejecutivas se localizan en los lóbulos frontales y sus conexiones con otras áreas como el cerebelo o los ganglios basales, por ello es de aparición tardía en el desarrollo (Herschkowitz, 1988 citado en Lavigne y Romero 2010). Dentro de los lóbulos frontales, las áreas más relacionadas son: la corteza dorsolateral encargada de la elaboración de planes, la formación de conceptos o la capacidad de elección, así como de la memoria de trabajo, y la corteza orbital asociada al autocontrol y valoración de la propia conducta (Brown, 2006). Es precisamente por ello que autores como Barkley (1997b, 2006<sup>a</sup>, 2006b), Castellanos (1997, 2002, 2004) o Casey et al (1997, citados en Lavigne y Romero 2010) entre otros apuntan a una posible disfunción del lóbulo frontal en pacientes con TDAH como posible origen del mismo.

Los ganglios basales son un conjunto de estructuras que juegan un importante papel en la sintomatología del TDAH, uno de sus núcleos, el conocido como núcleo caudado conecta el lóbulo frontal con el sistema límbico, en el cual se encuentra la amígdala estructura anatómica por excelencia de las emociones (LeDoux 1992, citado en Lavigne y Romero 2010). En un sentido amplio, los ganglios basales se asocian al control motor, emocional y de las funciones del sistema ejecutivo, evitando la generación de respuestas automáticas en favor de un procesamiento más complejo a realizar por el córtex frontal (Mulas y Morant 2006 citado en Lavigne y Romero 2010). Cabe esperar, por tanto, en las personas con TDAH una disfunción en los circuitos frontoestriales, debida fundamentalmente a un déficit dopaminérgico (Barkley 2007; Frazer, Gerhardt y Daws 1999, citado en Lavigne y Romero 2010).

Otra región a tener en cuenta es el cerebelo, en concreto su conexión con la región dorsolateral, que explica su papel en la memoria de trabajo, la solución de problemas y las funciones ejecutivas (Hernández-Muela, Mulas y Mattos 2005, citado en Lavigne y Romero 2010).

En la actualidad parece haber un cierto grado de acuerdo científico a la hora de señalar esta menor actividad cerebral (menor actividad de flujo sanguíneo y metabolismo de glucosa) en las regiones frontales, como la principal causa del TDAH, lo cual podría estar asociado a un menor tamaño de estas áreas (Soutullo, 2008) o a un menor nivel de actividad química en las citadas regiones (Barkley 2007). No obstante, también se postula la predisposición genética (la heredabilidad del trastorno se sitúa entre un 70% y un 80%), así como la interacción con factores psicosociales (estrés emocional en los primeros años, psicopatología de los padres, escasa supervisión de la conducta de los hijos, etc.) que incidiría en la gravedad de los síntomas y en el pronóstico (Macià, 2012). Por lo tanto, podemos afirmar que el TDAH tiene un origen multifactorial (Ramos-Quiroga, Bosch y Casas, 2009).

### 3.6 Diagnóstico diferencial

Resulta fundamental tratar de ser lo más certero posible a la hora de distinguir los auténticos casos de aquellos que, a pesar de tener una sintomatología similar, no son objeto de esta etiqueta diagnóstica. Es fundamental conocer los hitos del desarrollo infantil, tanto a nivel motor, como cognitivo y psicofisiológico; porque si no podemos correr el riesgo de confundir un TDAH con una sintomatología ansiosa, una inquietud normal para la edad del niño o secundaria a factores sociales externos (Macià, 2012).

Algunos de los aspectos sociales a tener en cuenta tienen relación con la atención y modelo recibido por parte de la familia. Por ejemplo, la falta de estructura en las actividades de la casa, la ausencia de horarios estructurados para las comidas, el sueño o el estudio, la falta de supervisión por parte de adultos, el hacinamiento en la vivienda o la falta de recursos; son aspectos que repercuten en la conducta del niño y en su rendimiento escolar, de manera tal que podrían generar en el profesor la idea de que el niño padece un TDAH si desconoce estos aspectos coyunturales. Del mismo modo, es importante considerar los valores y el modelado que ejerce la familia en la conducta del niño, ya que si la disciplina y las actividades escolares no son valoradas como algo importante por el entorno de los menores, es muy probable que el niño no se muestre motivado y de signos de falta de atención en clase, aunque su capacidad cognitiva en este sentido no esté realmente mermada. También los niños víctimas de abuso sexual, físico, psicológico o abandono de sus necesidades básicas pueden mostrar síntomas muy similares a los del TDAH (Soutullo, 2008).

Otros déficits a descartar cuando se evalúa un posible caso de TDAH, son los problemas de aprendizaje. Un aspecto fundamental a evaluar es el nivel intelectual del niño, ya que podemos estar ante un caso de sintomatología que a pesar de parecerse a la hiperactividad y desatención propia del TDAH, viene originada por

un CI normal-bajo o incluso inferior que esté generando un retraso escolar según aumentan los niveles de exigencia, que lleva al niño a encontrarse más disperso y aburrido en clase (por ejemplo si tiene un CI verbal bajo y no entiende lo que lee) (Soutullo, 2008 y Macià, 2012).

Desde una perspectiva puramente médica, es importante hacer una exploración general del menor para valorar parámetros como la nutrición y el sueño, ya que la malnutrición o patologías del sueño como la apnea, pueden estar afectando al correcto desarrollo infantil y manifestándose en forma de falta de atención, rendimiento deficiente o irritabilidad. También hay que descartar problemas en la vista y el oído cuya sintomatología conductual es muy similar al TDAH, así como problemas endocrinológicos (disfunción tiroidea, diabetes), neurológicos (epilepsia, daño cerebral perinatal, encefalopatía postraumática o postinfecciosa), trastornos genéticos (déficit de G6PD, fenilcetonuria, resistencia a la hormona tiroidea y cromosoma X-frágil) y que los síntomas puedan ser efecto del consumo de fármacos antihistamínicos, medicación para el asma, la epilepsia o la ansiedad; así como un consumo excesivo de cafeína, efedrina o pseudoefedrina (propia de tratamientos para la congestión nasal en la gripe) y la intoxicación por plomo (Barkley, 2007; Soutullo, 2008; APA, 2000 y Pliszka-AACAP, 2007 citado en Macià, 2012). En el caso de adolescentes, es conveniente conocer si existe un consumo de drogas como la marihuana, el speed, la cocaína, el LSD, el alcohol o el éxtasis y la frecuencia del mismo (por si hubiera un abuso del mismo), ya que ése puede provocar problemas de concentración, desinterés, depresión, irritabilidad, agitación, conductas impulsivas y disminución de la autoestima, fácilmente confundibles con la sintomatología del TDAH (Soutullo, 2008).

Atendiendo a otros trastornos psicológicos cuyas manifestaciones conductuales son similares, es importante hacer un buen diagnóstico diferencial frente a:

- Trastorno negativista desafiante: A diferencia de este trastorno, los jóvenes con TDAH incumplen las órdenes recibidas de manera no intencionada, sino porque no las recuerdan, se despistan antes de poder llegar a cumplirlas o muestran conductas hiperactivas que les impiden escuchar o les llevan a distanciarse de su objetivo. Además la inatención e hiperactividad/impulsividad aparece, en los casos de TDAH tanto en actividades que les obligan a hacer (por ejemplo tareas escolares) como en aquellas que ellos eligen y con las que disfrutan (juegos o actividades extra escolares) (Macià, 2012). No obstante, es posible que ambos trastornos se presenten simultáneamente.
- Trastorno disocial: Es posible que un niño con TDAH que no ha sido correctamente tratado termine evolucionando a trastornos de conducta de extrema gravedad (Soutullo, 2008; Brown 2006). De hecho, distintos investigadores coinciden en señalar que es el TDAH un factor de riesgo para la aparición de comportamientos perturbadores como son los propios del trastorno negativista desafiante y el disocial, de

manera que una intervención precoz y adecuada del TDAH podría prevenir la aparición de éstos (Macià, 2012).

- Trastornos del humor (Depresión, distimia y trastorno bipolar): se caracterizan por alteraciones en el estado de ánimo (tristeza, irritabilidad, euforia, etc.), cognitivas (culpabilidad, ideas de inutilidad, desesperanza, pensamientos de muerte, ideas de superioridad, etc.) y físicas (sueño, apetito, enlentecimiento, hiperactividad, etc.). Es posible encontrar comorbilidad de TDAH con depresión (Young y Bramham, 2009), ya que el hecho de padecer estrés intenso, problemas de atención, problemas de aprendizaje o problemas de conducta aumenta el riesgo de sufrir depresión (Soutullo, 2008). También puede darse esta comorbilidad con el trastorno bipolar (sólo en un 5%), mas en la mayoría de los casos se tienden a confundir ambos trastornos ya que la manifestación de irritabilidad, disminución de sueño, exceso de energía, sensación de saber más que los demás (especialmente padres y profesores), hablar muy rápido, interrumpir constantemente y mostrar un comportamiento hiperactivo de los niños que sufren un trastorno bipolar puede dar lugar a error si no se realiza una evaluación adecuada (Ramos-Quiroga, Bosch y Casas, 2009).
- Trastornos de ansiedad: La sintomatología de los trastornos de ansiedad también puede llegar a confundirse con la del TDAH, especialmente la ansiedad por separación ya que la conducta del niño en clase suele estar caracterizada por desatención y agitación producida por el malestar que les produce estar separado de los padres y la preocupación por cuando éstos volverán a buscarle (Soutullo, 2008). Es, junto con el trastorno negativista desafiante, el trastorno que más veces aparece asociado al TDAH (Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 1999; citado en Brown, 2006 y Kadesco y Gillberg, 2001 citado en Macià 2012). El patrón conductual de excitación y evitación propio de los trastornos de ansiedad como las fobias específicas o el trastorno de estrés posttraumático puede confundirse con la manifestación del TDAH, sin embargo, a diferencia de éste, en los trastornos de ansiedad puros hay un mayor control de la excitación, una mayor capacidad de mantener el esfuerzo durante las tareas, un mayor control emocional, así como un uso más eficiente de la memoria de trabajo (Brown 2006). No obstante, como señalábamos en líneas previas es frecuente encontrar ambos trastornos en un mismo caso y resulta difícil distinguir cuál de los dos diagnósticos es el primario y cual el secundario (Brown, 2003).
- Trastornos del aprendizaje: Es común que ante la presencia de dificultades para realizar las tareas, falta de motivación y desatención, los médicos se inclinen por un diagnóstico de TDAH, por desconocimiento de los trastornos de la lectura, del cálculo y de la expresión escrita, lo cuales pueden dar lugar a estas consecuencias conductuales (Macià, 2012). Diversos autores coinciden en señalar que los trastornos de aprendizaje aparecen con más frecuencia entre los niños con TDAH que en la población infantil general (Tannock (2000), Mayes (2000); citados en Brown 2006 y August y Garfinkel (1990), Barkley (1990), Semrud-Clikeman, et.al.

(1992); citados en Miranda, et.al. (2002)). Brown (2006,) considera que la base que explica la alta comorbilidad entre estos trastornos es el deterioro de la memoria de trabajo cuya función es esencial en los procesos cognitivos que se ven alterados en sendas patologías.

#### 4. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

V.M.F es un joven varón de 15 años que acude a consulta por deseo de sus padres, quienes aquejados por los problemas que su hijo presenta en los estudios, tanto por un rendimiento inadecuado como por la falta de motivación para afrontar las demandas escolares, deciden solicitar ayuda psicológica. También desean revisar el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo F90.0 [314.01] (DSM-IV-TR, 2002) con el que cuenta el menor desde 2008<sup>13</sup>.

V.M.F es el menor de tres hermanos. Nació tras un embarazo gemelar con parto por cesárea a los 8 meses y una semana. Sin complicaciones perinatales ni problemas de alimentación ni sueño en los primeros años de vida, sí cabe destacar que sus padres informan que era un bebé inquieto. Anduvo a los 10 meses y controló esfínteres en torno a los 18 meses. La familia no apreció retrasos en la adquisición del lenguaje pero sí señalan que mostraba un habla particular.

Tiene buena relación con su familia, aunque son frecuentes las discusiones con su hermano mellizo porque V.M.F suele tomar prestados enseres de éste sin su permiso y lo amenaza con dejar de querer. Tiene aprecio por sus padres, aunque valora más positivamente a su madre ya que de su padre percibe grandes dosis de crítica negativa y reproche. En términos generales, los padres de V.M.F tienen un estilo educativo muy desequilibrado que oscila entre el autoritarismo y el permisivismo, basado en castigos y normas que no llegan a cumplirse.

En lo referente al contexto escolar, cabe destacar que ha estado escolarizado en tres centros diferentes, todos ellos públicos y en la misma ciudad donde ha residido siempre el menor. Los cambios de centro han obedecido a intentos por evitar supuestas situaciones de acoso sufridas en dichos centros por parte de alumnos y profesores. Estos supuestos episodios de violencia hicieron que V.M.F tuviera ideación autolítica y lo expresase en una epístola que su madre descubrió. La preocupación de sus padres ante el nivel de malestar de su hijo les llevó a solicitar ayuda psiquiátrica (se mantiene en la actualidad) y el cambio de centro.

Los problemas de aprendizaje no parecen algo nuevo en el historial educativo del menor ya que a lo largo de su desarrollo escolar ha mostrado problemas de lecto-escritura, con necesidad de intervención logopédica y apoyo

---

<sup>13</sup> Según testimonio de los padres. No obstante, en los informes médicos sólo se mencionan rasgos de hiperactividad y pauta farmacológica con metilfenidato.

específico del PT y dificultades de aprendizaje en las diferentes etapas. Tuvo que repetir curso en dos ocasiones, segundo de primaria y primero de ESO.

En junio de 2008 acudió a consulta en neurología pediátrica por sospecha de hiperactividad. No se observaron anomalías a nivel neurológico ni físico en aquella exploración, mas sí se destacaba la presencia de rasgos de hiperactividad e inmadurez visomotora. En aquella evaluación se tuvo en cuenta el testimonio de padres y profesores, los cuales señalaban la inquietud motora de V.M.F y cómo esto alteraba la dinámica de las clases. Entre las pruebas complementarias se incluyeron pruebas de inteligencia, de percepción y atención, así como escalas de conducta (Test de Inteligencia Kaufman, la Figura Compleja de Rey, el Test de Bender, el Connors para profesores y el EDAH).

Se recomendó la toma de medicación (Metilfenidato 18mg, Concerta®) y su ingesta se mantuvo durante aproximadamente cuatro años (de los 8 a los 12 años). La medicación fue retirada por la psiquiatra que atiende actualmente a V.M.F, quien, según informan los padres, ha centrado su intervención en aspectos emocionales y en la mejora de la autoestima del menor. Entre otras recomendaciones, la citada profesional aconsejó relevar a un segundo plano lo relacionado con el rendimiento académico y sesiones de terapia grupal, a las cuales V.M.F acude una vez a la semana, también a día de hoy<sup>14</sup>.

En la actualidad, parece que V.M.F ha perdido interés por las clases y que su conducta en el aula resulta molesta para compañeros y profesores, ya que tiende a interrumpir y no admite que le lleven la contraria. Su actitud hacia el trabajo es negativa porque no estudia, sus profesores señalan que no se esfuerza y que sobrevalora su propio desempeño. Parece que el joven tiene asumido su rol de “el malo” tanto en el contexto familiar como escolar, lo cual le impide verse capaz ni motivado para cambiar su conducta. Esto genera en V.M.F un estado de indefensión y rabia que manifiesta de un modo agresivo (contestando, gritando, maquinando venganzas contra profesores) o pasivo (saliéndose de clase o yéndose de casa durante algunas horas). Sin embargo, sus padres sí han observado mejoras en el comportamiento general del menor en comparación con lo observado un lustro atrás y en la actualidad muestran preocupación principalmente por el bajo rendimiento escolar de V.M.F. y como ello puede condicionar negativamente su futuro laboral.

---

<sup>14</sup> En la actualidad no se dispone de un informe que permita precisar el tipo de intervención llevada a cabo ni la evolución de V.M.F en este tratamiento, debido a la imposibilidad de obtener estos datos del profesional.



## 5. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

### 5.1 Instrumentos de evaluación

- Entrevista

Principal instrumento de evaluación, utilizado no sólo en las primeras sesiones de evaluación, sino a lo largo de toda la intervención, para identificar las conductas problema y sus tres niveles (motor, cognitivo y fisiológico), explorar cuáles eran los antecedentes y los consecuentes de éstas, intentos previos de solución, etc. En general, estas entrevistas eran semiestructuradas y se basaban en guiones previos que permitieran completar el análisis funcional y aclarar o ampliar información.

- Escala de Inteligencia Wechsler para Niños-IV (WISC-IV)

Instrumento clínico que sirve para evaluar la capacidad intelectual de forma individual. Esta prueba permite obtener índices específicos como la comprensión verbal (CV), el razonamiento perceptivo (RP), la memoria de trabajo (MT) y la velocidad de procesamiento (VP); así como un índice general, el cociente intelectual total (CI Total) El rango de edad para el que está indicado comprende de los 6:0 años a los 16:11. La adaptación española fue llevada a cabo en 2005 por Sara Corral, David Arrivas, Pablo Santamaría, Manuel J. Sueiro y Jaime Pereña. Sin dudas, esta batería cuenta con un amplio apoyo empírico que abala su fiabilidad y validez. Los promedios de los coeficientes de fiabilidad de los índices oscilan entre 0.86 y 0.95, el coeficiente de estabilidad temporal de las puntuaciones es de 0.85 de media, siendo el de algunos índices superior a 0.90, la fiabilidad interjueces es de 0.98 en las pruebas de vocabulario y semejanzas, 0.95 en comprensión, 0.96 en información y 0.97 en adivinanzas. Diversos análisis factoriales y confirmatorios han apoyado la estructura del test en cuatro factores (correspondientes a los índices previamente indicados). En cuanto a la validez, la correlación entre el CI Total medido con esta escala y el factor g de inteligencia medido con las matrices progresivas de Raven en una muestra española es de 0.54, lo cual da muestras de la validez convergente del test.

- Matrices progresivas de Raven SPM (2001, 3ª Edición):

Test de inteligencia no verbal compuesto por un total de 60 matrices dividida en 5 conjuntos (A a E) de dificultad creciente. A diferencia del WISC, este test mide la capacidad de deducción de relaciones, es decir el factor g de inteligencia (aptitud para dar sentido a un material desorganizado o confuso; Spearman, 1927) Se le administró la escala general, por ser la correspondiente a su edad. Para esta escala general se han encontrado coeficientes de fiabilidad de 0.90 medido con el método de las dos mitades y entre 0.83 y 0.90 con el de test-retest. En cuanto a la validez, diversos estudios sitúan ésta en torno al 0.50 al compararla con diferentes versiones de las escalas Wechsler y Terman.

- *Evaluación Factorial de Aptitudes Intelectuales EFAI de P. Santamaría, et. al. (2005)*  
Batería que sirve para evaluar diversas aptitudes intelectuales (aptitud espacial, aptitud numérica, razonamiento abstracto, aptitud verbal y memoria). Además de las puntuaciones en estas áreas, cuenta con índices de inteligencia general, inteligencia verbal, inteligencia no verbal y estilo de respuesta (que mide la eficacia y la rapidez, así como la relación entre ambos). Este test cuenta con una amplísima justificación estadística estudiada en muestra española. Cuenta con una fiabilidad de 0.88 para el índice de inteligencia general (en escolares), 0.80 en inteligencia no verbal y 0.83 en inteligencia verbal. Su validez convergente es de 0.85 (calculada mediante la correlación de la puntuación total del EFAI y los totales de otras pruebas de inteligencia) y la validez criterial es de 0.35 para niveles de secundaria (calculada mediante la correlación entre el EFAI y el rendimiento escolar, dado por las calificaciones de los profesores),
- *Test de Factor “g” de R.B. Cattell y A.K.S. Cattell (2001, 10ª Edición)*  
Prueba de inteligencia no verbal que cuenta con un total de 50 ítems distribuidos en cuatro pruebas diferentes, para cada una de las cuales hay un tiempo estipulado de realización y ejemplos para garantizar la comprensión de la prueba. Se trata de una prueba de rendimiento óptimo que cuenta con una fiabilidad de  $\alpha$  0.83 (calculada haciendo uso del método de las dos mitades) y una validez entre  $r_{xy}$  0.10 y  $r_{xy}$  0.59 (calculado mediante la correlación con otros test similares: TIG-I y TEA-3) para el curso que correspondería según su edad (15 años, luego 4º de ESO). En concreto, la escala que le fue administrada fue la 3, ya que está indicada para jóvenes de 15 años en adelante, edad de V.F.M.
- *Test de Percepción de Diferencias CARAS-R de LL Thurstone y M. Yela (2012, 11ª Edición)*  
Se trata de una prueba de cancelación que sirve para medir atención, así como impulsividad. La tarea consiste en detectar dentro de tríos de cara cuál es la que difiere de las otras dos y tacharla. Para ello cuenta con un tiempo limitado de 3 minutos. Este test tiene unos valores de fiabilidad de  $\alpha$  0.91 y validez convergente con las pruebas EFAI (hasta  $r_{xy}$  0.39), RAVER ( $r_{xy}$  0.82), RACAL ( $r_{xy}$  0.34), RALEC ( $r_{xy}$  0.25), CLEC ( $r_{xy}$  0.26) y COPRE ( $r_{xy}$  0.24), todas ellas significativas con un nivel de confianza del 99%.
- *Test de Atención d2 de Rolf Brickenkamp (2002, adaptación española por Nicolás Seisdedos Cubero)*  
Esta prueba también mide atención a través de una tarea de cancelación, en este caso de tres posibles targets dados. Incluye 14 líneas de trabajo y en todas ellas el tiempo está limitado a 20 segundos, después de los cuales se debe pasar y continuar la tarea en la siguiente línea. El estudio para la tipificación con muestra española obtuvo índices de fiabilidad por encima de  $\alpha$  0.90 tanto en adultos como en adolescentes. Para conocer la validez interna se ha realizado un análisis factorial con rotación oblicua del que podemos concluir que la productividad se relaciona negativamente con los errores ( $r_{xy}$  -0.11), la productividad presenta relación positiva con la efectividad ( $r_{xy}$  0.16), los errores se correlacionan positivamente con la efectividad ( $r_{xy}$  0.13) (datos de adolescentes).

- *Prueba Perceptiva y de Atención TP-R de E. Toulouse y H.Pieron (2010, 7ª Edición revisada)*  
Test de cancelación que mide la capacidad perceptiva y de mantenimiento de la atención o atención sostenida (vigilancia), así como la capacidad de discriminación de estímulos relevantes e irrelevantes (atención selectiva). La tarea consiste en detectar y marcar todos los targets posibles que sean iguales a dos estímulos dados como modelos, en diez minutos (hay un total de 1.600 estímulos de los cuales sólo el 25% son iguales a los modelos). No existen estudios publicados que aporten datos estadísticos sobre la fiabilidad y la validez de la prueba. No obstante, en la adaptación española realizada por Yela y colaboradores se asegura que el valor discriminativo de este test es satisfactorio.
- *Test de Colores y Palabras STROOP de C.J. Goleen (2010, 5ª Edición)*  
Se trata de una prueba muy popular que consiste en nombrar el color de la tinta con el que está escrita una palabra sin nombrar la palabra en sí misma, ya que ésta es siempre un color. Con esta tarea medimos la capacidad del evaluado en control de la interferencia. La investigación de Golden (1975) halló un coeficiente de fiabilidad del factor de interferencia de 0.70.
- *Autoconcepto Forma 5, AF-5 de F. Gacía y G. Musitu (2001, 2ª Edición)*  
Como su propio nombre indica, esta prueba mide el autoconcepto en cinco áreas: social, académica, familiar, emocional y física. Contiene 30 afirmaciones las cuales se han de puntuar de 1 a 99 según el grado de acuerdo con cada una de ellas. Este test cuenta con una alta consistencia interna ( $\alpha$  0.815), así como una buena consistencia temporal en todos sus factores (Académico 0.700, social 0.536, emocional 0.526, familiar 0.565 y físico 0.660; calculado mediante correlación de Pearson en test-retest tras un intervalo temporal de 6 meses) medido en muestra española.
- *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, TAMAI nivel 2 de P. Hernández Hernández (2002, 4ª Edición.)*  
Prueba de autoinforme que permite conocer el grado de adaptación del evaluado a diferentes esferas de su vida (personal, escolar, social y familiar), el de satisfacción familiar, la adecuación del estilo educativo de cada progenitor y el grado de discrepancia educativa entre ellos. Cuenta también con criterios de fiabilidad para detectar las contradicciones en las respuestas y si se está produciendo una distorsión por extremar la valoración que hace de sí mismo el sujeto. En total está compuesta por 175 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) y cuenta con tres niveles de aplicación que permiten que adaptarse al rango de edad que abarca la prueba (desde 3º de primaria a la edad adulta). Esta prueba cuenta con estudios que abalan su fiabilidad ( $\alpha$  0.87, medida por el método de las dos mitades con la corrección de la fórmula de Spearman-Brown a partir de una muestra española) y validez (comparado con diferentes criterios, pruebas cerradas como el SDQ (Santiago 2001), pruebas abiertas (Rosales, 1997) y constructos psicológicos como la adaptación escolar, bienestar subjetivo, etc. (Hernández 2000 y 2001)).

- *Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes BASC-S3, de C.R. Reynolds y R.W. Kamphaus (2004)*

Sistema de evaluación de la conducta de los menores con edades comprendidas entre los 3 y los 18 años de edad multimétodo (ya que hace uso de autoinforme y pruebas de valoración externa para padres y profesores) y multidimensional (ya que mide tanto aspectos clínicos del comportamiento, el estado emocional y la personalidad; como aspectos adaptativos). La adaptación española ha sido realizada por Javier González Marqués, Sara Fernández Guinea, Elena Pérez Hernández y Pablo Santamaría Fernández (2004). Los coeficientes de fiabilidad de las diferentes escalas del cuestionario de valoración para tutores oscilan entre  $\alpha$  0.54 y  $\alpha$  0.93, siendo la mediana  $\alpha$  0.81; la estabilidad temporal (3 meses) de los resultados se encuentra en torno a  $r$  0.80, siendo de  $r$  0.73 la correlación test-retest más baja y  $r$  0.93 la más alta. Los coeficientes de fiabilidad, en el caso del cuestionario dirigido a los padres, son muy similares (entre  $\alpha$  0.77 y  $\alpha$  0.91 para las dimensiones globales, con un promedio de  $\alpha$  0.85). La estabilidad temporal de los resultados a lo largo de 3 meses se encuentra entre  $r$  0.78 y  $r$  0.86. Por su parte, el autoinforme, cuenta con unos índices de fiabilidad para las dimensiones globales que van desde  $\alpha$  0.77 a  $\alpha$  0.91, siendo el valor promedio de  $\alpha$  0.86. La estabilidad temporal, medida también en este caso mediante el procedimiento test-retest en un intervalo temporal de 3 meses oscila entre  $r$  0.69 y  $r$  0.93. La validez de este cuestionario ha sido puesta a prueba mediante dos análisis factoriales: uno exploratorio con ejes principales y otro confirmatorio basado en el modelo teórico de Hoge de 1983, modificado para la adaptación española en vistas de los índices de bondad de ajuste. Para medir la validez de criterio en la muestra española se utilizó la escala BAS (Silva y Martorell, 2001), cuyas correlaciones entre escalas homólogas son adecuadas (todas estadísticamente significativas). En el caso de la prueba de autoinforme se incluyeron también comparaciones con el CPQ (cuestionario de personalidad para niños de Porter y Cattell, 2001), y el TAMAI (Hernández, 2002), obteniendo correlaciones moderadas con el primero y altas con el segundo.

- *Cuestionario Conners (padres y profesores)*

Cuestionario que sirve para conocer la intensidad de las conductas del evaluado desde la perspectiva de sus padres y profesores. La versión abreviada de la escala para padres contiene 48 ítems que evalúan cinco factores: problemas de conducta, problemas de aprendizaje, quejas psicósomáticas, impulsividad-hiperactividad y ansiedad. Por su parte la de los profesores está compuesta por 28 ítems que miden problemas de conducta, hiperactividad y desatención-pasividad. En ambos casos, mediante una escala tipo Likert se clasifican una serie de conductas en función de la frecuencia con la que las muestra el menor (nada-poco-bastante-mucho).

- Historias Clínicas de Cinteco: para Adolescentes, Infantil para Padres, Adolescente para Padres  
Documento pensado para facilitar el autoinforme de cuestiones relevantes para la terapia. El lenguaje está adaptado para no resultar excesivamente técnico y se suele mandar como tarea para casa ya que completarla requiere de algunas horas. A continuación se muestra una tabla resumen con el contenido de cada una de ellas (Figura 5.I.I.).

Figura 5.I.I. *Contenido de las Historias Clínicas de Cinteco utilizadas en la evaluación del caso.*

Historia Clínica para Adolescentes	Historia Clínica Adolescente para Padres	Historia Clínica Infantil para Padres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos personales</li> <li>• Motivo de consulta (incluye motivación, tratamientos anteriores, objetivos, etc.)</li> <li>• Situación familiar (incluye: estilo educativo, satisfacción, valores, normas, etc.)</li> <li>• Síntomas</li> <li>• Estado de salud e historial</li> <li>• Estudios (incluye rendimiento, método de estudio, dificultades, etc.)</li> <li>• Ocio y tiempo libre</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Estilo atributivo</li> <li>• Expectativas sobre la terapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos personales</li> <li>• Motivo de consulta (incluye su perspectiva del problema, intentos de solución, atribución, etc.)</li> <li>• Repercusión del problema en ellos.</li> <li>• Conocimiento que tienen de sus hijos (incluye sentimientos, intereses etc.)</li> <li>• Situaciones en las que sucede el problema</li> <li>• Diferencia de estilos educativos.</li> <li>• Hábitos de vida (sueño y alimentación)</li> <li>• Relación familiar.</li> <li>• Estudios (incluye historia de escolaridad, rendimiento, aspectos a mejorar, etc.)</li> <li>• Consentimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos personales</li> <li>• Motivo de consulta (incluye inicio de los síntomas, reacción de los adultos, contextos en los que sucede y tratamientos previos)</li> <li>• Hitos evolutivos alcanzados (en comida, vestido, aseo)</li> <li>• Juego y tiempo libre</li> <li>• Actividades extraescolares</li> <li>• Normas educativas</li> <li>• Adquisición de lenguaje</li> <li>• Comprensión intelectual</li> <li>• Orientación</li> <li>• Habilidad motriz</li> <li>• Conductas durante la noche</li> <li>• Conductas emocionales</li> <li>• Síntomas</li> <li>• Historia médica</li> <li>• Rasgos evolutivos (embarazo, parto, recién nacido, primer año y desarrollo)</li> <li>• Proceso de adopción (si procede)</li> <li>• Personas responsables del menor</li> <li>• Relación de los padres</li> <li>• Salud familiar</li> <li>• Historia escolar</li> <li>• Consentimiento.</li> </ul>

- Criterios para el Diagnóstico de Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad (DSM-5).  
Se pidió a los padres que señalaran aquellos criterios diagnósticos que pensarán que describían más fielmente la conducta de su hijo. Puede consultar estos criterios en la figura 3.3.I. (ir a pág 5)

- Análisis Descriptivo de la Conducta en el Aula de Cinteco.

Instrumento que incluye una serie de conductas posibles, de las cuales el profesor debe señalar la que mejor represente la conducta del evaluado. Las áreas por las que se pregunta son las siguientes: hábitos de trabajo (incluye cuidado del ambiente, actitud hacia el trabajo, tareas básicas como comprensión lectora o cálculo (respuesta tipo Likert)), ritmo de trabajo, organización, orden, creatividad, comunicación con los profesores, actitud en el grupo y autoevaluación), comportamiento personal y social (incluye contacto inicial, cordialidad, sinceridad, tolerancia, colaboración, papel en el grupo, aceptación de la autoridad, dominancia/sumisión, espíritu crítico, apariencia externa, alegría, expresividad, seguridad, emotividad, amplitud de los intereses, imaginación, reacción ante dificultades y responsabilidad), calificaciones (materias en las que sobresale, materias que no supera y materias que lleva normalmente), así como observaciones, en donde se permite que sea el profesor quien describa libremente aquello que considere oportuno.

- Autorregistros.

A lo largo de la evaluación y el tratamiento se han solicitado diversos registros de conducta, tanto al menor como a sus padres, con el objetivo de conocer la frecuencia de aparición o la morfología, con el fin de detectar las dificultades asociadas a un comportamiento. El mantenimiento de estos registros a lo largo de las semanas permite conocer la evolución y cambio en estas conductas. A continuación se describen los autorregistros utilizados:

**Autorregistros de V.M.F**

- *Autorregistro básico de conductas de estudio:*

Situación	Qué pienso	Qué siento	Qué hago	Dificultades al estudiar

El objetivo de este registro es conocer las barreras que impedían a V.M.F estudiar, así como conocer la frecuencia de esta conducta a lo largo de una semana. Si bien este cierto que este autorregistro se centró en conductas de estudio, por ser esta la demanda principal del menor y la familia, se le ofreció a V.M.F. la opción de registrar otras situaciones o pensamientos que le generasen malestar, no relacionadas con los estudios. Este autorregistro sólo fue completado una semana.

- *Autorregistro de planificación de sus tareas:*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
10:00 a 10:30	Recoger habitación ✓	Ayudar en tareas de la casa	Arreglar el monopatín ✓	Colocar la ropa.	Preparar bocadillos para la playa
10:30 a 11:00	Estudiar	Buscar información de institutos	Estudiar	Leer	Buscar información de institutos
11:00 a 12:00	Salir ✓	Salir ✓	Jugar a videojuegos ✓	Salir ✓	Ir a la playa con mi familia ✓

En este caso debía marcar con un (✓) aquellas tareas cumplidas del horario que se hizo en la sesión para la semana y con el cual él se había comprometido. A continuación se muestra un ejemplo resumido de este tipo de registro. Este autorregistro se entregó con la tabla de actividades completada en sesión pero los indicadores de cumplimiento de la planificación es figurada, ya que el joven no realizó la tarea

- *Autorregistro de planificación de trabajo:* Se le facilita un registro que incluye los días que se ha comprometido a estudiar y el horario pautado para ello, a modo de recordatorio. Véase un ejemplo a continuación:

*Lunes 27 de abril ( 16:00 a 16:30→trabajo personal; 16:30 a 16:40→descanso y 16:40 a 16:55→ trabajo personal)*

Hora de inicio	
Hora de descanso	
Hora de inicio tras descanso	
Hora de fin	
Tareas	(este es el espacio que se dejaba para que V.M.F. escribiese qué tareas iba a realizar en ese tiempo de trabajo personal y al finalizar debía poner un ✓ en aquellas que hubiese completado)
Dificultades	

V.M.F. nunca ha llegado a entregar ninguno de éstos registros completados.

- *Autorregistro de relajación y respiración:* tras fijar un momento del día para practicar lo entrenado en la sesión se solicita completar un autorregistro en que incluye los días de la semana y la respiración (con el recordatorio del tiempo de entrenamiento necesario) y la relajación (con el recordatorio de los grupos musculares a entrenar y el número de repeticiones), de modo que ha de marcar con un “✓” los días que haya completado el entrenamiento, en una tabla como la siguiente.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<u>15:00</u> Tensión/relajación piernas, abdomen brazos y cuello							
5 minutos respiración abdominal							
<u>22:00</u> Tensión/relajación piernas, abdomen brazos y cuello							
5 minutos respiración abdominal							

- *Autorregistro de comunicación:* Se trata de un autorregistro en el que se pide a V.M.F. que refleje aquellas situaciones en las que haya resultado complicado comunicarse con sus familiares o amigos (bien por pasividad, bien por agresividad). En él debe describir la situación en la que se enmarca ese acto comunicativo, qué elementos verbales y no verbales ha podido observar él de sí mismo en ese caso (tanto los que haya llevado a cabo como los que no haya sido capaz de controlar) y qué consecuencias se han derivado posteriormente (tanto en la reacción de los demás, como en su propio estado emocional).

Situación	Comunicación	Consecuencias

### Autorregistros de los padres

A continuación se presentan cuatro modelos de registro inspirados en el ejercicio “Busca, fíjate y apunta” de Corral 2001 (citado en Pérez et al 2010) y que tienen como objetivo el entrenamiento en observación positiva para los padres, así como conocer, desde el punto de vista del psicólogo, la capacidad de éstos en reconocer buenas acciones de su hijo y reforzarlas de un modo adecuado. Todos ellos son previos a la implantación de la economía de fichas y una vez iniciado el trabajo en modificación de conducta, en concreto en el refuerzo positivo.

- (1) *Autorregistro de tiempo de estudio para padres:*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hora de inicio/fin					
¿Cómo habéis reforzado?					
¿Qué tareas ha hecho V.M.F. en el tiempo de estudio?					

Este registro lo completaron sólo dos semanas y en ambos casos registraron de forma inadecuada la casilla de refuerzo, ya que consideraron los agentes externos que motivaron la conducta del menor, por ejemplo un examen. Como la tarea se entregó con retraso no se pudo corregir este error en estos dos registros que sí completaron parcialmente.

- (2) *Autorregistro de revisión de la agenda de V.M.F para los padres:*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
¿Ha apuntado las tareas en la agenda? ✓ / ✗					
¿Cómo habéis reforzado?					
¿Ha apuntado los olvidos de días previos? ✓ / ✗					



Este autorregistro se eliminó al no comprometerse V.M.F. a cumplir la tarea de apuntar las tareas en la agenda.

- (3) *Autorregistro de “buen comportamiento con su hermano” para los padres:*

Día	Situación	¿Cómo habéis reforzado?	Reacción de V.M.F.

En la misma línea que los anteriores, este registro buscaba entrenar a los padres en observar conductas positivas de V.M.F. y del mismo modo no fueron capaces de registrar adecuadamente la situación, ya que sólo registraron una conducta y ésta no era positiva sino de conflicto entre hermanos, en concreto una en al que V.M.F. amenazaba a su hermano.

- (4) *Autorregistro de hora de llegada de V.M.F para los padres:*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de llegada marcada							
Hora de llegada							
¿Cómo habéis reforzado?							
Conflictos (si los hubiera)							

En relación al entrenamiento en comunicación éstos han sido los autorregistros que se han mandado como taras para casa:

- *Autorregistro para auto-observación de conductas de comunicación para los padres:* En general consiste en un registro en el cual deben reflejar la situación, cómo ha sido su conducta comunicativa y como se ha sentido y cómo es la reacción del otro (en este caso V.M.F). Cada semana se les ha pedido que pongan el foco de atención en una forma de comunicación diferente (reproches, dar órdenes, etc.). En vistas de las dificultades que habían mostrado hasta ese momento para realizar las tareas se optó por simplificar al máximo el autorregistro a completar con el fin de facilitar la realización del mismo, pero sin perder el objetivo de auto-observación (ver ejemplo en autorregistro de comunicación de V.M.F.).
- *Autorregistro de tensión para los padres:* Este registro se ha creado con el objetivo de conocer cuáles son las reacciones de los padres ante el estrés generado en las situaciones de conflicto con V.M.F, de cara a operativizar las diferentes manifestaciones posibles (cognitivo, fisiológico y motor) para poder adaptar la intervención. En él se les pide que reflejen la situación, la manifestación de la tensión (cómo la notan ellos, qué detectan) y qué hacen después.

Situación	Manifestación de la tensión (¿qué noto en mí?)	Consecuencias ¿Qué hago después?

## 5.2 Cronología de la evaluación:

El proceso de evaluación en de este caso goza de unas características especiales que conviene resaltar. Por ejemplo, para garantizar, en la medida de lo posible, que los niveles de concentración del menor fueran óptimos y evitar que el cansancio de la jornada distorsionara los resultados, las pruebas de aptitud intelectual y atencionales se llevaron a cabo en sesiones de no más de dos horas, siempre por las mañanas y haciendo en todas ellas descansos consensuados con el menor, siempre que fuera posible dadas las características de la prueba.

A continuación se muestra la distribución de la evaluación a través de las sesiones (Figura 5.2.1).

Figura 5.2.1 Cronología de la evaluación

EVALUACIÓN EN SESIÓN	TAREAS PARA CASA
Padres (sólo acude la madre) Sesión I (4 de febrero de 2015) Terapeuta: Isabel Carrasco Observadora: Beatriz Manzano	
Exploración general de la demanda, principales conductas problema e historia. Explicación del modelo de trabajo. Presentación de la terapeuta que va a llevar el caso: Beatriz Manzano.	Historia Clínica Infantil y Adolescente para Padres.
V.M.F. Sesión I (10 de febrero de 2015)	
Presentación y explicación del proceso de evaluación (vínculo). WISC-IV (cubos, semejanzas, dígitos, conceptos, claves, vocabulario, letras y números, matrices, comprensión y búsqueda de símbolos) CARAS-R d2	Historia Clínica para Adolescentes de Cinteco.  BASC- S3
V.M.F. Sesión 2 (20 de febrero de 2015)	
Factor g STROOP EFAI Terminar de completar BASC-S3 WISC-IV (figuras incompletas, información y aritmética)	Historia Clínica para Adolescentes de Cinteco.
V.M.F. Sesión 3 (6 de marzo de 2015)	
Matrices progresivas de Raven TAMAI WISC-IV (animales) Historia Clínica para Adolescentes de Cinteco. (no la completa en casa) TP-R AF-5	Entregar a la tutora sobre cerrado con pruebas a completar (Conners para profesores, BASC-T3 y Análisis descriptivo de la conducta en el Aula de Cinteco).
Padres Sesión 2 (10 de marzo de 2015)	
Entrevista semiestructurada en al que se exploran (aclaraciones de las Historias Clínicas): - Relación con los hermanos - Comunicación en la familia - Dedicación a los estudios - Refuerzos y castigos - Tiempo de ocio y relación con amigos.	BASC- P3  Conners para Padres  Criterios Diagnósticos DSM-5

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado emocional de los padres</li> <li>- Otros tratamientos</li> </ul>	
<b>V.M.F. Sesión 4 (10 de marzo de 2015)</b>	
<p>Evaluación pormenorizada de conductas de estudio en casa y el instituto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia de la conducta de estudio</li> <li>- Metodología de trabajo (por ejemplo si hace los deberes, cómo suele estudiar, si utiliza esquemas, etc.)</li> <li>- Consecuencias (resultados obtenidos y consecuencias de la no realización del trabajo).</li> <li>- Jerarquía de asignaturas (por dificultad y preferencia).</li> <li>- Relación con sus iguales en el instituto.</li> <li>- Relación con los profesores en el instituto.</li> </ul> <p>Finalizar Historia Clínica para Adolescentes de Cinteco.</p>	<p>Se solicita un AR básico para conductas de estudio (ver apartado 5.I).</p>
<b>V.M.F. Sesión 5 (17 de marzo de 2015)</b>	
<p>Revisión de las tareas: Ha realizado el AR</p> <p>Valoración de la semana, destaca discusión con el hermano y expulsión de 2 semanas (parte de la sesión se centra en analizar los tres niveles de conducta ante este hecho relevante)</p> <p>Evaluación pormenorizada de conductas de estudio en casa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo de estudio.</li> <li>- Estrategias que maneja y resultados que obtiene con ellas.</li> <li>- Uso de descansos.</li> </ul> <p>Evaluación de conductas de ocio durante el fin de semana (Comenta conducta de riesgo asociada al consumo con pérdida de memoria asociada, ante lo cual se cuestiona la utilidad de las sustancias como vía de diversión si el resultado es imposible de recordar).</p>	<p>Se solicita un AR básico para conductas de estudio (ver apartado 5.I).</p>

### 5.3 Resultados de la evaluación:

En este apartado se exponen los resultados de las pruebas de evaluación, atendiendo a los resultados cuantitativos y a los datos cualitativos obtenidos mediante la observación de la conducta motora y verbal del menor en las diferentes sesiones de evaluación. Para consultar los resultados de todas las pruebas detalladamente remitimos al lector al ANEXO I.

Figura 5.3.I Resumen de los resultados de las pruebas de inteligencia de V.M.F

WISC-IV	EFAI	Factor g	Raven
CI 92	CI 85	CI 83	Percentil 50
Siendo la media 100	Siendo la media 100	Siendo la media 100	Siendo la media 50

Las pruebas de inteligencia descartan la presencia de discapacidad intelectual y sitúan a V.M.F. en un rango intelectual medio-bajo (siendo el rango medio el comprendido entre 90 y 109 puntos de CI, mientras que se consideran dentro del rango normal-bajo aquellas puntuaciones entre 80 y 89). Si bien se trata de un perfil dentro de la normalidad, es cierto que su puntuación queda por debajo de la media (CI=100) en todas las pruebas, lo cual puede tener relación con las dificultades que el menor ha mostrado a lo largo del periodo escolar para adquirir los diferentes aprendizajes y conceptos propios de curriculum escolar en las diferentes etapas. No obstante la valoración negativa que V.M.F. realiza de su propia capacidad, la falta de seguridad en sí mismo y la baja tolerancia a la frustración que ha mostrado a la hora de realizar este tipo de pruebas pueden estar afectando a su ejecución en las mismas, del mismo modo que podrían explicar su bajo rendimiento escolar.

Destacar del WISC-IV que la puntuación más baja en esta prueba pertenece al índice “Memoria de Trabajo”, lo cual parece compatible con las dificultades escolares que señalábamos anteriormente y que comprometen su capacidad de procesamiento a la hora de realizar tareas que requieren elaborar la información antes de dar una respuesta. En el EFAI muestra un patrón de respuesta rápido pero ineficaz, esto es que muestra un estilo impulsivo el cual resulta inadecuado en tareas de razonamiento y le puede llevar a obtener peores calificaciones de las que obtendría por su capacidad con un estilo de respuesta más reflexivo. En esta misma prueba, encontramos un índice de valoración negativa de sí mismo y bajas expectativas de éxito, el cual parece ser realista con los resultados obtenidos; sin embargo este patrón de pensamiento puede estar interfiriendo a la hora de enfrentarse a las tareas y hacer que sus resultados sean peores de lo que podrían ser en base a su capacidad.

Figura 5.3.2 Resumen de los resultados de las pruebas de atención de V.M.F

CARAS-R	<p>Aciertos Percentil 80</p> <p>Índice Control de Impulsividad* Percentil 20</p> <p>Siendo la media de los percentiles 50</p> <p>*Puntuaciones más cercanas a 0 indican una baja impulsividad</p>
d2	<p>Índice de Concentración Percentil 96</p> <p>Porcentaje de Errores 1.77%</p> <p>Siendo la media el percentil 50</p>
TP-R	<p>Índice Global de Atención y Percepción Percentil 80-85</p> <p>Índice de Control de Impulsividad** 95.26</p> <p>Siendo la media el percentil 50</p> <p>**Puntuaciones más cercanas a 0 indican una alta impulsividad</p>
STROOP	<p>Control de Interferencia Percentil 55</p> <p>Siendo la media el percentil 50</p>

En las pruebas de atención muestra un rendimiento bastante elevado y un buen control de la impulsividad, lo cual no parece apoyar la hipótesis del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El hecho de que en este tipo de pruebas no se observe un patrón de impulsividad carente de autocontrol, podría estar relacionado

con la motivación que V.M.F. mostró en este tipo de tareas, las cuales al resultarle agradables facilitaba su interés y evitaba que diera respuestas aceleradas con tal de terminar la prueba (patrón observado en tareas de contenido más parecido al escolar).

Figura 5.3.3 Resumen de los resultados de las pruebas de conductuales de V.M.F

AF-5	Autoconcepto académico Percentil 12 Siendo la media el percentil 50
TAMAI	Escalas con percentiles entre 96 y 99: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadaptación escolar</li> <li>- Aversión a la instrucción</li> <li>- Aversión al profesor</li> <li>- Indisciplina</li> <li>- Autodesajuste social</li> <li>- Dinomia</li> <li>- Restricción (padre)</li> <li>- Perfeccionismo (padre)</li> <li>- Estilo aversivo (padre)</li> <li>- Perfeccionismo hostil (padre)</li> </ul> Siendo la media el percentil 50
BASC-S3	Escalas clínicamente significativas*: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Búsqueda de sensaciones</li> <li>○ Desajuste escolar</li> </ul> *Con puntuaciones típicas mayores a 70

En las que podríamos considerar como las pruebas más psicológicas (AF5, TAMAI y BASC) se observa claramente un rechazo a lo escolar, tanto a los profesores como a la instrucción en sí misma. En el caso del test que mide el autoconcepto de V.M.F. en diferentes áreas de su vida, llama la atención como es el área académica el único en el que podemos decir que tiene una muy mala imagen de sí mismo. El TAMAI por su parte muestra, además de la ya mencionada mala adaptación al contexto escolar (poca aplicación, bajo interés, mal rendimiento, indisciplina), una tendencia a rebelarse frente a las normas y a chocar con otras personas o estructuras sociales. En relación al estilo educativo de los padres, parece que V.M.F. está percibiendo por parte de su padre un uso excesivo de normas y recomendaciones, así como una actitud excesivamente controladora y con cierta dureza o rechazo emocional por su parte, algo que le puede estar haciendo sentir censurado o descalificado. El BASC ofrece el mismo perfil de desajuste escolar y de cierto distanciamiento en la relación con los padres, e incluye un dato nuevo como es el alto nivel de búsqueda de sensaciones que presenta V.M.F., esto es su atracción por actividades arriesgadas, novedosas o emocionantes. También es interesante destacar el índice “sentido de incapacidad” cuyo nivel es alto y está en riesgo de ser clínicamente significativo, lo cual indica que actualmente V.M.F. se siente incapaz de lograr metas alcanzables por falta de confianza en sus propias capacidades.

Figura 5.3.4 Resumen de los resultados de las pruebas BASC-P3 y Conners para padres.

BASC-P3	Conners para padres
Ninguna escala clínicamente significativa *	Todos los índices Negativos:
A destacar "Retraimiento" por estar en riesgo bajo	○ Conducta                      ○ Impulsividad
*Puntuación típica mayor a 70	○ Aprendizaje                ○ Ansiedad
	○ Psicossomático          ○ General

En cuanto a los resultados de las pruebas contestadas por los padres, parece que la conducta que V.M.F. presenta en casa es normal, tal y como se puede apreciar en los resultados negativos del Conners y la no aparición de escalas clínicamente significativas en el BASC-P3.

Figura 5.3.5 Resumen de los resultados de las pruebas BASC-T3 y Conners para profesores.

BASC-T3	Conners para profesores
Escalas clínicamente significativas:	Todos los índices Positivos:
- Agresividad                      - Problemas de aprendizaje	○ Problemas de conducta
- Hiperactividad                 - Exteriorizar problemas	○ Hiperactividad
- Problemas de conducta       - Problemas escolares	○ Inatención/pasividad
- Índice de síntomas            - Problemas de atención	○ Índice de hiperactividad
comportamentales	
*Puntuación típica mayor a 70	

Por último, en relación a los resultados obtenidos de las pruebas de los profesores es fundamental comenzar señalando que debemos ser cautos interpretar los resultados ya que se observa una excesiva negatividad a la hora de responder a las preguntas que se plantea, esto podría estar indicando cierta tendencia a observar las conductas del menor con un sesgo negativo. En este sentido, desde la percepción en el contexto escolar parece que V.M.F. presenta agresividad, hiperactividad, problemas de atención, conducta y aprendizaje clínicamente significativos. Por otro lado, las habilidades sociales y las habilidades para el estudio son bajas de modo que tampoco contaría con herramientas para adaptarse al contexto escolar, según la visión de sus profesores. En cuanto a las dimensiones globales, parece que serían clínicamente significativas la exteriorización de problemas, los problemas escolares y los síntomas comportamentales. En este mismo sentido apuntan los resultados del cuestionario Conners, en el cual destaca la hiperactividad como un rasgo presente en V.M.F. desde el punto de vista de sus profesores, en menor medida que los problemas de conducta y la inatención también presentes en su perfil.

#### 5.4 Conclusiones tras la evaluación:

Todos estos datos parecen indicar que es en el colegio donde V.M.F. presenta los problemas de conducta más desadaptativos y un patrón de comportamiento que bien se podría confundir con un TDAH, por su tendencia a mostrar una conducta perturbadora e hiperactiva. Sin embargo su conducta en el hogar y los resultados de las

pruebas objetivas no parecen apuntar a la presencia de dicho trastorno. Las dificultades de adaptación del menor al contexto escolar podrían responder a un conjunto de pensamientos que él tiene sobre el colegio y su papel en el aula, los cuales alimentan una serie de emociones negativas de incapacidad que le llevan a rendirse antes de tiempo y a no involucrarse en las tareas. De este modo se mantiene un círculo vicioso de frustración y valoración negativa del contexto escolar que se retroalimenta.

## 6. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

A lo largo de la evaluación surgieron diferentes conductas objeto de interés por lo problemáticas que éstas resultan para V.M.F y su entorno. A continuación se procederá a detallar el análisis funcional del caso, de manera que se dé luz al origen y mantenimiento de estas conductas problema, así como ajustar los objetivos y técnicas de intervención.

Comenzaremos con las conductas que desde el punto de vista de los padres y los profesores son las más importantes: el bajo rendimiento escolar y las conductas disruptivas en el aula. El origen de esta conducta problema podría situarse en la situación de acoso escolar que sufrió por parte de unos compañeros y ante la cual los profesores no hicieron nada para ayudarlo. El acoso en sí mismo y las amenazas estarían actuando como estímulo incondicionado (EI) el cual genera una respuesta también incondicionada (RI) de ansiedad o miedo. El contexto en el que se produjeron estos hechos (colegio, estímulo neutro), por un proceso de condicionamiento clásico se convirtió en un estímulo condicionado (EC) capaz de generar por sí mismo una respuesta condicionada (RC) de ansiedad tan intensa como la que en su día generaban las amenazas de sus compañeros. Mediante un proceso de generalización nuevos estímulos han ido adquiriendo esa propiedad de generar la respuesta condicionada de ansiedad en V.M.F, como son los profesores, nuevos compañeros o las propias tareas escolares; de manera que estos se han convertido en estímulos discriminativos (Ed's) que resultan amenazantes para él. Como sabemos, nuestro cerebro está preparado para responder ante las amenazas atacando o huyendo (FFS), y esto es precisamente lo que está haciendo V.M.F ante estos Ed's, solo que de un modo menos primitivo que como lo hacían nuestros antepasados. En este caso, ante el Ed "profesores" tiende a mostrar conductas que podríamos considerar de ataque y que manifiesta a través de contestaciones inadecuadas, provocativas y agresivas o actos de rebeldía al desobedecer sistemáticamente cualquier orden. Este tipo de conductas suelen tener como consecuencia su expulsión del aula, lo cual para V.M.F es un refuerzo negativo (Rf-) dado que le permite evitar una situación desagradable para él que es la de permanecer en clase. Es por ello que aunque los profesores consideren que están aplicando un castigo para corregir la conducta disruptiva de V.M.F, en realidad la función que para él cumple la expulsión es de lo más reforzante y esto es lo que está permitiendo que esta conducta rebelde del menor se esté manteniendo. Esto mismo sucede con las expulsiones

de larga duración, en las que permanece entre dos y tres días sin ir a clase<sup>15</sup>, las cuales están actuando como Rf- del mal comportamiento del menor. Además es importante señalar que durante estos periodos de supuesto castigo V.M.F. encuentra más refuerzos, que aumentan la probabilidad de que mantenga su mal comportamiento, como son: levantarse más tarde, tener excusa para no realizar las tareas escolares, tener más tiempo para dedicar al ocio, etc. Es importante añadir que V.M.F. muestra toda una serie de ideas irracionales (del tipo “interpretación del pensamiento”, por ejemplo “sé que lo hacen porque me tienen manía y me quieren fastidiar”) que están actuando como variables disposicionales facilitadoras de conductas rebeldes.

Por su parte, ante el Ed “tareas escolares”, V.M.F. responde con huida en términos del FFS, o en términos de análisis funcional con evitación. En este caso la conducta problema podríamos operativizarla en el tiempo que dedica V.M.F. al estudio y a la realización de tareas escolares, el cual a su llegada a terapia es prácticamente nulo (menos de una hora semanal). Es más, ni siquiera tiene el hábito de apuntar las tareas y exámenes en la agenda escolar. De nuevo, podemos explicar el mantenimiento de estas conductas por condicionamiento operante, en concreto, por Rf- a corto plazo, ya que el hecho de evitar todo lo relacionado con su responsabilidad como estudiante le permite aliviar la ansiedad que estas demandas le generan. No obstante, a largo plazo esta evitación se está convirtiendo en un problema con consecuencias negativas (Castigo positivo, C+) para el estado de V.M.F. ya que es consciente de que necesita tener el título de graduado en E.S.O. para trabajar y se siente incapaz de obtenerlo, lo cual le genera mucho malestar y frustración, así como cada vez mayor ansiedad asociada a las tareas escolares. Es precisamente este C+ lo que le está motivando a cambiar, sin embargo enfrentarse a la ansiedad después de años de evitación no es tarea sencilla. Cabe destacar que el hecho de que la psiquiatra que lo atiende recomendase a V.M.F. y su familia que no se preocupasen de las cuestiones de rendimiento escolar y priorizasen el bienestar emocional del menor, está jugando en esta cadena un papel muy importante como variable disposicional legitimadora de estas conductas de evitación. Otra variable disposicional que ha estado afectando a esta conducta es la interiorización que V.M.F. tenía de la etiqueta diagnóstica de TDAH, bajo el amparo de la cual el menor justificaba todas sus dificultades. Dicho de otro modo, este diagnóstico estaba actuando en el caso del menor como profecía autocumplida de su incapacidad para atender y rendir adecuadamente. Algo que apoya esta hipótesis es el cambio que los profesores percibieron en la conducta de V.M.F. (en este caso de atención en el aula) la semana posterior a que se le informase que no cumplía los criterios diagnósticos.

Por otro lado, en relación al Ed “compañeros de clase”, V.M.F. muestra una conducta ambivalente que incluye tanto conductas de ataque como son realizar bromas pesadas a sus compañeros, contestarles de forma agresiva o meterse en peleas; como conductas de huida o evitación en la medida de lo posible las relaciones con sus

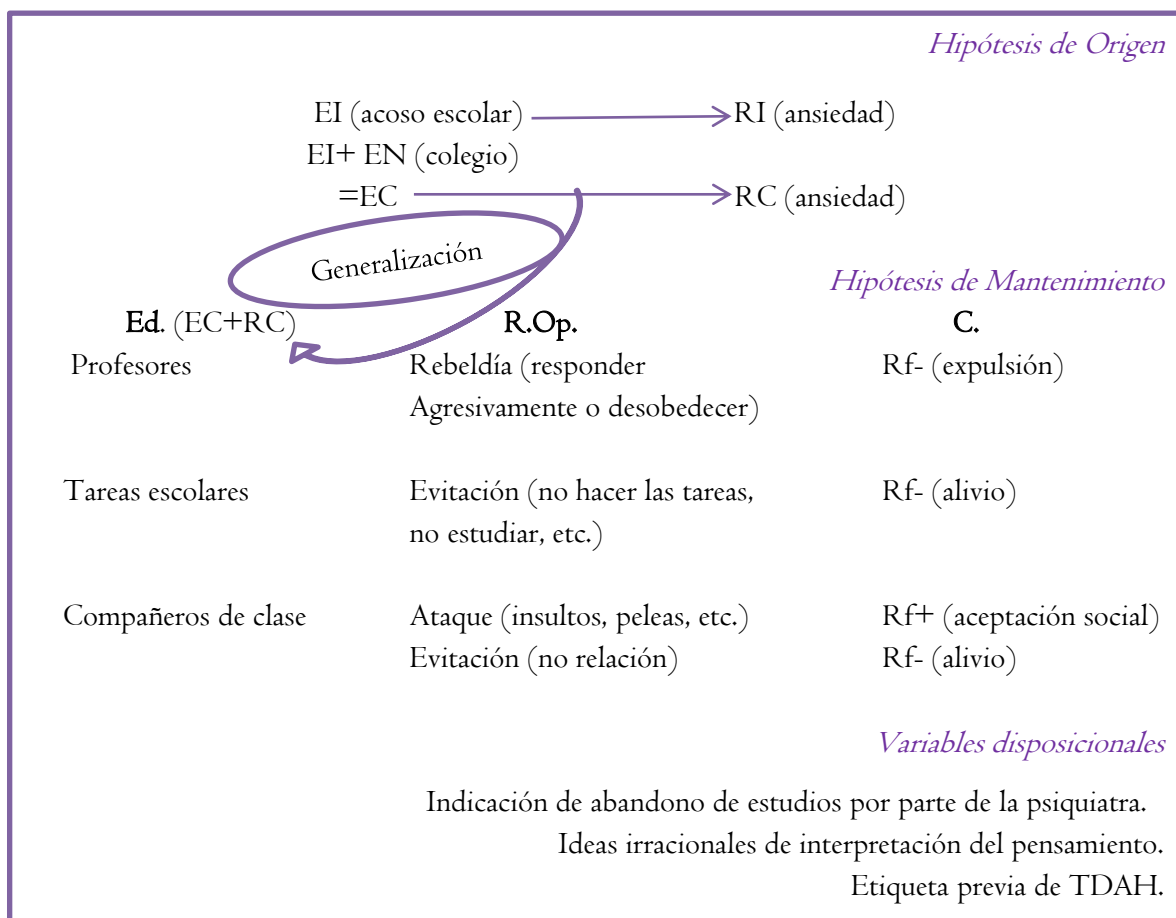
---

<sup>15</sup> La última de estas expulsiones es de un mes de duración.



compañeros<sup>16</sup>. Las conductas que podemos considerar rebeldes se estarían manteniendo por el refuerzo social que supone la aceptación y la aprobación que recibe de otros compañeros (como él mismo dice “los que son más como yo”). Es el refuerzo positivo de sentirse aceptado y a gusto en un rol de “verdugo” en vez de en el de víctima. Por su parte la no relación, se ve reforzada de forma negativa, ya que con este proceder evita que se repitan situaciones como las que comentábamos en la hipótesis de origen. En la figura 6.I se presenta un esquema para mostrar de manera sintetizada estas relaciones funcionales.

Figura 6.I: *Análisis Funcional de las conductas disruptivas en el colegio.*



EI= estímulo incondicionado; EN = estímulo neutro; EC= estímulo condicionado; RI=respuesta incondicionada; RC= respuesta condicionada; Ed= Estímulo desencadenante; R.Op. = respuesta operante; C= Consecuente; Rf= refuerzo.

Existen otra serie de conductas problema que se dan principalmente en el contexto del hogar, las cuales hemos sintetizado en la figura 6.2. La primera que vamos a analizar es la que llamaremos conducta de insistencia y manipulación (R.Op.). Esta conducta aparece cuando los padres de V.M.F. toman una decisión que no es del agrado del menor (por ejemplo que han de ir todos juntos a un acto familiar y él no puede quedarse solo en casa), le castigan (por ejemplo no permitiéndole salir tras conocer las notas) o se niegan a acceder a una de sus

<sup>16</sup>El propio V.M.F. comenta en entrevista que todos sus amigos son de fuera del colegio y que “con la gente de clase no quiero rollos”.

peticiones (por ejemplo no dejarle volver más tarde de la hora pautada) (Ed's) y consiste en pedir de manera repetitiva al mismo progenitor que cambie de opinión o levante el castigo, generar interminables debates sobre la idoneidad de la decisión solicitando de forma insistente a sus padres argumentos sobre sus decisiones que nunca convencen al menor (¿y por qué?), pedir autorización al progenitor contrario al que marcó una norma a sabiendas de que su conducta implicará saltarse dicha norma (por ejemplo si su madre le ha castigado sin paga, le pide el dinero a su padre) y renegociar acuerdos con sus padres en el momento en que a él le toca cumplir su parte prometiendo buen comportamiento en el futuro o prorrogando la parte de acción que a él le corresponde (por ejemplo, acuerdan que si V.M.F. sale por la mañana deberá permanecer en casa por la tarde y cuando son las 17:00 pide insistentemente que le dejen salir bajo la promesa de que al día siguiente no saldrá). Estas conductas se mantienen por Rf+ ya que le permiten a V.M.F. conseguir lo que se propone, es decir que le están funcionando. En el caso de los padres, la conducta de “ceder” se mantiene por Rf- ya que para ellos presenciar las constantes pataletas de su hijo resulta muy irritante, de modo que han aprendido que si ceden cesa ese malestar y se quedan más tranquilos<sup>17</sup>. Parece que el origen de esta conducta podría estar en el aprendizaje por modelado, de manera que V.M.F. ha aprendido esta forma de interacción de sus propios padres, los cuales utilizan estas mismas estrategias de comunicación cuando quieren algo de sus hijos.

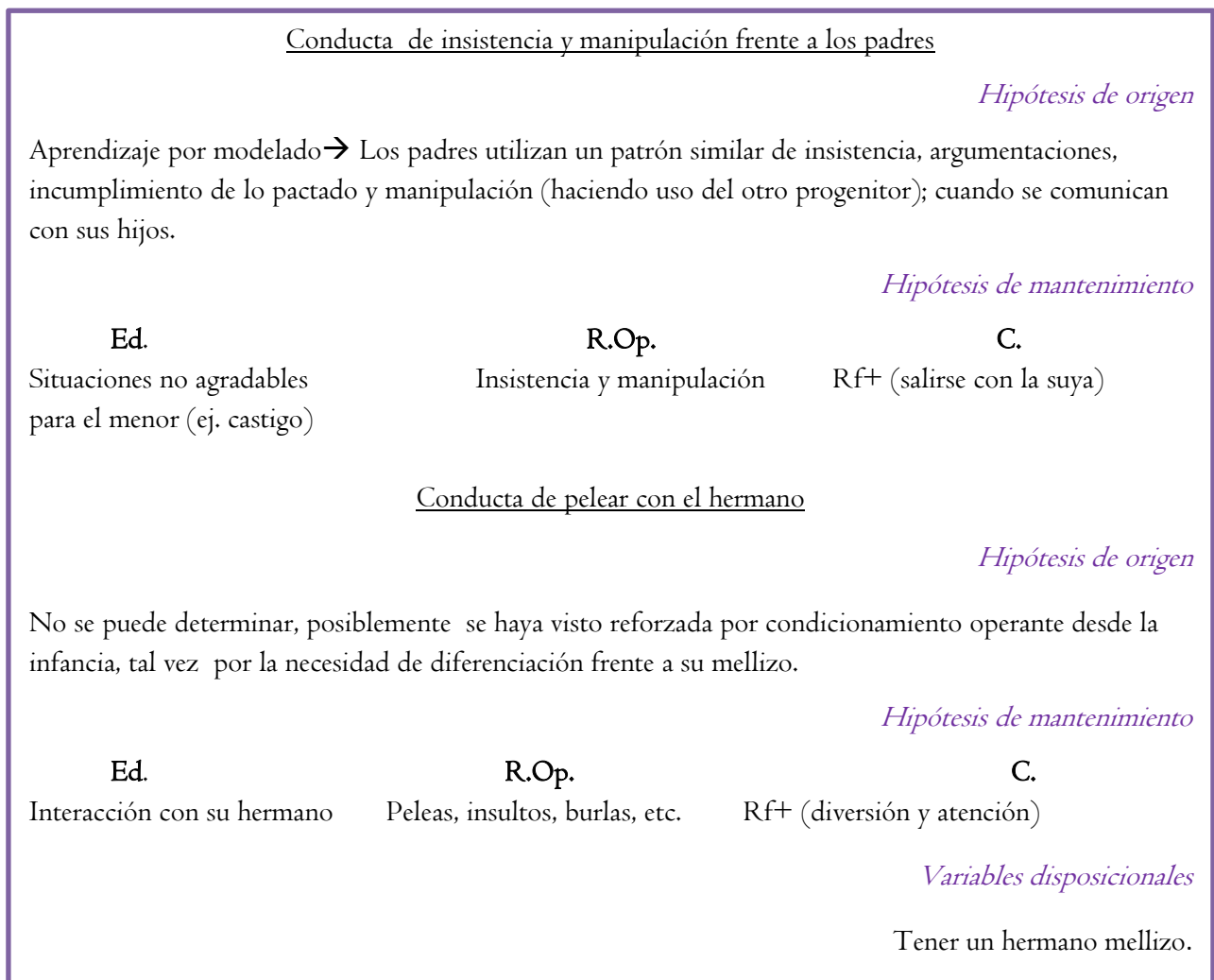
Otra de las conductas que está generando conflicto en el hogar son las continuas peleas de V.M.F. con su hermano mellizo (J.) (R.Op.) que suelen consistir en insultos, acusaciones mutuas de lo que el otro ha hecho mal e incluso en ocasiones llegan al enfrentamiento físico. Tras la evaluación, no se ha podido aclarar el origen de esta conducta. Son diversos los Ed's que pueden provocar que se precipiten estos conflictos, por ejemplo, cuando el hermano descubre que V.M.F. le ha cogido algo sin permiso, que J. señale que su hermano no estudia e incluso la mera presencia de J., si V.M.F. está aburrido puede ser suficiente para que éste busque picar a su hermano y enzarzarse en una discusión. Y es que para V.M.F. estas peleas con su hermano resultan reforzantes en sí mismas porque le divierten (Rf+)<sup>18</sup>. Además esta conducta también se ve reforzada positivamente por la atención que recibe de los padres y por la confirmación de un rol en el que V.M.F. se siente muy a gusto y es en el de “el malote”. El propio menor ha resaltado esta diferenciación frente a su hermano en diferentes sesiones y en todos los caso señala que él es más fuerte que su hermano porque ha aprendido a ser más espabilado, añade también que su hermano estudia más pero es más débil. Es por ello que hemos señalado esta variable, tener un hermano mellizo, como una variable disposicional que podría estar intensificando estas conductas disruptivas en favor de su propio autoconcepto, ya que esto es algo que no se da con su otra hermana mayor, así como ser el origen de esta conducta.

---

<sup>17</sup> Ellos mismos comentan en entrevista que “con tal de no oírle más hacemos lo que sea”.

<sup>18</sup> Así mismo lo confirma él en entrevista cuando se le pregunta directamente si le resulta divertido pelearse con su hermano, algo que parecía intuirse de las expresiones no verbales (sonrisa) con las que narraba un episodio en el que discutieron por unos cascos que había quitado a su hermano (“me río porque se pica”).

Figura 6.2: *Análisis Funcional de las conductas disruptivas en el contexto familiar.*



EI= estímulo incondicionado; EN = estímulo neutro; EC= estímulo condicionado; RI=respuesta incondicionada; RC= respuesta condicionada; Ed= Estímulo desencadenante; R.Op. = respuesta operante; C= Consecuente; Rf= refuerzo.

Por último, es importante destacar otra conducta problema de V.M.F. y es el consumo de sustancias (confirmadas, alcohol y marihuana) (R.Op.), el cual se produce sólo los fines de semana en presencia de su grupo de amigos (Ed). La hipótesis de origen en este caso creemos que está relacionada con en el aprendizaje vicario, de modo que V.M.F. ha podido ver las consecuencias de popularidad que el consumo ha permitido obtener a otros jóvenes dentro de su mismo grupo (en concreto un chico que tiene dos años más que él y el cual es el líder del grupo) así como las consecuencias negativas del no consumo (por ejemplo, insultos y burlas a otro chico que no quiso fumar). Las consecuencias que están facilitando que V.M.F. mantenga esta conducta, a pesar de ser consciente de que es nociva para su salud, es el Rf+ que obtiene de aceptación social por parte de su grupo de iguales. Es difícil precisar la intensidad real de esta conducta, ya que las cantidades de alcohol ingeridas durante una tarde de las que V.M.F. informa en sesión son incompatibles con los síntomas posteriores que describe dada su complexión física (afirma que tras beber tres botellas completas de ron no recuerda nada

de lo que pasó, y dada su estatura y peso debería haber sufrido un coma etílico antes de poder consumir todo lo que asegura que consumió).

## 7. TRATAMIENTO

En este apartado se da cuenta de los objetivos de intervención y las técnicas llevadas a cabo para alcanzar éstos. Al quedar descartado el diagnóstico de TDAH, se descartó la opción de seguir alguno de los tratamientos empíricamente validados para menores con esta patología como son la intervención farmacológica o los programas de entrenamiento neurocognitivo (Miranda y Soriano, 2010). Sin embargo, en vistas del análisis funcional, se optó por diseñar una intervención basada en técnicas conductuales y cognitivas que han mostrado empíricamente su eficacia y las cuales se recomiendan en la guía de tratamientos psicológicos eficaces (tomo III, infancia y adolescencia; Pérez et al 2009) y otras revisiones (Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013).

Es importante recordar que dadas las características del caso resulta imprescindible una intervención de amplio espectro que incida en todos los contextos posibles. Concretamente, se ha trabajado tanto con el menor como con la familia y han quedado fuera de la intervención los profesores. La valoración que hicieron de V.M.F en las pruebas objetivas daba muestras de una excesiva negatividad en la percepción de sus conductas y los propios padres reconocían que era muy difícil obtener la colaboración de los profesores (no así del jefe de estudios, pero al ser un miembro del contexto en poco contacto con V.M.F, no resultaba de gran utilidad como coterapeuta)<sup>19</sup>.

### 7.1 Objetivos:

En la figura 7.1.1 se incluyen los objetivos que fueron aprobados por los padres y el menor al finalizar la evaluación, momento en el que se realizó una devolución de la información recabada durante la evaluación y en posteriores revisiones de los mismos.

Figura 7.1.1: Objetivos de tratamiento:

OBJETIVOS DE TRABAJO CON V. M.F.:	OBJETIVOS DE TRABAJO CON LOS PADRES:
Generales	Generales
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mejorar su capacidad de gestión del tiempo de trabajo y de ocio.</li> <li>❖ Aumento de la disciplina personal y la responsabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fomento de la autonomía y responsabilidad de V.M.F</li> <li>❖ Mejora de la capacidad de supervisión los estudios de V.M.F</li> </ul>

<sup>19</sup> Los padres reconocen en entrevista que algunos profesores han intentado algunas cosas como sentarle delante, nombrarle ayudante o hablar con él, pero que están hartos de él y ya sólo le castigan, le echan de clase o le expulsan.

Específicos	Específicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Aumentar el tiempo de dedicación a la conducta de estudio.</li> <li>❖ Aumentar su repertorio de técnicas de estudio.</li> <li>❖ Desarrollar la capacidad de planificación asociada a la conducta de estudio</li> <li>❖ Reducir su activación fisiológica asociada a la conducta de estudio.</li> <li>❖ Eliminación de las creencias irracionales de personalización.</li> <li>❖ Aumento del autocontrol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mejora en comunicación asertiva y emocional</li> <li>❖ Mejora en el manejo de pautas de modificación de conducta.</li> <li>❖ Reducir su activación fisiológica asociada a situaciones en el hogar de difícil manejo.</li> <li>❖ Eliminación de creencias irracionales de culpabilidad.</li> </ul>

## 7.2 Técnicas:

Para poder alcanzar los objetivos propuestos, se plantearon las siguientes técnicas de intervención (Para ver las técnicas en relación a los objetivos planteados diríjase a la tabla 7.2.1).

Figura 7.2.1: *Técnicas propuestas para la consecución de los objetivos marcados en la intervención con V.M.F. y sus padres.*

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<b>V.M.F</b>	
Aumento del tiempo de estudio	Economía de fichas
Aumento de técnicas de estudio	Autoinstrucciones Entrenamiento en técnicas de estudio
Mejora en planificación	Entrenamiento en planificación
Reducción de activación	Control de la respiración Relajación muscular progresiva
Eliminación de creencias irracionales	Reestructuración cognitiva
Aumento del autocontrol	Economía de fichas Demora de respuesta Entrenamiento en comunicación asertiva <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derechos y responsabilidades asertivas</li> <li>○ Hacer y recibir críticas</li> <li>○ Escucha activa</li> <li>○ Expresión emocional</li> </ul> Solución de conflictos
<b>PADRES</b>	
Mejora en comunicación asertiva	Entrenamiento en comunicación <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dar órdenes</li> <li>○ Escucha activa</li> <li>○ Negociación</li> <li>○ Expresión emocional</li> <li>○ Realización de críticas constructivas</li> </ul>

Mejora modificación de conducta	Psicoeducación Entrenamiento en manejo de técnicas operantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Refuerzo positivo</li> <li>○ Extinción</li> </ul>
Reducción de activación	Control de la respiración Relajación muscular progresiva
Eliminación de creencias irracionales	Reestructuración cognitiva

- *Economía de fichas* (Avendaño y Carderera, 1859; citado en Olivares y Méndez, 2010), técnica que se basa en el refuerzo positivo de conductas adecuadas, mediante un sistema de puntos reglados canjeables por objetos o actividades deseadas por el menor.
- *Entrenamiento en autoinstrucciones* (Meichenbaum y Goodman, 1971 citado en Olivares y Méndez, 2010) cuyo objetivo es generar verbalizaciones internas que sirvan al menor para guiar su conducta y monitorizarla, hasta llegar a reforzarse si ha cumplido bien todos los pasos establecidos previamente
- *Entrenamiento en técnicas de estudio* (adaptado de Adell 2006; Castillo y Polanco 2004; González, 2004; Fernández y Amigo, 2007; Megía, 2002 y Rubiales, Bakker y Delgado-Mejía, 2011). Consiste en un entrenamiento estratégico que tiene como principal objetivo que el menor desarrolle hábitos de estudio adecuados (desde la planificación inicial, hasta la supervisión de su propio trabajo pasando por técnicas específicas de lectura comprensiva, subrayado, realización de esquemas, reglas mnemotécnicas, etc.). Incluiríamos aquí el entrenamiento en planificación, técnica con la que se pretende conseguir el objetivo de desarrollo de la capacidad de planificación asociada a la conducta de estudio
- *Control de la respiración* (adaptación de Labrador, 2012), que consiste en explicar y modelar la respiración abdominal profunda, así como pautar un entrenamiento diario hasta adquirir habilidad suficiente para utilizarla en situaciones estresantes. Si bien es cierto que en la evaluación inicial V.M.F, ni sus padres o profesores, manifestaron un componente de ansiedad destacable como para incluirlo en los objetivos, se trabajó la reducción de la activación para facilitar el logro del objetivo de cumplimiento de la planificación relacionada con el estudio.
- *Relajación muscular progresiva* de Jacobson (1929, citado en Labrador 2012) o diferencia. El objetivo de esta técnica, en línea con la anterior, es reducir la activación para impedir que se produzcan conductas de evitación del estudio. Esta forma de relajación consiste en aprender a reconocer la tensión de los músculos para poder relajarlos de forma voluntaria.
- *Reestructuración cognitiva* (adaptación de Ellis y Grieger 2003) consiste en instruir al joven para que identifique los pensamientos irracionales extremos que le generan malestar, las preguntas que le permitan

cuestionarse sus propias ideas y generar pensamientos alternativos más realistas y que no estén asociados a emociones negativas intensas.

- Demora de respuesta, (adaptada de Izquierdo, 1987 y McGonigal, 2012) técnica fundamental en el fomento del autocontrol que consiste en aumentar de forma progresiva el tiempo de latencia entre el impulso de acción y la realización de la conducta en sí misma.
- Entrenamiento en comunicación asertiva (adaptado de López y Romero, 2013 y Roca 2007), el objetivo de esta técnica es que el menor aprenda formas de comunicación tranquilas incompatibles con el estilo agresivo impulsivo detectado en la evaluación. Es por ello que los módulos a trabajar están adaptados al, digamos, fomento del autocontrol verbal y no a una cuestión de falta de habilidades sociales.
- Técnica de solución de conflictos, (adaptación de D'Zurilla y Goldfried, 1971 citado en Olivares y Méndez, 2010) en la misma línea que la técnica anterior, esta técnica pretende generar en el repertorio del joven conductas alternativas a su comportamiento previo a la intervención caracterizado por la falta de autocontrol.

Dentro del programa de orientación a los padres se incluirían:

- Psicoeducación, para explicarles la importancia de realizar un manejo adecuado de técnicas operantes y cómo se han de aplicar. Estas son, principalmente, el reforzamiento positivo, la extinción
- Entrenamiento en refuerzo positivo, (adaptado de Olivares y Méndez, 2010 y Larroy, 2010) cuyo objetivo es fomentar el reconocimiento por parte de los padres de las conductas adecuadas de su hijo y trabajen de forma activa manifestaciones de dicho reconocimiento, de modo que se familiaricen con este tipo de refuerzo como vía para aumentar conductas deseables.
- Extinción (adaptada de Labrador, 2012), técnica del abanico de las disponibles dentro de la modificación de conducta que consiste en suprimir el reforzador que mantiene una conducta y cuyo objetivo es llegar a suprimir conductas inadecuadas. En este caso se ha aplicado junto con el reforzamiento de conductas alternativas positivas.
- Entrenamiento en comunicación asertiva, adaptado a la comunicación de padres a hijos (adaptado de López y Romero, 2013; Ramos-Paúl y Torres, 2014; Larroy, 2010 y Macià, 2007). El objetivo que persigue esta técnica es que los padres aprendan a comunicarse con sus hijos de una forma más adecuada, focalizándose en aspectos positivos del menor, siendo más conciso al dar una orden o mejorando su capacidad de escucha activa, entre otras.

- Control de la respiración (adaptación de Labrador, 2012), ya explicada en líneas previas.
- Relajación muscular progresiva de Jacobson (1929, citado en Labrador 2012), ya explicada en líneas previas. Conviene aclarar que tanto ésta como el control de la respiración se enseña a los padres para reducir su propio nivel de activación, no como instrucción para supervisión del joven.
- Reestructuración cognitiva (adaptación de Ellis y Grieger 2003), ya explicada en líneas previas.

### 7.3 Aplicación del tratamiento:

A continuación se presenta el tratamiento tal y cómo ha sido en la realidad hasta la fecha (Figura 7.31.). Como en la actualidad es un caso que se sigue desarrollando, se muestra una segunda tabla con el plan de intervención aproximado de cara a futuras sesiones de intervención, incluyendo el seguimiento (Figura 7.32.).

Figura.7.3.1 *Tratamiento efectuado.*

TRABAJO REALIZADO EN SESIÓN*	TRABAJO PARA CASA
<b>V.M.F. Sesión 6 (25 de marzo de 2015)</b>	
Revisión de las tareas. No ha realizado el AR: valoración de las dificultades y explicación de la importancia de las tareas. Valoración de la semana, destaca conducta de evitación de entrega de notas como forma de evitar el castigo (breve exploración) Devolución de Análisis Funcional Exploración de sus objetivos y motivaciones para el cambio. Negociación de asistencia a próxima sesión	AR básico de conductas de estudio (ver apartado 5.1). Búsqueda de información de centros y estudios para cambio en curso próximo.
<b>V.M.F. Sesión 7 (31 de marzo de 2015)</b>	
Revisión de las tareas. No ha realizado el AR ni la búsqueda de información: valoración de las dificultades y explicación de la importancia de las tareas. Planificación de tiempo de trabajo para semana santa. Autoinstrucciones: (qué, cómo/ revisión del material necesario, cuándo, qué tal/autoevaluación de objetivos) Pautas: Uso de alarmas para descansos, poner la agenda sobre la mesa todo el tiempo para recordar la importancia de apuntar las tareas	Búsqueda de información de centros y estudios para cambio en curso próximo. AR de supervisión propia de las tareas (planificación) (ver apartado 5.1). Escribir correo a la profesora para preguntar exámenes de recuperación (incluyendo dirección de la terapeuta en copia oculta)
<b>Padres Sesión 3 (31 de marzo de 2015)</b>	
Explicación del informe de evaluación. Devolución del análisis funcional.	Supervisión de planificación de V.M.F.



Explicación de los objetivos de trabajo con ellos.	Colaboración en tarea de búsqueda de información de V.M.F.
Padres (7 de abril de 2015)	
Anulan la sesión porque no han realizado el trabajo de búsqueda de información con V.M.F.	
V.M.F. (7 de abril de 2015)	
Anulan la sesión porque no ha realizado el trabajo de planificación ni el de búsqueda de información.	
Padres (sólo acude el padre) Sesión 4 (14 de abril de 2015)	
Evaluación del modo en que suelen reforzar y castigar. Psicoeducación: importancia de reforzar correctamente y características del refuerzo adecuado (Se le indican las pautas concretas para cuatro conductas concretas )	AR de observación de su propia conducta al reforzar (entrenamiento para implantación de economía de fichas) (ver apartado 5.I).
V.M.F. (14 de abril de 2015)	
Anula la sesión porque no le apetece venir y no tiene hechas las tareas.	
V.M.F. Sesión 8 (21 de abril de 2015)	
Exploración de la ausencia en las dos sesiones previas. Elaboración de jerarquía de premios para economía de fichas (advirtiendo que aún debía ser consensuada con los padres). Compromiso de tiempos de estudio (trabajo personal) en casa (Ly X 45' y M y J 30'). Compromiso de conductas a realizar (recogerla habitación, limpiar jaula de conejo, tratar con respeto, no discutir con su hermano, respetar la hora de llegada). Pautas de autocontrol (tiempo fuera y cambio de actividad)	AR de cumplimiento de planificación de trabajo (ver apartado 5.I).
Padres Sesión 5 (28 de abril de 2015)	
Revisión de las tareas: No traen el AR a sesión. Valoración de la semana: notan mejoría en comportamiento con el hermano y puntualidad pero les preocupa el nulo interés de V.M.F. por el estudio. Explicación de las implicaciones de iniciar una economía de fichas y valoración de su compromiso. Negociación de jerarquía solicitada por V.M.F.	AR de observación de su propia conducta como dispensador de refuerzos ante cuatro conductas concretas (entrenamiento para implantación de economía de fichas) (ver apartado 5.I).
V.M.F. Sesión 9 (28 de abril de 2015)	
Revisión de tareas: No trae AR y no estudió nada. Recuerdo la importancia de éstas. Exploración de dificultades para el estudio mediante Role Playing: Ansiedad (no mencionada ni registrada hasta ahora) y evitación. Reestructuración cognitiva sobre la evitación. Entrenamiento en respiración abdominal Entrenamiento en relajación: 4 grupos musculares Pauta para mejorar la atención en clase: leer el día de antes la materia objeto de las clases del día siguiente (se le pide que lo incluya en el trabajo personal cuando no tenga que estudiar o deberes).	AR de tiempo de trabajo (ver apartado 5.I). AR de relajación y respiración (ver apartado 5.I). Traer a la próxima sesión de terapia material de clase real para trabajar técnicas de estudio.
Padres (sólo acude la madre) Sesión 6 (5 de mayo de 2015)	
Revisión de las tareas: Trae AR de las dos semanas previas pero muy incompletas y mal registrado.	AR para auto-observación de su conducta verbal "reproches" (material para entrenar comunicación en la

<p>Psicoeducación: los padres como modelo de conducta.</p> <p>Negociación de visitas semanales en vez de quincenales (validando el esfuerzo que hacen).</p> <p>Explicación de economía de fichas (entrega de documentación explicativa. Ver resumen en ANEXO IV)</p> <p>Últimos 15 minutos: Pasa V.M.F a sesión y acordamos iniciar economía de fichas tras responder a sus dudas.</p>	<p>próxima sesión) (ver apartado 5.I).</p> <p>Completar libreta de puntos diariamente.</p>
<p>V.M.F. Sesión 10 (5 de mayo de 2015)</p>	
<p>Revisión de tareas: No ha realizado tareas de planificación (no ha estudiado nada), ni entrenamiento en respiración, ni ha traído a sesión material para trabajar técnicas de estudio.</p> <p>Valoración de la semana, a destacar la nueva expulsión del centro. Entrevista para valorar sus ideas y emociones al respecto. Detección de ideas irracionales de personalización.</p> <p>Explicación del análisis funcional del conflicto con los profesores.</p> <p>Exploración de las emociones que le genera recibir una crítica mediante role playing, así como su patrón de conducta agresiva.</p> <p>Reestructuración cognitiva de ideas irracionales relacionadas con la utilidad de su conducta rebelde.</p>	<p>AR de tiempo de trabajo (ver apartado 5.I).</p> <p>AR de relajación y respiración (ver apartado 5.I).</p> <p>Traer a la próxima sesión de terapia material de clase real para trabajar técnicas de estudio.</p>
<p>Padres (sólo acude la madre) Sesión 7 (12 de mayo de 2015)</p>	
<p>Revisión de las tareas: Libreta completada, registro de reproches no realizada.</p> <p>Valoración de la semana, a destacar que V.M.F ha mostrado interés en la búsqueda de instituto y que la madre marca límites a J. para que no se meta en sus conversaciones con V.M.F (se refuerza).</p> <p>Pautas: control estimular y refuerzo positivo de aproximaciones positivas a la conducta de estudio.</p> <p>Psicoeducación: dar órdenes (se facilita material, ver ANEXO II)</p> <p>Role playing de comunicación (dar una orden)</p>	<p>Completar libreta de puntos diariamente.</p> <p>AR para auto-observación de su conducta verbal "dar órdenes" (ver apartado 5.I).</p>
<p>V.M.F. Sesión II (12 de mayo de 2015)</p>	
<p>Revisión de tareas: No ha traído ninguna hecha, tampoco el material para trabajar técnicas de estudio.</p> <p>Economía de fichas: Confrontación puntos conseguidos frente a puntos posibles. Comenta cambio, el mayor reforzador ya no lo es porque ya no quiere ir (porque no van sus amigos).</p> <p>Revisión de objetivos. Adherencia al tratamiento.</p> <p>Generación de compromisos concretos de cara a la continuación del tratamiento</p>	<p>AR de tiempo de trabajo (ver apartado 5.I).</p> <p>Esquema que haya utilizado para estudiar los volcanes (para comprobar cómo estudia).</p> <p>Traer a la próxima sesión de terapia material de clase real para trabajar técnicas de estudio.</p>
<p>Padres (19 de mayo de 2015)</p>	
<p>Anulan la sesión porque por motivos de trabajo ninguno puede acudir</p>	
<p>V.M.F. Sesión 12 (19 de mayo de 2015)</p>	
<p>Revisión de las tareas: ninguna hecha, ha estudiado 30 minutos pero no lo ha registrado</p> <p>Valoración de la semana, a destacar que le hayan puesto dos partes, uno de ellos acusado de un robo de un teléfono, y no se los quiere enseñar a sus padres.</p>	<p>AR de tiempo de trabajo (ver apartado 5.I).</p> <p>Traer a la próxima sesión de terapia material de clase real para trabajar técnicas de estudio.</p>

<p>Role-playing: comunicación asertiva. A raíz de una situación difícil con el orientador en la cual V.M.F respondió de forma agresiva.</p> <p>Pautas de autocontrol (preparar conversaciones difíciles y observar su volumen de voz)</p>	
<p>Padres (sólo acude la madre) Sesión 8 (26 de mayo de 2015)</p>	
<p>Revisión de tareas: libreta completada, AR de comunicación contemplan 2 situaciones.</p> <p>Valoración de la semana, a destacar expulsión de V.M.F durante un mes. Está muy enfadado y la situación en casa es muy tensa.</p> <p>Ajuste de normas y tareas de cara al tiempo de expulsión (creación de un horario específico con actividades cuyo cumplimiento se verá reforzado con puntos).</p> <p>Revisión del asunto del cambio de instituto, resuelto.</p> <p>Entrenamiento en comunicación: marcar normas. Psicoeducación, role-playing y técnica de respiración para control de su propia activación.</p> <p>Explicación de la técnica de extinción</p> <p>Revisión de cómo están controlando las conductas de V.M.F y corrección de errores.</p>	<p>Completar libreta de puntos diariamente.</p> <p>AR para auto-observación de su conducta verbal “dar órdenes, marcar normas y situaciones difíciles” (ver apartado 5.1).</p> <p>Horario semanal con actividades y registro de su cumplimiento.</p> <p>Errores en la comunicación (material facilitado para reconocimiento de su estilo comunicativo → problemas de impresión, no pueden llevarse la tarea) Ver ANEXO III.</p>
<p>V.M.F. Sesión I3 (26 de mayo de 2015)</p>	
<p>Valoración de la semana, a destacar la nueva expulsión del centro (hasta el 17 de junio). Entrevista para organizar las tareas y generar una planificación semanal durante el tiempo que dure la expulsión.</p> <p>Activación conductual (él mismo genera conductas alternativas para los días de expulsión, teniendo en cuenta las normas).</p> <p>Negociación del tiempo de trabajo obligatorio (poder hacerlo por la mañana).</p> <p>No ha traído el material de trabajo, de modo que no se inicia el trabajo con técnicas de estudio.</p> <p>Revisión del menú de reforzadores y ampliación de la conducta “cumplimiento de planificación”.</p>	<p>AR de tiempo de trabajo (ver apartado 5.1).</p> <p>Apuntar en una hoja o agenda los deberes el día que los pida a una compañera y traer a sesión.</p> <p>Traer a terapia el material de trabajo para técnicas de estudio.</p>
<p>Padres (sólo acude el padre) Sesión 9 (2 de junio de 2015)</p>	
<p>Revisión de las tareas: Han completado el registro de puntos y han elaborado un horario de tareas para V.M.F (no del modo adecuado). No han realizado el AR de comunicación. No han podido hacer la reflexión sobre errores de comunicación por cuestiones ajenas a ellos.</p> <p>Valoración de la semana, a destacar conducta agresiva de V.M.F ante la negativa de salir de casa llevando alcohol.</p> <p>Cambio en conductas de economía de puntos: “llegar a tiempo” sólo se puntuará viernes, sábado y domingo. Se mantiene la conducta “cumplir el horario de tareas” como vía para trabajar la responsabilidad.</p> <p>Repaso de las pautas aprendidas para dar una orden (se facilita documento resumen para facilitar la práctica en casa; ver ANEXO II: Antes de dar una orden. . .¡¡recuerda!!).</p> <p>Role-playing: dar una orden en una situación difícil o tensa.</p> <p>Explicación de AR de tensión.</p>	<p>Completar libreta de puntos diariamente.</p> <p>AR de comunicación (ver apartado 5.1).</p> <p>AR de tensión (ver apartado 5.1).</p> <p>Errores de comunicación</p>

V.M.F. Sesión I4 (2 de junio de 2015)	
<p>Revisión de tareas: no ha hecho ninguna.</p> <p>Asegura que ha hecho deberes de inglés. Se le refuerza y se le explica que es importante que lo registre.</p> <p>Planificación durante tiempo de expulsión: confrontación y exploración de dificultades para el cumplimiento.</p> <p>Reestructuración cognitiva de ideas de “lo hacen para fastidiarme” y role-playing para trabajar la perspectiva del otro.</p> <p>Negociación de compromisos de cara a esta semana</p>	<p>AR de tiempo de trabajo (ver apartado 5.I).</p> <p>Apuntar en una hoja o agenda los deberes el día que los pida a una compañera y traer a sesión.</p> <p>Traer a terapia el material de trabajo para técnicas de estudio.</p>
Padres (acuden la madre y la hermana mayor) Sesión IO (9 de junio de 2015)	
<p>Revisión de las tareas: No han completado el AR de tensión ni el de comunicación, sí la libreta de puntos (mal completada, han permitido saldo negativo aplicando sin saberlo coste de respuesta) y la tarea de errores en la comunicación.</p> <p>Valoración de la semana, a destacar que han sido la fiestas del barrio lo que ha motivado que V.M.F. no haya estudiado nada y haya incumplido sistemáticamente los horarios de llegada a casa (hasta hora y media más tarde), generando conflictos familiares.</p> <p>Psicoeducación en modificación de conducta: analizamos los pros y los contras de los métodos de castigo que han utilizado de forma espontánea esta semana y las consecuencias en términos funcionales en la conducta de su hijo.</p> <p>Role-playing de situación comunicacional difícil: repasando los pasos de “dar una orden” e incluyendo aspectos contextuales, esto es reducción de estresores ambientales.</p> <p>Inicio de explicación respiración abdominal</p>	<p>Completar libreta de puntos diariamente.</p> <p>AR de comunicación (ver apartado 5.I).</p> <p>AR de tensión (ver apartado 5.I).</p>
V.M.F. Sesión I5 (12 de junio de 2015)	
<p>Revisión de tareas: no ha hecho ninguna.</p> <p>Valoración de la semana: A destacar, esta semana ha terminado los exámenes. V.M.F. asegura que ha estudiado pero no lo ha registrado. Se analizan las dificultades que ha tenido en ese caso y se le refuerza por haberlo intentado.</p> <p>Repaso de lo aprendido hasta ahora en terapia: es necesario afianzar el entrenamiento en relajación y respiración, así como el uso de las autoinstrucciones. Sí se observa una mayor conciencia del problema.</p> <p>Autocontrol: demora de respuesta, aprovechando situación en sesión “querer mirar el móvil” se inicia la justificación de trabajar este objetivo en terapia y se pide que identifique las situaciones en las que más le cuesta tener autocontrol (todas las que nombra son verbales).</p> <p>Introducción al entrenamiento en comunicación asertiva, psicoeducación: qué es comunicación asertiva y la diferencia con los patrones pasivo y agresivo.</p>	<p>AR de comunicación (ver apartado 5.I).</p> <p>AR de tiempo de trabajo (ver apartado 5.I).</p> <p>Apuntar en una hoja o agenda los deberes el día que los pida a una compañera y traer a sesión.</p> <p>Traer a terapia el material de trabajo para técnicas de estudio.</p>

\*El número de sesión corresponde al orden de visita, es decir que tiene en cuenta todas las sesiones de psicoterapia, incluidas las sesiones de evaluación.

AR: autorregistro (ver modelos de autorregistro en apartado 5.I de evaluación)

Figura 7.3.2 *Tratamiento planeado.*

PLAN DE TRATAMIENTO CON V.M.F.
<p>Técnicas a trabajar durante los meses de verano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Habilidades de comunicación asertiva.</li> <li>○ Reestructuración cognitiva.</li> <li>○ Uso de técnicas operantes para lograr aumentar el tiempo de dedicación a las conductas de estudio (aproximaciones sucesivas).</li> <li>○ Demora de respuesta (aplicada a diferentes conductas).</li> </ul> <p>Técnicas a trabajar a partir del inicio del nuevo curso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afianzar el entrenamiento en relajación y respiración.</li> <li>○ Iniciar entrenamiento en técnicas de estudio.</li> <li>○ Uso de técnicas operantes para lograr aumentar el tiempo de dedicación a las conductas de estudio (aproximaciones sucesivas).</li> <li>○ Entrenamiento en planificación (modelado en sesión y refuerzo de aproximaciones sucesivas).</li> <li>○ Entrenamiento en técnicas de estudio.</li> <li>○ Seguimiento.</li> </ul>
PLAN DE TRATAMIENTO CON LOS PADRES
<p>Continuación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entrenamiento en comunicación (escucha activa, negociación, expresión emocional, realización de críticas constructivas).</li> <li>○ Modificación de conducta (hasta observar automatización de pautas adecuadas)-</li> <li>○ Entrenamiento en control de respiración y relajación muscular progresiva.</li> </ul> <p>Iniciar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reestructuración cognitiva.</li> <li>○ Psicoeducación, role-playing y técnicas operantes para la consecución de los objetivos generales (Fomento de la autonomía y responsabilidad de V.M.F y mejora de la capacidad de supervisión los estudios del menor).</li> <li>○ Seguimiento (tras comprobar el cumplimiento de los objetivos).</li> </ul>

## 8. DISEÑO

Para valorar la eficacia del tratamiento, se empleó un diseño de caso único ( $n=1$ ) sin grupo o caso control por falta de disponibilidad. El tratamiento aplicado ha sido de abordaje individual y el contenido de las sesiones no estaba predeterminado al inicio de la intervención, de este modo se ha podido adaptar ésta al ritmo de aprendizaje del paciente. Esta adaptación a las características individuales del caso es una de sus limitaciones metodológicas de cara a comparar la presente intervención con otras de casos similares.

En cuanto a las variables objeto de estudio, distinguimos entre variables dependientes, esto son las conductas incluidas en los objetivos de cambio, y las variables independientes, es decir las técnicas de intervención empleadas. Cabe destacar la presencia de variables extrañas debidas a la necesidad de recurrir a los padres como coterapeutas para la implantación de técnicas de modificación de conducta (Delgado Mejía, et. al. 2012). En la intervención con los padres la variable independiente es el entrenamiento realizado en las sesiones de terapia y la variable dependiente es el estilo comunicativo

Figura 8.1: Resumen de las variables dependientes, las variables independientes y las variables extras del caso.

VARIABLES DEPENDIENTES	VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLES EXTRAÑAS
Autocontrol Responsabilidad Estudio Creencias irracionales	Refuerzo positivo Extinción Reestructuración cognitiva Role-playing	Coste de respuesta Eficacia de los padres como coterapeutas.

Para acotar las variables autocontrol y responsabilidad se seleccionaron dos de sus manifestaciones conductuales disponibles en el repertorio de V.M.F. pero que en la actualidad aparecieran en una frecuencia menor de la deseada por sus padres, estas fueron el buen comportamiento con su hermano para el autocontrol y la puntualidad para la responsabilidad.

Así la variable autocontrol se consideró una variable discreta y se contabilizó su presencia en la medida en que no hubieran existido conflictos<sup>20</sup> entre V.M.F. y su hermano a lo largo de la tarde entre semana y en dos periodos, mañana y tarde, el fin de semana. Para la variable responsabilidad se utilizó como parámetro la frecuencia, es decir el número de veces a la semana que V.M.F. llegaba a casa a la hora marcada o antes de ésta. En el caso de la variable estudio hemos utilizado la duración, si bien a la hora de incluirla en los gráficos de resultados se ha optado por adaptarla al criterio de frecuencia “número de veces a la semana que cumple el tiempo de estudio pactado”. Es importante aclarar que en los casos en los que el tiempo de estudio o trabajo escolar fuese inferior al acordado en sesión era responsabilidad del menor registrarlo e informarlo, algo que no ha sucedido en ningún caso. Por último para medir la variable de creencias irracionales hemos recurrido a la frecuencia de aparición en el discurso de V.M.F. durante las sesiones.

En cuanto a las variables independientes, al tratarse de un caso clínico en un contexto de psicoterapia, el control sistemático de estas variables resulta difícil de delimitar. Del mismo modo no podemos cuantificar la intensidad del impacto que las variables extrañas hayan podido tener en los resultados de la terapia, si bien la observación de la evolución del caso nos lleva a generar hipótesis en esta línea.

Las características de la evaluación<sup>21</sup> y la línea de intervención iniciada<sup>22</sup>, impiden estudiar la fiabilidad de la intervención usando medidas post de las pruebas que se utilizaron en las tres primeras sesiones de evaluación. Tampoco disponemos de la información de los autorregistros ya que estos no han sido completados con asiduidad, sin embargo la libreta de puntos de economía de puntos sí permite dar cuenta de la evolución de las conductas en el presente caso. No obstante sí podemos asegurar que este trabajo cuenta con validez ecológica,

<sup>20</sup> Operativizados como insultos, amenazas, daño físico y/o discusiones.

<sup>21</sup> Por ejemplo, las escalas Weschler no deben repetirse en un tiempo inferior a 12 - 24 meses

<sup>22</sup> En vistas de los resultados de las pruebas de atención no consideró necesario trabajar técnicas relacionadas con la mejora de esta capacidad.

ya que la intervención se ha adaptado a las características del contexto del menor y los principales conflictos que han surgido en éste a lo largo de la intervención, es decir que la generalización de los resultados en terapia al contexto funcional de V.M.F y su familia era total y prueba de ello es el trabajo realizado con técnicas como el role-playing en la cual se representaban situaciones reales que le hayan generado o le fuesen a presentar dificultades de su vida diaria.

## 9. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos tras la intervención en los diferentes objetivos planteados. Conviene recordar que este es un caso no finalizado que en la actualidad sigue en tratamiento, de modo que algunos objetivos planteados aún no han sido objetos de intervención. Es por ello que en este apartado sólo abordaremos aquellos que se han trabajado hasta ahora.

### *Aumentar el tiempo de dedicación a la conducta de estudio*

Los logros alcanzados en este objetivo quedan reflejados en la libreta de puntos completada por los padres semanalmente, así como por la exploración específica en las sesiones con el menor. Consideramos que éstos son escasos ya que el tiempo dedicado al estudio apenas ha cambiado, a comienzos de la intervención éste era menor de 60 minutos semanales y a día de hoy la semana que más tiempo ha dedicado al estudio han sido 90 minutos, por lo que no podemos considerar que la diferencia respecto a la línea base resulte relevante. Si observamos la gráfica (figura 9.1) vemos que este dato, el más favorable corresponde a la semana 3, en la cual ha realizado la conducta de estudio en tres ocasiones<sup>23</sup>.

### *Desarrollar la capacidad de planificación asociada a la conducta de estudio*

Hasta el momento actual esta conducta se ha tratado de ser modelada en sesión, explicándole los beneficios de la organización del trabajo para planificar el tiempo necesario y poder supervisar sus propios logros al finalizar. Se han propuesto tareas sencillas de creación de horarios para los días que ha de permanecer en casa por la expulsión, por ser una forma de planificación más general y sencilla. Sin embargo, V.M.F. no ha llevado a cabo estas tareas, de modo que no podemos considerar que se haya alcanzado este objetivo.

### *Reducir su activación fisiológica asociada a la conducta de estudio*

En entrevista, V.M.F. asegura que lo aprendido en sesión tanto de relajación muscular como de respiración le ha servido para enfrentarse a la conducta de estudio con menor nivel de ansiedad. Sin embargo, al no registrarse la práctica del entrenamiento en casa y tras repasar con él en sesión lo aprendido de estas técnicas (sólo recordaba

---

<sup>23</sup> Conocemos el tiempo dedicado al estudio por la cantidad de puntos obtenida y por las aclaraciones solicitadas en la revisión de las tareas en sesión.

el ejercicio de tensión en las piernas y realizó de modo incorrecta la respiración) se pone en duda esta afirmación y se da por no cubierto este objetivo.

#### Eliminación de las creencias irracionales de personalización

A lo largo de las 16 sesiones llevadas a cabo con V.M.F. entre evaluación e intervención han sido muchas las veces que se han debatido con él ideas de personalización del tipo “todos los profesores me tienen manía” o de interpretación del pensamiento como “lo hacen para fastidiarme”. Si bien es cierto que no se ha solicitado ningún autorregistro de tipo ABC (situación, pensamiento, emoción) ni se ha instruido a V.M.F. en el modo en que se deben desmontar estos pensamientos desadaptativos en favor de generar otros alternativos más realistas, sí que se ha trabajado la confrontación con ciertas ideas, como las citadas en líneas previas, de dudosa utilidad para su adaptación y bienestar psicológico. Este debate se produjo en aquellas sesiones en las que durante la entrevista se observó cómo las ideas irracionales estaban siendo una barrera para el cambio (en este caso referido a iniciar acciones de responsabilizarse de su aprendizaje reglado). En este sentido, las verbalizaciones en terapia de V.M.F. y la comunicación del propio jefe de estudios (éste se puso en contacto con los padres del joven para informarles del cambio de actitud que habían notado algunos profesores en sus clases por parte de V.M.F.) parecen indicar que se está produciendo cierta fractura en estos esquemas de pensamiento. No obstante y dado que este es un caso que continúa siendo atendido, se pretende trabajar en futuras sesiones este objetivo de un modo más sistemático, siguiendo las pautas de la terapia racional emotiva de propuesta por A. Ellis (1956).

#### Aumento del autocontrol:

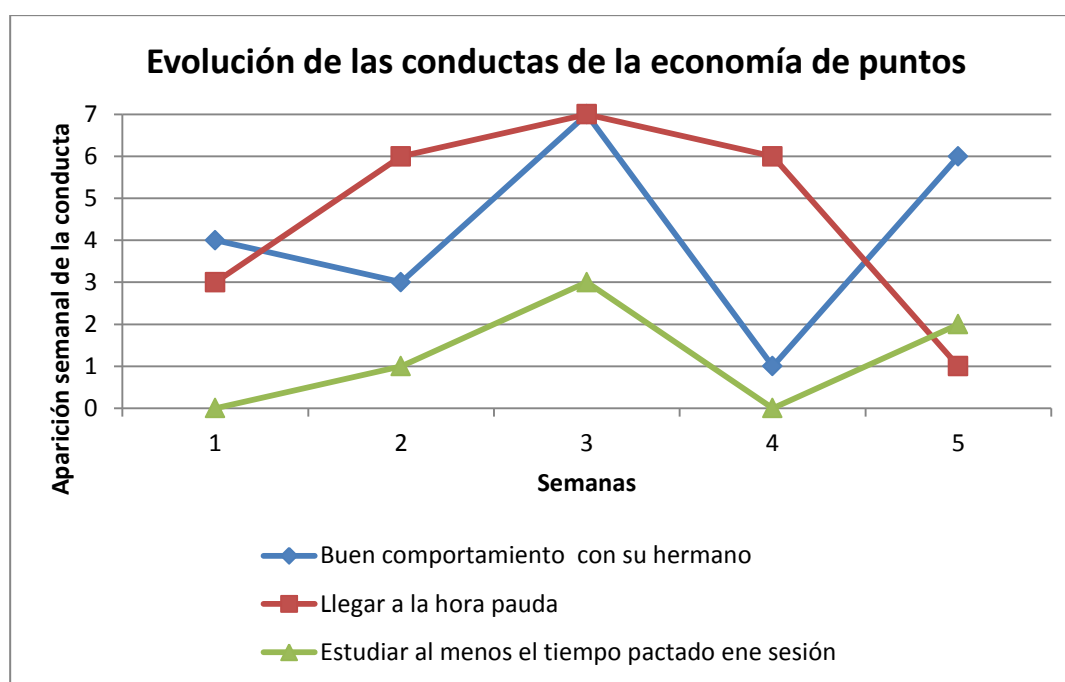
Al igual que sucedía con el objetivo de “aumento de la disciplina personal y la responsabilidad” este es un objetivo amplio, de manera que se decidió comenzar a trabajar el autocontrol asociado a los conflictos con su hermano. En la gráfica (figura 9.1) se observa la evolución de esta conducta a lo largo de las semanas de intervención, desde que se comienza a trabajar este objetivo, de forma que se representan los días que cada semana ha sido capaz de controlar su comportamiento con su hermano y evitar el conflicto. Podemos apreciar cómo ha habido mejoras en este objetivo, si bien es cierto que es fundamental ampliar esta capacidad de autocontrol a nuevas conductas como decir tacos, control de la ira o reducción del consumo de sustancias. El propio V.M.F. ha reconocido en entrevista sus logros en este sentido: “me acordé de lo que hablamos y esta vez yo me callé y pasé de él, aunque me costó”. También su madre reconoce que las pautas que se han trabajado con su hijo en sesión para este objetivo están funcionando porque a veces observa como en vez de enzarzarse a discutir con su hermano V.M.F. cede o se pone a hacer otra cosa, algo que antes nunca hacía.



### Aumento de la disciplina personal y la responsabilidad.

Son muchas las conductas mejorables en V.M.F. al amparo de este objetivo, sin embargo se decidió comenzar por la puntualidad como conducta principal a modificar, para una vez logrado este sub-objetivo generalizar el aprendizaje a nuevas conductas siguiendo pautas de modificación de conducta. No se dispone de datos de línea base porque los padres no completaron el autorregistro correspondiente, sin embargo, si observamos la gráfica (figura 9.1) sí se observan mejoras en esta conducta, aunque no son suficientes para considerar cumplido el objetivo, ya que ante la restricción del tiempo de ocio V.M.F. incumple sistemáticamente las normas establecidas de hora de vuelta a casa sin avisar. Como señalábamos en líneas previas, sin duda este es un objetivo muy amplio y que requiere comenzar por cumplir normas que impone el entorno (muy relacionado con el autocontrol) para más tarde interiorizarlas de modo que gobiernen su conducta de un modo adecuado.

Figura 9.1: Representación gráfica de consecución de las conductas incluidas en la economía de fichas durante las cinco semanas registradas hasta ahora.



Como se puede observar en la gráfica, no podemos hablar de consolidación de ninguna de las conductas premiadas hasta ahora. Por lo que sabemos gracias a la información obtenida en entrevista, esta falta de resultados positivos podría deberse a características especiales del entorno que condicionan la conducta de V.M.F. (por ejemplo, en la semana 5, el hecho de ser fiestas hace que no llegue a tiempo prácticamente ningún día, pero disminuye los conflictos con su hermano porque tienen que volver juntos y los conflictos entre ellos ponen en riesgo que puedan salir; también tener exámenes en esta semana ha facilitado que aparezca la conducta

de estudio) y la propia capacidad de los padres para hacer cumplir las normas y seguir las pautas de modificación de conducta aprendidas.

En relación a la intervención con los padres, podemos considerar que se han obtenido mejoras en el objetivo de “mejora en comunicación asertiva y emocional”, si bien este es un objetivo en el que se ha de seguir trabajando para considerarlo completamente superado. En este caso, se ha observado una mayor capacidad de los padres para reconocer momentos de comunicación difíciles en los que aplicar las pautas aprendidas en sesión. Sin embargo en la actualidad aún se mantiene una sobreestimación de sus cualidades como buenos comunicadores y no han automatizado las pautas aprendidas, algo que requiere mayor dosis de práctica en el contexto natural.

Otro objetivo que se ha trabajado con ellos es el de “mejora en el manejo de pautas de modificación de conducta”. No obstante, los logros alcanzados en este sentido son aún mínimos para considerar cubierto el objetivo. En la actualidad, mantienen sus hábitos de castigos indiscriminados y excesivos que no se mantienen hasta su total cumplimiento. Tampoco se observa un aumento destacable en la tasa de refuerzos verbales positivos ni un manejo adecuado de la extinción. Estas observaciones no pueden ser corroboradas por los datos de los autorregistros porque estos apenas fueron completados<sup>24</sup>.

## 10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo es mostrar la labor clínica realizado en un caso real que no se adapta a ninguna de las etiquetas diagnósticas de las que disponemos en los manuales y, por tanto, en el que la toma de decisiones clínicas ha sido fundamental. Si bien es cierto que los resultados obtenidos hasta ahora no han sido todo lo satisfactorios que cabría esperar a la luz de las técnicas utilizadas, sí lo son en relación a las expectativas que se tenían de participación de la familia y el menor en la intervención.

Desde el comienzo, este caso se presentaba como un auténtico reto, dado el historial de problemas de aprendizaje de V.M.F. y lo consolidada que estaba la conducta inapropiada de V.M.F. (no tiene hábito de estudio desde hace tres cursos académicos) Además los factores emocionales y sociales tan relevantes para el menor por su historia de aprendizaje (sufrió acoso escolar por parte de sus iguales) hacen de éste un caso tan delicado como interesante.

En este apartado vamos a analizar de forma crítica este trabajo, destacando las limitaciones y los aspectos a mejorar del mismo.

---

<sup>24</sup> Se entregó el primer autorregistro de focalización de atención positiva con una semana de retraso y mal completado (se registraron situaciones de castigo). A pesar de que se les reforzó por haber hecho el esfuerzo de completarlo y se les corrigieron los errores, no volvieron a completar la tarea.

En primer lugar, es fundamental hacer una reflexión sobre la importancia de la motivación en la adhesión al tratamiento y el éxito de la terapia. En este caso en particular éste es un factor con el que no se ha contado. Debemos recordar que la familia, en un primer momento sólo consideraba la revisión del supuesto TDAH, descartando de inicio la necesidad de acudir a sesiones de intervención. En el caso del menor, este desinterés por la terapia se observó ya en las primeras sesiones de evaluación, a las cuáles acudía de muy buena gana porque al ser por la mañana eso le permitía no tener que ir a clase. En esta misma línea, el factor económico parece haber sido un arma de doble filo en relación a la motivación, ya que, si bien por un lado ha facilitado que tanto los padres como el menor acudan a las sesiones, por otro el hecho de no tener éstas ningún coste podría haber influido en su involucración en la realización de las tareas que se pedían para casa o en el cumplimiento del compromiso semanal de las sesiones<sup>25</sup>. Sin duda esta es una de esas limitaciones que a modo de variable extraña podrían estar influyendo negativamente en los resultados expuestos hasta ahora. No obstante, y a sabiendas de cuán importante es la motivación, a lo largo de las sesiones se ha trabajado activamente para activar conductualmente a esta familia y concienciar, al menos, de la importancia de ser constantes y acudir a las sesiones. En la actualidad, se sigue trabajando esta adhesión en lo relacionado con las tareas.

Por otro lado otro de los factores a destacar como limitación de este trabajo ha sido la imposibilidad de colaboración interdisciplinar con los demás profesionales involucrados en el cambio de V.M.F., como son sus profesores y la psiquiatra que lo atiende en sesiones grupales semanales. Sin duda este sería un aspecto a mejorar en futuros trabajos de caso único con características similares. En el caso de los profesores hubiera resultado muy interesante programar una reunión con ellos, o bien reuniones individuales, para evaluar la situación desde su punto de vista y plantear una vía de intervención en la escuela. La dificultad en este caso reside en las múltiples ocasiones en las que V.M.F. se encuentra expulsado del centro, algo que el análisis funcional muestra como completamente inadecuado, si bien entendemos que los profesores del menor están en su derecho de aplicar los mecanismos de los que disponen para corregir la conducta inadecuada del joven. De algún modo se descartó la posibilidad de intervención por considerar que la figura del terapeuta habría corrido el riesgo de adquirir un rol mediador entre familia, menor y escuela; lo cual podría haber complejizado la intervención sobremanera. No obstante, y dado que el caso continúa en proceso, no se descarta solicitar la colaboración de los profesores del nuevo centro al que acudirá V.M.F. en septiembre, de modo que puedan actuar de coterapeutas e informadores activos de la evolución de la conducta del joven. No sucede lo mismo en relación con el profesional de psiquiatría que atiende a V.M.F. en la actualidad, dado que la negativa de colaboración y emisión de informe ha sido rotunda y parece inamovible. En este sentido, consideramos que éste habría sido un aspecto mejorable, ya que la información relacionada con el trabajo que se ha llevado a cabo hasta ahora y los motivos que le llevan a mantener la recomendación de relegar la importancia de los estudios, podrían habernos

---

<sup>25</sup> Es importante recordar que durante las primeras sesiones de intervención los padres aseguraban que sólo podían acudir puntualmente por motivos laborales.

ayudado a comprender mejor el caso en su totalidad y a enfocar la intervención de un modo complementario que optimizase los resultados, en la medida de lo posible.

Otra limitación de la intervención la situamos en el modelado ejercido por los padres del menor. Como se ha venido comentando a lo largo del trabajo, son muchas las ocasiones en las que los padres han mostrado conductas inadecuadas (como anular una sesión por no tener las tareas completadas, no realizar los autorregistros, comunicación inadecuada, perder los nervios hasta el punto de golpear a su hijo, etc.) similares a las que recriminan del joven. Este, llamémosle mal modelo de los padres, está resultando nefasto para la obtención de resultados positivos con la intervención. Es por ello que se está tratando de corregir, en la medida de lo posible, este aspecto para que no interfiera negativamente en la aplicación de futuras técnicas.

También consideramos que una de las principales barreras para el éxito de la intervención propuesta es el alto nivel de reforzadores con los que ha contado V.M.F. a lo largo de todo el tratamiento (especialmente la desproporción de horas dedicadas a salir con sus amigos). En este sentido, es importante destacar que si no se ha restringido desde el primer momento la cantidad de actividades reforzantes disponibles independientemente de las conductas de V.M.F., ha sido para evitar el abandono prematuro del tratamiento al comenzar la intervención con castigo, algo que resulta muy aversivo y que confirmaría sus creencias de personificación (“todos están en mi contra”). No obstante, este ajuste del refuerzo administrado en congruencia a las conductas adecuadas que muestre el joven será una de las máximas en la continuación de la intervención. Dado que no se ha producido un efecto de saciación, podemos seguir contando con la capacidad reforzante de esta conducta (salir con sus amigos), si bien es cierto que es necesario aplicar correctamente las técnicas operantes para conseguir los fines buscados.

Otra de las limitaciones a destacar es la dificultad de generalización de estos resultados a otros casos, dadas las múltiples particularidades de este caso.

Entre los aspectos mejorables, tanto en futuras intervenciones como en las restantes sesiones del presente caso, destacaría la necesidad de poner más énfasis en la realización de las tareas de autorregistro ya que la información que nos proporcionan son muy valiosa para conocer la línea base de los comportamientos estudiados, la evolución de éstos y poder valorarla eficacia de la intervención. También forzar la información interprofesionales, en concreto con la psiquiatra que atiende el caso<sup>26</sup> ya que considero fundamental que ambos trabajos sean congruentes y no generen pautas contradictorias que confundan a la familia y al propio V.M.F.

Personalmente agradezco a mi tutora la oportunidad y al confianza depositada en mí para llevar de forma prácticamente íntegra este caso (a excepción de la primera sesión de recogida de la demanda) porque todas las dificultades que me he encontrado han sido aprendizajes de esos que, si bien no pueden adjuntarse en un

---

<sup>26</sup> la cual solicitó ser ella quien se pusiera en contacto con nosotros, algo que finalmente no ha ocurrido.

currículum, forman parte ya de mi acervo profesional. Pienso que este caso me ha permitido aumentar mucho mi paciencia y la tolerancia a la frustración. También ha hecho que emerjan de mí recursos que antes desconocía que tenía o al menos que era capaz de desplegar en momentos críticos de un modo espontáneo y natural, como la creatividad y la solución de problemas. Pero sobre todo, este caso me ha permitido asomarme a “la clínica de verdad”, esa que va a su propio ritmo (con dos pasitos para delante y uno para atrás como decía la canción), en la que los pacientes por dar su mejor cara se dejan en el tintero información valiosísima, la de las resistencias y las ambivalencias, la que no se siempre aparece publicada.

## II. REFERENCIAS

- Adell, M. A. (2006). *Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Agencia Vasca de Tecnologías Sanitarias OSTEBA (2013) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): ¿infra o sobrediagnosticado?, ¿infra o sobremedicado?, una reflexión. *Información farmacoterapéutica de la comarca, Vol. 21, N°5*, 34-39.
- Álvarez, A. J. (2008). TDAH: Reflexiones y desafíos. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria, Vol.8, N°2*, 185-194.
- Amador, J. A., Santacana, M., Olmos, J., y Cebollero, M. (2005). Utilidad diagnóstica del cuestionario TDAH y del perfil de atención para discriminar entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del aprendizaje y controles. *Anuario De Psicología, Vol. 36, N°2*, 211-224.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Médica Panamericana.
- Barkley, R. A. (2007). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales: Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de *trastorno* en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud, Vol. 10, N°2*, 1021-1038.
- Brown, T. E. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson
- Brown, T. E. (2006). *Trastorno por déficit de atención: Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Masson.
- Castillo, S., y Polanco, L. (2004). *Enseña a estudiar... aprende a aprender: Didáctica del estudio*. Madrid: Pearson Educación.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Delgado Mejía, I. D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L. y Zuluaga, J.B. (2012) Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista argentina de clínica psicológica, Vol. 21, N°1*, 45-51.
- Ellis, A., & Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, C., y Amigo, I. (2008). *Aprender a estudiar: ¿Por qué estudio y no apruebo?*. Madrid: Pirámide.
- García de Vinuesa, F., González, H., & Pérez, M. (2014). Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y del trastorno bipolar. Madrid: Alianza.
- García-Valdecasas, J., y Vispe, A. (2011). Mercaderes en el templo: Hegemonía del paradigma bio-comercial en psiquiatría. *Revista de la Asociación Española De Neuropsiquiatría, Vol.31, N°2*, 321-341.
- González Cabanach, R. (2004). *Estrategias y técnicas de estudio: Cómo aprender a estudiar estratégicamente*. Madrid: Pearson Educación.
- Labrador, F. J. (2012). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

- Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece: Soluciones realistas para padres desorientados*. Madrid: Pirámide.
- Lavigne, R., y Romero, J. F. (2010). *El TDAH: ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?*. Madrid: Pirámide
- Leavy, P. (2013). ¿Trastorno o mala educación? Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud, Vol.II, N°2*, 675-688.
- López, C., y Romero, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- López, J. A., Rodríguez, L., Sacristán, A. M., Garrido, M., Martínez, M. T., y Andrés, J. M. (2011). Validez de los criterios DSM-IV según respuesta de los padres en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Asociación Española De Neuropsiquiatría, Vol.31, N°2*, 271-283.
- Lora, J.A. y Moreno, I. (2010). Prevalencia del trastorno por déficit de atención en escolares: comparación entre criterios diagnósticos y criterios clínicos. *Psicología conductual, Vol.18, N°2*, 365-384.
- Macià, D. (2007). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia: Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar*. Madrid: Pirámide.
- Macià, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud, Vol.20, N°3*, 249-259
- Megía, M. (2002). *Técnicas personales de estudio: Cómo superar la educación secundaria con facilidad*. Madrid: CEPE
- Miranda, A., Soriano, M. y García, R. (2002). Optimización del proceso enseñanza/aprendizaje en estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Revista de psicología y psicopedagogía, Vol.I, N°2*, 249-274.
- Olivares Rodríguez, J., & Méndez Carrillo, F. X. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Pérez, M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Ramos-Paúl, R. y Torres, L. (). *Niños: Instrucciones de uso*. Aguilar
- Ramos-Quiroga, J. A., Bosch, R., y Casas, M. (2009). *Comprender el TDAH en adultos: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos*. Barcelona: Amat.
- Rubiales, J., Bakker, L., y Delgado Mejía, I. D. (2011). Organización y planificación en niños con TDAH: Evaluación y propuesta de un programa de estimulación. *Cuadernos de neuropsicología, Vol.5, N°2*, 145-161
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., y Alda-Díez, J.A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes. *Actas españolas de psiquiatría, Vol. 41, N°1*, 44-51.
- Soutullo, C., y Bejega, J. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Buenos Aires: Médica Panamericana
- Young, S., & Bramham, J. (2009). *TDAH en adultos: Una guía psicológica para la práctica*. México: Manual Moderno.

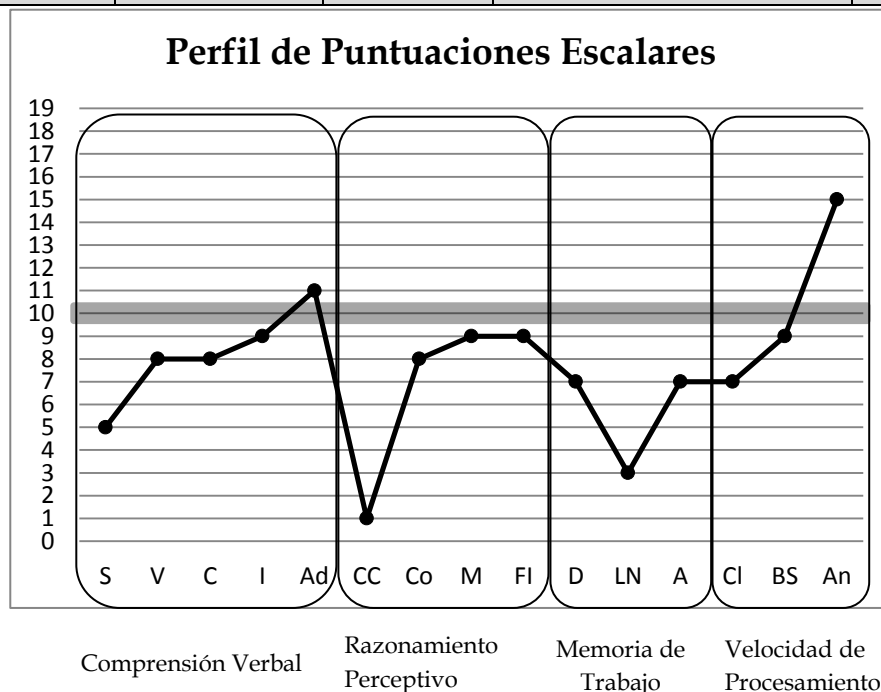
## ANEXO I ; Resultados de las pruebas de evaluación.

### Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC-IV)

Edad cronológica 15 años, 6 meses y 5 días

Índice	Suma ptos. escalares	Puntuación Compuesta	Percentil	Intervalo de confianza (95%)
Comprensión verbal	28	97	43	90-106
Razonamiento perceptivo	26	91	27	84-100
Memoria de Trabajo	14	82	11	75-93
Velocidad de procesamiento	24	112	80	101-120
<b>CI Total<sup>27</sup></b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>30</b>	<b>86-99</b>

TEST		Puntuación Directa	Puntuación Escalar	TEST		Puntuación Directa	Puntuación Escalar
Cubos	Cc	14	1	Comprensión	C	25	8
Semejanzas	S	19	5	Búsqueda de símbolos	BS	30	9
Dígitos	D	14	7	Figuras incompletas	FI	30	9
Conceptos Co		18	8	Animales	An	124	15
Claves	Cl	57	7	Información	I	23	9
Vocabulario	V	42	8	Aritmética	A	21	7
Matrices	M	25	9	Letras y números	LN	13	3
Adivinanzas	Ad	19	11				



<sup>27</sup> Los resultados que se presentan en la tabla se han obtenido tras sustituir las pruebas complementarias de cada índice por la peor de las pruebas obligatorias en dicho índice.

El motivo de este cambio es corregir el efecto negativo que la ansiedad de evaluación por falta de familiarización con la evaluadora y las pruebas haya podido tener, dado que las pruebas principales del WISC-IV se pasaron en la primera sesión de evaluación, mientras que las complementarias fueron respondidas en sesiones posteriores, en las cuales ya se había generado un mayor vínculo.



**Matrices progresivas de Raven:** Puntuación Directa 42 (puntuación consistente).

Percentil 50 (término medio)

Puntuaciones directas en cada parte de la prueba:

A=11, B=12, C=6, D=9, E=4

### Evaluación Factorial de Aptitudes Intelectuales, EFAI : CI= 85

Estilo de respuesta:

Índice de rapidez: p. directa 87, eneatipto 8

Índice de eficacia: p. directa 26, eneatipto I

Factores negativos y expectativas:

Evaluación negativa: p.directa 22, eneatipto 6

Expectativas: p. directa 9, eneatipto 2

Discrepancia entre expectativas e índice general: p.  
directa -I, eneatipto 4

Índice	Puntuación Directa	Percentil	Eneatipto
Espacial	6	24	4
Razonamiento	4	8	2
Numérico	7	29	4
Verbal	6	29	4
Memoria	12	29	4
Índice No Verbal	8	28	4
Índice Verbal	6	12	3
Índice General	14	15	3

**Test de Factor “g” (escala 3 forma A)** Puntuaciones directas: 3 (test 1), 3 (test 2), 6 (test 3), 5 (test 4),

Puntuación directa total 17; CI 83

**Test de Percepción de Diferencias CARAS-R** Aciertos: P.D. 47, C 80, E. 7.<sup>28</sup>

Errores: P.D. 2, C 90, E.8.

Aciertos – Errores: P.D. 45, C 75, E.6.

Índice de Control de Impulsividad: P.D. 91.85, C 20, E.3.

### Test de Atención d2

Total respuestas dadas P.D. 509, C 90

Total aciertos P.D. 206, C 96

Omisiones P.D. 9, C 60

Índice de variación P.D. 17, C 50

Índice de Concentración P.D. 206, C 96

Efectividad en la prueba P.D. 500, C 90

Errores de comisión P.D. 0, C 80

Porcentaje de errores: 1.77%

### Prueba Perceptiva y de Atención TP-R

Respuestas dadas: PD 211

Posibilidades: PD 228

Errores: PD 5

Índice Global de Atención y Percepción: 179 C80-50

Aciertos: PD 206

Omisiones: PD 22

Índice de Control de la Impulsividad: 95.26

**Test de Colores y Palabras STROOP** Palabra: 70 (ítem alcanzado), PD 73 y C 32

Color: 48 (ítem alcanzado), PD 48 y C 28

Palabra-Color: 34 (ítem alcanzado), PD 34 y C 29

Interferencia: PD 5 y C 55

**Autoconcepto Forma 5, AF-5** Académico PD 2.75, C12

Emocional PD 8.68, C96

Social PD 9.10, C87

Familiar PD 9.11, C70

<sup>28</sup> P.D. =puntuación directa; E.= eneatipto; C = centil

### Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, TAMAI 2

Escala	PD	Percentil	Nivel
<b>Inadaptación General</b>	49	81-95	Alto
<b>Inadaptación Personal</b>	8	41-60	Medio
Insatisfacción personal	0	Sin constar	Sin constar
Desajuste afectivo	8	Sin constar	Sin constar
Cogniafección	2	61-80	Medio - Alto
Cognipunición	6	Sin constar	Sin constar
Somatización	1	Sin constar	Sin constar
Depresión	5	61-80	Medio - Alto
Autosuficiencia defensiva	1	Sin constar	Sin constar
Inadaptación Escolar	24	96-99	Muy Alto
Aversión a la instrucción	18	96-99	Muy Alto
Hipolaboriosidad	5	81-95	Alto
Hipomotivación	8	81-95	Alto
Aversión al profesor	5	96-99	Muy Alto
Indisciplina	6	96-99	Muy Alto
<b>Inadaptación Social</b>	17	81-95	Alto
Autodesajuste social	14	96-99	Muy Alto
Autodesajuste social	2	81-95	Alto
Disnomia	12	96-99	Muy Alto
Restricción social	3	Sin constar	Sin constar
<b>Insatisfacción Ambiente Familiar</b>	0	Sin constar	Sin constar
<b>Insatisfacción con los Hermanos</b>	3	81-95	Alto
<b>Educación Adecuada Padre</b>	59	1-5	Muy Bajo
Educación asistencial-personal	9	Sin constar	Sin constar
Permisivismo	0	Sin constar	Sin constar
Restricción	10	96-99	Muy Alto
Perfeccionismo	4	96-99	Muy Alto
Estilo aversivo	6	96-99	Muy Alto
Rechazo afectivo	1	61-80	Medio - Alto
Perfeccionismo hostil	4	96-99	Muy Alto
Marginación afectiva	2	81-95	Alto
<b>Educación Adecuada Madre</b>	138	21-40	Medio - Bajo
Educación asistencial-personal	8	Sin constar	Sin constar
Permisivismo	1	61-80	Medio - Alto
Restricción	1	Sin constar	Sin constar
Asistencia restrictiva	1	61-80	Medio - Alto
Marginación afectiva	1	61-80	Medio - Alto
Rechazo afectivo	0	Sin constar	Sin constar
Personalización restrictiva	0	Sin constar	Sin constar
Perfeccionismo hostil	0	Sin constar	Sin constar
Perfeccionismo hipernómico	0	Sin constar	Sin constar

### BASC S3<sup>29</sup>

Escalas	P. D.	P. T.	Nivel
<b>Escalas Clínicas</b>			
Actitud negativa hacia el colegio	8	68	Alto, en riesgo
Actitud negativa hacia los profesores	8	69	Alto, en riesgo
Búsqueda de sensaciones	11	70	C.S
Atipicidad	5	54	Medio
Locus de control	5	56	Medio
Somatización	2	56	Medio
Estrés social	3	51	Medio
Ansiedad	5	43	Medio
Depresión	3	55	Medio
Sentido de incapacidad	6	60	Alto, en riesgo
<b>Escalas adaptativas</b>			
Relaciones interpersonales	16	57	Medio
Relaciones con los padres	6	39	Bajo, en riesgo
Autoestima	8	57	Medio
Confianza en uno mismo	7	51	Medio
<b>Dimensiones globales</b>			
Desajuste clínico	209	53	Medio
Desajuste escolar	213	74	C.S.
Ajuste personal	203	51	Medio
ISE (índice de síntomas emocionales)	296	49	Medio
<b>Escalas de control</b>			
Índice L (deseabilidad social)	2	Normal	
Validez	0	Normal	
Índice F (negatividad en las respuestas)	4	Precaución	
ICR (índice de consistencia de respuestas)	2	Normal	
PTR (índice de patrón de respuesta)	85	Normal	

<sup>29</sup> PT= puntuación típica; C.S= Clínicamente Significativo.

Discrepancia educativa	11	81-95	Alto
Pro-Imagen	3	Sin constar	Sin constar
Contradicciones	6	96-99	Muy Alto

### BASC-P3

Escalas	P. D.	P. T.	Nivel
<b>Escalas Clínicas</b>			
Agresividad	6	48	Medio
Hiperactividad	6	47	Medio
Problemas de conducta	6	55	Medio
Problemas de atención	12	57	Medio
Atipicidad	3	55	Medio
Depresión	2	41	Medio
Ansiedad	7	50	Medio
<b>Retraimiento</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	<b>Bajo, en riesgo</b>
Somatización	2	43	Medio
<b>Escalas adaptativas</b>			
Habilidades sociales	18	42	Medio
Liderazgo	14	41	Medio
<b>Dimensiones globales</b>			
Exteriorizar problemas	154	52	Medio
Interiorizar problemas	134	44	Medio
Habilidades adaptativas	82	40	Medio
ISC (índice de síntomas comportamentales)	300	50	Medio
<b>Escalas de control</b>			
Índice F (negatividad en las respuestas)	1	Normal	
ICR (índice de consistencia de respuestas)	7	Normal	
PTR (índice de patrón de respuesta)	45	Normal	

### BASC-T3

Escalas	P. D.	P. T.	Nivel
<b>Escalas Clínicas</b>			
Agresividad	21	78	CS
Hiperactividad	31	85	CS
Problemas de conducta	25	128	CS
Problemas de atención	21	79	CS
Problemas de aprendizaje	26	84	CS
<b>Atipicidad</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<b>Alto, en riesgo</b>
Depresión	4	57	Medio
Ansiedad	7	53	Medio
Retraimiento	4	54	Medio
Somatización	0	44	Medio
<b>Escalas adaptativas</b>			
<b>Habilidades sociales</b>	<b>8</b>	<b>37</b>	<b>Bajo, en riesgo</b>
Liderazgo	7	45	Medio
<b>Habilidades para el estudio</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>Bajo, en riesgo</b>
<b>Dimensiones globales</b>			
Exteriorizar problemas	299	108	CS
Interiorizar problemas	154	52	Medio
Problemas escolares	163	84	CS
<b>Habilidades adaptativas</b>	<b>82</b>	<b>40</b>	<b>Bajo, en riesgo</b>
ISC (índice de síntomas comportamentales)	413	76	CS
<b>Escalas de control</b>			
Índice F (negatividad en las respuestas)	5	Extrema precaución	
ICR (índice de consistencia de respuestas)	2	Normal	
PTR (índice de patrón de respuesta)	40	Normal	

### Conners para padres

Conducta	PD=6, Negativo
Aprendizaje	PD=1, Negativo
Psicosomático	PD=1, Negativo
Impulsividad	PD=2, Negativo
Ansiedad	PD=3, Negativo
General	PD=3, Negativo

### Conners para profesores

Problemas de Conducta	PD=11, Positivo
Hiperactividad	PD=15, Positivo
Inatención/pasividad	PD=16, Positivo
Índice de hiperactividad	PD=18, Positivo

## ANEXO II: Pautas para dar órdenes (psicoeducación y autoinstrucciones para facilitar la práctica en casa)<sup>30</sup>.

### DAR ÓRDENES

Para que las órdenes sean más fáciles de cumplir deben contemplar las características siguientes:

- Ser claras y específicas.
- Ser comprensibles para el menor (expresada en términos que comprenda).
- Ser cortas
- Ser coherentes, es decir que no se deban a la improvisación, sino al acuerdo previo de los padres.
- Ser firmes
- Describir las consecuencias de su cumplimiento y de su incumplimiento.
- Ser para todos y para siempre (no pueden depender del estado de ánimo de los padres en cada momento y deben ser cumplidas por todos, incluidos los padres ej. “no se grita”).
- No entrar en contradicción unas con otras.
- Darse en número reducido (esto es, no dar 3 o 4 a la vez), preferiblemente de una en una.
- Dejar el suficiente tiempo entre unas y otras como para permitir el cumplimiento de cada una de ellas.
- No deben ir acompañadas de contacto físico instigador.
- Si es posible, darlas en el mismo lugar en el que se encuentra el niño y asegurándonos en todo momento de que nos está atendiendo (si es necesario, pedir después que nos repita la orden para garantizar que nos ha entendido).

### ANTES DE DAR UNA ORDEN,... ¡¡ RECUERDA !!

#### I. STOP

¿Cómo estoy?

- a) Me noto nervioso y tenso → Entonces inicio respiración. Si veo que no es suficiente abandono la sala hasta que sienta que puedo iniciar una conversación tranquila.
- b) Me noto calmado → Entonces puedo iniciar la comunicación.

#### 2. ATENCIÓN

¡¡Recuerda!! Es importante asegurarnos de que nos están atendiendo, para ello busca la forma de poder mantener el contacto visual, eliminar distractores y estar en una posición que invite a mantener una conversación tranquila y sin prisas.

#### 3. INFORMACIÓN

Ahora que estoy tranquilo y sé que me están escuchando es el momento de lanzar mi mensaje de la forma más clara y concisa posible. No es necesario dar muchas explicaciones pero sí es importante recordar las consecuencias del cumplimiento/incumplimiento de la norma.

#### 4. EMOCIÓN

No olvides ponerte en el lugar del otro y tratar de entender sus dificultades para cumplir la norma. Hacer saber al otro que le comprendes ayudará a que cumpla la orden.

Finalmente recuerda ¡¡no entrar en debates interminables ni renegociaciones que te impidan mostrarte firme!!

<sup>30</sup> Aclarar que estos materiales se entregaron en diferentes documentos y sesiones, pero que por cuestiones de espacio se han incluido en el mismo ANEXO

### ANEXO III: Tarea de reconocimiento de errores en la comunicación.

#### ERRORES EN LA COMUNICACIÓN

A continuación se muestran una serie de errores que todos cometemos frecuentemente al tratar temas importantes con otras personas o discutir asuntos comprometidos. Es común que nunca nos hayamos parado a pensar en ellos, por eso ahora es el momento de hacerlo. Lea atentamente cada uno de ellos y señale aquellos que crea que reflejan más a su estilo de comunicación o con los que más se identifique.

- Utilización excesiva de referencias a un pasado o un futuro hipotético.
- Hablar sobre un asunto que no muestra una clara conexión con el tema que se está discutiendo en ese momento.
- No utilizar suficientemente el lenguaje positivo, omitiendo alabanzas o cosas agradables del comportamiento del otro o aspectos positivos de lo que el otro dice.
- Hablar en exceso o de forma muy rápida, interrumpiendo al otro en sus explicaciones.
- Esforzarse en explicar con mucho detalle un aspecto irrelevante o que no es tan importante.
- Responder a una pregunta que nos hace el otro de manera muy extensa.
- Utilizar palabras complicadas, difíciles o raras.
- Realizar afirmaciones radicales del tipo blanco o negro (todo o nada, siempre y nunca).
- Generalizar en exceso, refiriéndose a conductas o hechos que ocurren de vez en cuando como si ocurriesen todo el tiempo o sin especificar en qué momento ha ocurrido.
- Evitar ciertos temas en la conversación.
- Insistencia en un tema o asunto.
- Falta de especificidad, utilizar un lenguaje inconcreto o mensajes generales y abstractos.
- Hablar con un tono muy bajo o excesivamente alto (gritos).
- Exceso de conducta emocional durante el habla (lo contrario a una conversación tranquila y calmada).
- No admitir ni reconocer ninguna afirmación del otro aunque sea parcialmente.
- Responder a una queja del otro con otra queja sobre él (contrario a admitir o aclarar el asunto).
- Dirigir expresiones ofensivas al otro (como por ejemplo insultos o reproches).
- Suponer que uno sabe lo que el otro está sintiendo, pensando o quiere decirnos.
- Negarse a reconocer la parte de responsabilidad que uno tiene en el conflicto.
- Descripción general de los problemas (contrario a descripción operativa mediante conductas concretas correctamente descritas).

## ANEXO IV: Resumen de las instrucciones de la economía de fichas

### ❖ Comportamientos objetivo:

- **Dedicarse a tareas escolares durante los plazos marcados en sesión.** : *Se concederán puntos si V.M.F permanece durante el tiempo estipulado realizando conductas adecuadas (leer, hacer deberes, realizar trabajos, etc) o al menos no disruptivas (permanecer sentado y en actitud tranquila, a pesar de distraerse o tener dificultades para mantener la atención en la tarea).* Según vaya avanzando el tratamiento las exigencias para conceder los puntos aumentarán, no obstante estos cambios serán debidamente informados. En caso de que no se respete el tiempo dedicado al estudio, NO se restarán puntos, sólo dejarán de ganarse. (Igual para el resto de conductas)
- **Ausencia de comportamientos disruptivos con su hermano:** *se concederán puntos por buen comportamiento si no se produce ningún conflicto (pelea, insultos, coger cosas sin permiso, etc.) con su hermano a lo largo del día..*
- **Respetar la hora de llegada a casa.:** *Se concederán puntos cada día que vuelva a casa dentro de la franja horaria pactada con los padres.*

### ❖ Sistema de puntos

Es fundamental que el adulto sea testigo de la conducta que se vaya a puntuar o la haya supervisado de forma directa. No deben concederse puntos a demanda del joven.

Los puntos se han de conceder de manera inmediata a la aparición de la conducta

Es importante acompañar siempre de elogios verbales y felicitaciones la asignación de puntos. Es fundamental NO incluir ningún reproche o sugerencia de mejora

También es importante explicitar por qué se le dan los puntos

Los puntos que se concederán a las conductas objetivo son los siguientes:

- ***Dedicarse a tareas escolares durante los plazos marcados en sesión = 20 puntos***  
Por cada 10 minutos que dedique extras al estudio, se sumarán 10 puntos extras.  
los fines de semana se concederán 10 puntos por cada 10 minutos de trabajo
- ***Ausencia de comportamientos disruptivos con su hermano = 10 puntos***  
Los fines de semana, se dividirá el día en dos franjas cada una de las cuales se puntuará con 10 puntos.
- ***Respetar la hora de llegada a casa = 5 puntos***

### ❖ Cómo anotar los puntos

En una libreta custodiada por los padres, dibujad una tabla a modo de balance en la que se refleje el saldo de puntos de V.M.F En ella se ha de incluir los puntos que gana cada día, el concepto y los gastos que haga al canjear los puntos por premios..

### ❖ Cuándo canjear los puntos

Los puntos podrán ser canjeados en cualquier momento, siempre que se disponga de la libreta y se pueda comprobar que se dispone de puntos suficientes para ello.

En caso de disponer de puntos, pero que por circunstancias ajenas al menor los padres decidan que dar ese premio en ese momento es inadecuado, se le explicará el motivo de esta dificultad (por ejemplo estar fuera de casa y no disponer de un videojuego) y buscarán otras opciones dentro de la lista, en ningún caso se generarán premios alternativos (por ejemplo, un familiar le da dinero para que vaya a los recreativos).

### ❖ Menú de premios (*inicial, se ha revisado a lo largo de la terapia*)

Competición de Skate (30 de mayo).....	300 puntos
Ir a parque cubierto Skate .....	250 puntos
Zapatillas (25€).....	200 puntos
Colonia.....	150 puntos
Ir al cine.....	120 puntos
Ir a cenar fuera de casa.....	100 puntos
Ampliación 1 hora salir.....	80 puntos
Recorrer una línea de metro.....	60 puntos
Paseo en bici por Madrid (2 horas).....	50 puntos
Ampliación de 1 € en la paga.....	30 puntos
Jugar a videojuegos (30 minutos).....	25 puntos
Donut.....	20 puntos