



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016

Convocatoria de Junio

Modalidad: Caso clínico.

Título: Intervención cognitivo-conductual para la mejora de las dificultades interpersonales y resolución de conflictos en un caso de TDAH.

Autor: Martínez Ferrer, Aranzazu.

Tutor: Macià Antón, Diego.

Elche, a 14 de Junio de 2016

ÍNDICE

1.Resumen	3
2.Introducción	4
3. Descripción del caso, identificación del paciente, motivo de consulta e historia problema	6
4. Estrategias de evaluación	8
5. Formulación clínica del caso	10
6. Tratamiento. Elección y aplicación.....	12
7. Resultados y valoración de la eficacia del tratamiento.....	17
8. Discusión	20
9. Referencias Bibliográficas	21

1. Resumen.

El presente trabajo, muestra la intervención en las dificultades de las relaciones interpersonales y solución de conflictos de un niño de 10 años con trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipo combinado, problema presente en estos niños. Mediante una detección temprana se puede prevenir problemas comórbidos y complicaciones en el desarrollo del niño, en los ámbitos: familiar, escolar y social. La evaluación se realizó mediante los instrumentos: *Autoconcepto Forma 5* (AF-5: García y Musitu, 2014); *Sistema de la conducta de niños y adolescentes* (BASC: Reynolds y Kamphaus, 2004); *Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil* (TAMAI: Hernández. 2004); *Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil* (SPECI: Garaigordobil, M. y Maganto, C. 2012) y *Test de evaluación de habilidades cognitivas* (EVHACOSPI: García y Magaz, 1998). Entrevista semiestructurada al sujeto, familia y docente académico y elaboración de registro de observación. El sujeto presentó bajos niveles de autoconcepto en el área física, familiar, emocional y social, dificultades en habilidades sociales y resolución de conflictos, por ello se planeó el tratamiento de intervención de acuerdo a las áreas que mostraba más afectadas. La intervención se llevó a cabo en 25 sesiones, dos sesiones por semana de 60 minutos cada una, con una duración de 4 meses. Tras la finalización de las sesiones, se volvió a aplicar de nuevo los instrumentos mencionados. Se observó una gran mejoría en las áreas tanto física, emocional y social.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; autoconcepto; problemas emocionales; habilidades interpersonales; resolución de problemas; experimento caso único.

2. Introducción.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), considera que se trata de un trastorno caracterizado por patrones persistentes de impulsividad-hiperactividad e inatención, los cuales pueden afectar a su desarrollo. Por ello, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), considera tres subtipos para dicho trastorno: a) TDAH con presencia combinada, se si cumplen los criterios de inatención A1 e hiperactividad-impulsividad A2; b) TDAH con predominio de inatención A1, pero sin cumplirse los criterios de hiperactividad-impulsividad A2; c) TDAH con predominio de hiperactividad-impulsividad A2, pero sin cumplirse los criterios de Inatención A1.

El DSM-5, considera una prevalencia del trastorno que oscila entre el 3% y el 5% en la edad escolar. Algunos autores hablan de prevalencia mundial encontrándose en el 5,29% en edad escolar (Polancczyk, de Lima, Horta, Biederman y Rohde, 2007). Hay muchos estudios que identifican mayor índice en el de tipo combinado (TDAH-C), seguido del tipo inatento (TDAH-DA) y por último de tipo hiperactivo-impulsividad (TDAH-HI), siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino en la población en general. El sexo femenino tiene mayor tendencia a presentar sintomatología de inatención (Cardó y Servera, 2005).

Es en la etapa escolar cuando se hace más evidente este tipo de trastornos, pues han de cumplir normas y responder a las demandas escolares y sociales. Dicho trastorno persiste a lo largo de toda la vida, y según la etapa, sus manifestaciones. Se ha considerado un trastorno de niños y adolescentes, pero es a finales del siglo pasado cuando se demuestra que también lo padecen en la vida adulta, presentando alteraciones residuales, manifestaciones específicas y comorbilidades propias del trastorno (Valdizán e Izaguerri, 2009). De este modo, en la etapa adulta, tienen cierta predisposición a la sintomatología principal, pero también la tienen a sufrir problemas de conducta antisocial.

Son aquellas manifestaciones principales del trastorno las que limitan a los niños, pero se han de considerar la frecuencia de manifestaciones secundarias, pues estas pueden complicar su desarrollo personal. Dichos problemas secundarios y evolutivos del niño, tienden a considerarse como un factor de riesgo evolutivo, los cuales podrían ser evitados tras una intervención temprana adecuada (Perrellada, 2009).

Con el tiempo y a consecuencia de la frecuencia e intensidad de los síntomas, se originan, reproches, comentarios negativos y por consiguiente rechazo de sus iguales, ocasionados por su conducta. Ello deriva, a percibir una visión negativa de sí mismos,

con lo que puede verse afectado el autoconcepto. Las consecuencias negativas a nivel social, son por lo general motivo de la sintomatología principal de este trastorno como lo es la insistencia, impulsividad y falta de seguir las normas, pudiendo ocasionar cierta carencia en habilidades sociales. En la actualidad, las investigaciones se han centrado en los aspectos cognitivos del trastorno, posicionando en segundo plano aquellos aspectos que pueden ocasionar un deterioro clave en el desarrollo infantil y salud mental, como lo pueden ser las relaciones sociales o la competencia emocional (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén, Carretié, 2008). Según Orjales (2004) los niños con TDAH tienen mayor probabilidad de padecer baja autoestima, indefensión aprendida, sentimiento depresivo, ansiedad y dificultad para mantener relaciones sociales, entre otros. *“El autoconcepto y la autoestima son conceptualizaciones de la persona sobre sí misma, que se construyen en interacción con el medio, y que van acompañadas de connotaciones afectivas y evaluativas importantes”* (Gallardo, 2006). Dado que ninguna intervención o fármaco cura el TDAH, la intervención terapéutica más adecuada para este trastorno, es la combinación de: Farmacología, para manifestaciones nucleares del trastorno y la Intervención Psicológica, para reducir aquellos síntomas o conductas que puedan ocasionar problemas de dicho trastorno.

En un estudio realizado por, García y Hernández (2010), obtuvieron diferencias significativas, indicando que el grupo con TDAH manifiestan sentimientos de baja autoestima, frente a una población que no presenta dicho trastorno. Albert et al. (2008) concluyen que *“los niños, adolescentes y adultos con TDAH tienen problemas en las habilidades que forman parte de la competencia emocional: reconocimiento, regulación y expresión de emociones”* (p. 42). Otro estudio realizado por Molina y Maglio (2013), donde se hizo una comparativa entre 3 grupos: niños con otros problemas psicológicos, Grupo Clínico Control (GCC); niños con diagnóstico TDAH (TDAH) y niños sin problemas psicológicos, grupo Control Sano (GCS). Se encontró que en los grupos de TDAH y GCC mostraban autopercepciones más negativas que el GCS, no siendo estadísticamente significativas en todos los casos, donde sí las hubo fue: competencias académicas, aceptación social, competencias deportivas, comportamiento y autoestima global. Por otro lado, Nixon E. (2001), recopila las evidencias de varios trabajos, en lo que indican que los niños rechazados socialmente, presentan inferencias interpersonales inadecuadas que llevan a la realización de comportamientos inapropiados.

Tras la revisión de bibliografía y estudios sobre las habilidades interpersonales y autoconcepto en casos de TDAH, se sugiere que la intervención de estos sujetos además de mejorar los aspectos académicos, se ha de contemplar ciertas habilidades

sociales y adaptativas para mejora del autoconcepto. El objetivo de mi trabajo es complementar la intervención terapéutica que lleva el sujeto, basada en la sintomatología principal, por una intervención cuyo objetivo es la mejora en las habilidades interpersonales y resolución de problemas, y actuar en aquellas habilidades que se ven afectadas. Se pretende comprobar si este mejora tras la intervención dada.

3. Descripción del caso, identificación del paciente, motivo de consulta e historia problema.

Identificación del paciente

El sujeto es un niño de 10 años diagnosticado de Déficit de Atención con Hiperactividad de tipo combinado (TDAH/C). Estudia actualmente 4º de primaria. Dicho trastorno fue diagnosticado por la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) cuando tenía 6 años. Acude dos veces por semana sesiones de intervención psicopedagógica desde hace 4 años, para la mejora del rendimiento académico y mejora de adaptación escolar. Trabaja desde entonces en estas sesiones, la repercusión negativa del déficit de atención, impulsividad y la hiperactividad. Además acude tres veces por semana a sesiones de apoyo con la profesional de pedagogía terapéutica (P.T) del colegio en el que está matriculado (C.P Rafael Altamira). Hijo de Padres separados desde que le tenía 4 años, la tutela total es de la madre y vive desde entonces con ella.

En cuanto a los posibles tratamientos previos y/o actuales, el sujeto está bajo tratamiento farmacológico (Metilfenidato) desde los 8 años para el TDAH. Además acude al especialista de Neurología cada 6 meses para revisión de la válvula de presión fija de la cual fue operado a la edad de 3 años por Hidrocefalia.

Motivo de la consulta.

La madre acude a consulta por las dificultades que el niño tiene para hacer amigos. Su entorno más cercano afirma que lo ven como un niño vago y despistado. La madre indica que nunca ha destacado por sus notas académicas, pero que aprueba. También nombra, que en este último año sus calificaciones académicas bajaron y que la relación con los compañeros en el colegio se había deteriorado, al igual que la relación con sus amistades. De pequeño ha necesitado mucha atención y la familia lo ha protegido mucho. Su conducta se acentuó cuando entro a judo, era muy poco hábil con el trato con los demás y no se adaptaba al grupo. Los instructores de las actividades extraescolares y profesorado del colegio, hacen referencia a una baja capacidad para establecer relaciones con otros niños y problemas a la hora de cumplir

normas. Además necesita atención y control continuo para realizar las actividades propuestas, lo cual indica una baja autonomía. El niño reconoce tener problemas para hacer amigos porque nombra que no quieren ser sus amigos y no entiende porque la gente no le acepta. Su madre afirma que llega en muchas ocasiones triste del colegio y que es un niño muy indeciso.

Las demandas de la madre fueron claras, necesidad de cambio dado que no veía bien a su hijo y quería que no estuviera triste y que se relacionara mejor con los demás niños, y considera que igual ella tiene algo de culpa y quiere ver como poder ayudar a su hijo. El niño a su vez nombra que si eso le ayuda a que los demás le vean como uno más y tener más amigos, que está dispuesto a mejorar. Lo cual indica un buen pronóstico en la adherencia al tratamiento.

Historia del problema

En la entrevista inicial con el sujeto y su madre para describir la historia del problema y los elementos relevantes para su intervención, se observó que el problema viene dándose desde que el niño tenía 4 años, pero que se ha visto más acusado este último año. Le cuesta relacionarse con los demás niños y hacer amigos, muestra conductas inadecuadas, como por ejemplo (contesta de malas formas, se molesta con facilidad, no tolera las críticas, constantes rabietas, no guarda el turno de palabra, contesta muy impulsivamente, preguntas inoportunas). Considera que es muy difícil que lo acepten tal y como es y no se relaciona por miedo a ser rechazado.

En diversas excursiones escolares, los monitores indicaron que jugaba solo y no hacía caso de los instructores. Se le pregunto qué tal ha ido la excursión y por los niños que habían ido, y decía *"si habían muchos pero solo jugué con uno más pequeño que yo, los de mi edad no querían jugar conmigo"*, y así en repetidas ocasiones. En casa siempre que no hace caso y tiene constantes rabietas, el niño dice *"que su madre le hace mucho de rabiar y le castiga por nada que hace, y que no le deja hacer lo que a él le gusta"* la madre al respecto argumenta *"que le contesta de muy malas formas y que le dice que como él es tonto no sabe hacer las cosas"*. También en reiteradas ocasiones hace manifestaciones de tipo *"No lo quiero hacer, pues me cuesta y no lo conseguiré"*, *"lo haré después, ahora no puedo"*, *"no lo pienso hacer, esto es una tontería, es demasiado fácil"*.

Se pidió consentimiento informado a la madre (tutora legal del menor) indicando la aceptación de su hijo en la propuesta de intervención y tratamiento. La participación en

la intervención y tratamiento fue voluntaria y guarda los datos identificativos del menor confidenciales.

4. Estrategias de evaluación.

Además de los datos recopilados en el historial clínico de la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI), y de la correspondiente entrevista clínica, se aplicaron una serie de pruebas para los problemas del sujeto. Las pruebas son las que se citan a continuación:

- *Autoconcepto Forma 5. (AF-5: García y Musitu, 2014).* Este Cuestionario de aplicación individual o grupal se confeccionó sobre la base teórica del modelo multidimensional y jerárquico de la estructura del autoconcepto propuesta por (Shavelson et al. (1976) Evalúa los diferentes aspectos del autoconcepto en niños, adolescentes y adultos, en 5 dimensiones con 6 ítems cada una: Social, Académico/profesional, Emocional, Familiar y Físico. El sujeto puntúa un autoconcepto de media en las dimensiones social (percentil 40), emocional (percentil 30), familiar (percentil 50), mucho más afectado en la dimensión física (percentil 15) y dimensión académica (percentil 3).

- *Screening de problemas emocionales y conducta infantil (SPECI; Garaigordobil, M. y Maganto, C. 2012).* Cuestionario multidimensional sobre conductas ilustrativas de distintos problemas emocionales y de conducta: Retraimiento, Somatización, Ansiedad, Infantil-dependiente, Problemas de pensamiento, Atención-hiperactividad, Conducta perturbadora, Rendimiento académico, Depresión y Conducta violenta. Valoradas por el profesor académico. Permite la obtención de problemas internalizantes y problemas externalizantes. El sujeto en la puntuación total obtiene una (PD) de 8, dos desviaciones típicas por encima de la media. Se encuentra dentro del percentil 95, lo cual indica que es un sujeto con alta probabilidad de presentar problemas emocionales y conductuales.

- *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC: Reynolds y Kamphaus, 2004).* Mide dos dimensiones dependiendo para quienes van dirigidos, para padres y profesores: escalas clínicas y escalas adaptativas. Para medir al propio sujeto constan de estas escalas: Para la escala clínica: Evalúan características negativas o no deseables, tales como: Actitud Negativa hacia el colegio, Actitud Negativa hacia los profesores, Búsqueda de sensaciones. Atipicidad, Locus de control, Somatización, Estrés social, Ansiedad, Depresión y Sentido de incapacidad. Y para la

escala adaptativas: Evalúan características deseables y positivas, tales como: Relaciones interpersonales, Relaciones con los padres, Autoestima y Confianza en sí mismo. Las diferentes escalas ofrecen puntuaciones T (con una media de 50 y una desviación típica de 10, y percentiles). El sujeto puntúa 65 en la dimensión clínica, por lo que respecta se considera en riesgo (60-69). Para la dimensión adaptativa puntúa 27, lo que se considera clínicamente significativo (30 o menos).

- *Test de Evaluación de Habilidades Cognitivas* (EVHACOSPI: García y Magaz, 1998). Valora la fluidez y amplitud cognitiva para la resolución de conflictos interpersonales, el estilo impulsivo-reflexivo, las destrezas para identificar situaciones problemáticas de interacción social. Pretende identificar escolares con necesidades de entrenamiento cognitivo y en competencia social y valorar los progresos de un programa de enseñanza de estas habilidades. Incluye dos formas paralelas con seis tarjetas-estímulo: tres para la forma A y otras tres para la forma B. El sujeto presenta dificultades y escaso control sobre las destrezas y habilidades cognitivas para la resolución de problemas. Puntúa un perfil bajo en flexibilidad cognitiva para generar alternativas.

- *Test Autoevaluativo multifactorial de Adaptación Infantil* (TAMAI: Hernández, Guanir .P. 2012). Este cuestionario proporciona diferentes áreas de interés: Inadaptación general, Inadaptación personal, Inadaptación escolar, Inadaptación social, Insatisfacción ambiente familiar, Insatisfacción con los hermanos, Educación adecuada del padre, Educación adecuada de la madre, Discrepancia educativa, Pro-imagen y Contradicciones. Las puntuaciones directas (PD) son transformadas a los baremos y puntuaciones normalizadas establecidas por las muestras de referencia del TAMAI. El sujeto puntúa en las áreas: inadaptación personal (Pc 25) y escolar (Pc 22) por lo que se considera un perfil medio-bajo, y en la discrepancia educativa (Pc 36) y pro-imagen (Pc 28), considerado un perfil medio-bajo.

Se realizó un registro de observación de conductas sociales para la madre y para el tutor académico (Tabla 1). El registro de la madre, para observar las situaciones en las que el sujeto se relaciona con los amigos. Y para el profesor del sujeto, para observar la interacción social actividades en grupo.

Tabla 1. Registro de observación madre y profesor.

Fecha/hora/Lugar	Situación Social	¿Qué hace?	¿Cómo lo resuelve?	Resultado
-------------------------	-------------------------	-------------------	---------------------------	------------------

Tras las sesiones de intervención, se realizará una segunda evaluación de las pruebas mencionadas anteriormente.

4. Formulación clínica del caso.

Diagnóstico por la USMI de Trastorno de déficit de atención con hiperactividad de tipo combinado.

Las conductas problema principales que sufre el niño son la falta de habilidades sociales y resolución de conflictos, las cuales están relacionadas con el TDAH. Como consecuencia, se generan problemas secundarios de dicho trastorno, como lo es el deterioro del autoconcepto y problemas emocionales. Por ello, cada vez que se relaciona con los demás se mantiene la conducta problema.

Condiciones ambientales históricas (E1): Divorcio de los padres cuando él tenía 3 años.

Condiciones biológicas históricas (O1): Operado de Hidrocefalia a los 3 años. Se encuentra bajo tratamiento farmacológico (Metilfenidato) desde los 8 años para el TDAH.

Historia previa de aprendizaje y repertorios básicos de conducta (RBCs): Su impulsividad e hiperactividad causa por consiguiente un déficit en las habilidades sociales y resolución de conflictos, y como consecuencia un deterioro de su autoconcepto.

Condiciones biológicas y ambientales actuales: El sujeto está bajo tratamiento farmacológico (Metilfenidato) desde los 8 años para el TDAH.

En base a esto, se ha llegado a un análisis funcional (Tabla 2) en el que se tienen en cuenta las conductas problema, las respuestas y las consecuencias derivadas de la conducta anteriormente nombrada.

Tabla 2. Análisis funcional.

Antecedente	Respuesta	Consecuencia
Dificultad en las Habilidades interpersonales.	R.Emocional:- Tristeza.	Aislamiento
	- Ira. - Ansiedad	Rechazo
- Juego cooperativo. - Comunicación.	R.Cognitiva: -Frustración. -Enojo	No se relaciona y por lo tanto no hace amigos.

- Conductas desorganizadas -Conductas fuera de lugar.	R.Motora: -Evitación -Agresividad	Retraimiento social.
Resolución de problemas.	R.Emocional:-Enfado -Frustración -Ira. -Ansiedad	Baja eficacia percibida. Le riñen con frecuencia.
-Conductas molestas Imprevisibles	R.cognitiva:-Frustración. -No lo entiendo. -Para que hacerla.	Negativismo.
-Conductas opositoristas	-Enojo.	Sensibilidad a críticas.
	R.Motora:-No lo hace -Contesta mal -Agresividad. -Egoísta.	Rechazo
Cumplir las normas.	R.Emocional:-Confuso. -Malestar. -Ira. -Enfado	Gritos. Castigos.
-No piensa antes de actuar.	R.Cognitiva:	Aislamiento.
-No espera el turno.	-Frustración. -Desesperanza. -Desmoralización	
-Violación de las reglas	R.Motora:-Evitación. -Agresividad. -Desorganizado. -Egoísta. -Impaciencia	
Dependencia emocional.	R.Emocional: -Miedo al rechazo de otros. -Necesidad de gustar a otros. -Tristeza	Baja Autoestima Dependencia de otros
-Necesidad de gustar a otros	R.Cognitiva: -Si no juega nadie conmigo me quedare siempre solo. -Tengo que tener amigos. -No quieren jugar conmigo porque soy muy pesado. -Desesperanza.	Insatisfacción Frustración Bajo concepto de sí mismo.
	R.Motora: -Se muestra pesado con los amigos.	

En base a lo anterior visto en la tabla 2, se concluye que el sujeto presenta: dificultades en las habilidades interpersonales, problemas en la resolución de conflictos y problemas para cumplir las normas. Como consecuencia se dan altos niveles de ira, frustración, desesperanza y un bajo autoconcepto sobre sí mismo.

Se deriva una hipótesis de mantenimiento. Dicha hipótesis manifiesta que el mantener dificultad en las habilidades sociales, en la resolución de conflictos y violación de las normas, hace que se mantenga la conducta problema.

5. Tratamientos. Elección y aplicación.

Las grandes áreas en las que se centraron los objetivos del plan individualizado de intervención fueron: identificación de las emociones, mejora de la imagen personal y autoconcepto, mejora de las habilidades sociales y mejora en la resolución de conflictos.

En las sesiones se aplicó: *Programa Siendo inteligentes con las emociones* (SICLE: Vallés, A. 1999b); *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar* (PEHIS: Monjas, M. I. 1999) y *Programa de Enseñanza de soluciones cognitivas para evitar problemas interpersonales* (ESCePI. García Pérez, E.M (1997).

A continuación se exponen los objetivos terapéuticos y las técnicas empleadas para su consecución (Tabla 3).

Tabla. 3 Objetivos terapéuticos y técnicas de elección del programa a aplicar.

Objetivo	Técnicas
1. Enseñar al niño la importancia del cambio y su implicación en situaciones.	Psicoeducación Reestructuración cognitiva
2. Enseñar al niño el funcionamiento de las emociones y en las situaciones en las que se presenta	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Diccionario de emociones, Identificar mis emociones y Emociones y situaciones
3. Dotar de estrategias para la mejora de la imagen personal y autoconcepto.	Reestructuración cognitiva Control de enojo y frustración ,Técnica del semáforo, Mis puntos fuertes, Collage, Que son los pensamientos de uno..., Pensamientos racionales

	e irracionales, Nos miramos al espejo, Jugamos con la autoestima, Nos miramos al espejo y Jugamos con la autoestima
4. Desarrollo de un entrenamiento de autoinstrucciones para autoeficacia y autoconciencia.	Reestructuración cognitiva Definición del problema, Pensar en voz alta, A que atribuyes tus errores, Lo logré porque..., Como hablarse a sí mismos, Reconstruye la escena y lo hago y verifico.
5. Dotar de estrategias de comunicación y relaciones sociales.	Habilidades sociales Escucha, Comenzar una conversación, Finalizar una conversación, Autorrefuerzo, Hacer preguntas Hacer favores, Busca ayuda de compañeros, Busca ayuda de los adultos, Decir gracias, Pedir disculpas Interpretar el lenguaje del cuerpo, Seguir instrucciones, Jugar a un juego y Aceptar y decir un cumplido.
6. Dotar de estrategias para poder solucionar los problemas de mejor manera.	Resolución de conflictos. Identificar una situación problema, Describir una situación problema, Generar alternativas, Anticipar consecuencias, Elegir una alternativa, Hacer un plan y Simular situaciones problema.

El tratamiento se planificó en un total de 25 sesiones de una duración aproximada de 60 minutos (Tabla 4 y 5), de las cuales las dos primeras consistieron en la entrevista inicial, recopilación de información relevante y aplicación de pruebas, y las dos últimas se utilizaron para evaluar la efectividad del tratamiento. Las sesiones están establecidas respondiendo a cada uno de los objetivos planteados con anterioridad. Se presenta a continuación una tabla resumen de la secuencia de la intervención planteada, en base a las sesiones establecidas para el sujeto y para la madre y profesor.

Tabla 4. Sesiones y tareas establecidas en el tratamiento

<i>Sesión</i>	<i>Contenidos/técnicas de sesión (duración)</i>	<i>Tareas para casa</i>
1	Entrevista Inicial y evaluación inicial (45') Aplicación de prueba BASC (30')	

Aplicación de prueba AF-5 (15')

2	Aplicación de prueba TAMAI (30') Aplicación de prueba SPECI (10') Aplicación de prueba EVHACOSPI (30')	
	Repaso de tareas y registros (10')	
	Evaluación (20')	-Observación.
3	Explicación del análisis funcional de problema (30')	
4	Repaso de tareas y registros (5') Diccionario de emociones(10') Identificar mis emociones (10') Emociones y situaciones (35')	-Autoregistros de emociones.
5	Repaso de tareas y registros (5') Control de enojo y frustración (30') Técnica del semáforo (25')	-Ensayar técnica del semáforo.
6	Repaso de tareas y registros (10') Mis puntos fuertes (25') Collage (30')	-Autoregistro de puntos fuertes.
7	Repaso de tareas y registros (5') Que son los pensamientos de uno...(20') Pensamientos racionales e irracionales (35')	
8	Repaso de tareas y registros (5') Nos miramos al espejo (25') Jugamos con la autoestima (30')	
9	Repaso de tareas y registros (5') ¿Cómo soy? ¿Cómo me ven? (20') Si fuera... (20') Nuestro escudo (15')	-Realizar un nuevo escudo para la próxima semana.
10	Repaso de tareas y registros (5') Definición del problema (25') Pensar en voz alta (30')	-Ensayar la técnica de pensar en voz alta.
11	Repaso de tareas y registros (5') Lo logre porque...(25')	-Autoregistro de los logros que he conseguido.

Soy capaz de...(30')		
12	Repaso de tareas y registros (5') Como hablarse así mismos (25') A que atribuyes tus errores (30')	-Autoregistro de tus errores y el porqué de ellos.
13	Repaso de tareas y registros (5') Reconstruye la escena (25') Hago y después verifico (30')	-Práctica de reconstruir las escenas. -Realizar acciones y luego verificar que está bien.
14	Repaso de tareas y registros (5') Escucha (15') Comenzar una conversación (15') Finalizar una conversación (15') Autorefueros (10')	-Practicar la escucha. -Practicar como comenzar y finalizar una conversación. -Realizar Autorefueros.
15	Repaso de tareas y registros (5') Hacer preguntas adecuadamente (25') Hacer favores adecuadamente.(30')	-Practicar si realizo las preguntas como es correcto y si hecho algún favor y cuál.
16	Repaso de tareas y registros (5') Buscar ayuda de los compañeros(30') Buscar ayuda de los adultos(25')	- Practicar el pedir ayuda.
17	Repaso de tareas y registros (5') Decir gracias y pedir disculpas(30') Interpretar el lenguaje del cuerpo(25')	-Practicar en decir gracias y pedir disculpas.
18	Repaso de tareas y registros (5') Seguir las instrucciones(25') Jugar a un juego(30')	-Practicar cuando tengamos la ocasión de jugar y seguir las instrucciones del juego.
19	Repaso de tareas y registros (5') Saber hacer un cumplido(25') Aceptar un cumplido(30')	-Practicar a la hora de hacer cumplidos y aceptarlos.
20	Repaso de tareas y registros (5') Identificar una situación problema(25') Describir una situación problema(30')	-Autoregistro de situaciones problema

21	Repaso de tareas y registros (5') Generar alternativas(30') Elegir una alternativas(25')	-Autoregistro de las alternativas elegidas en las situaciones.
22	Repaso de tareas y registros (5') Anticipar consecuencias(25') Simular situaciones problema(30')	-Practicar como resolver los problemas. -Autoregistro de cómo las resuelvo.
23	Repaso de tareas y registros (5') Hacer un plan (55')	-Elaboración de plan semanal.
24	Evaluación del post- tratamiento (60')	-Observación.
25	Evaluación del post- tratamiento (60')	-Observación.

La planificación de las sesiones se estableció en base a la disponibilidad del sujeto y bajo las recomendaciones de protocolización de aplicación de las técnicas seleccionadas (Botella y Ballester, 1991). Para la consecución de algunas de las sesiones, se estableció junto al sujeto unas tablas de autoregistro para realizar en casa, para observar si las sesiones han sido extrapoladas el exterior en otros contextos. En ellas se explicó como registrar las conductas, emociones o situaciones que se querían anotar. Además, se emplearon unos minutos para la revisión de las tareas para casa y resolver cualquier duda que el sujeto pudiese tener. Si no se cumplía con el objetivo en la sesión, o el sujeto mostraba dudas, se volvía de nuevo a la sesión no comprendida para aclarar los posibles problemas y se retomaba la sesión que procedía. Se le asignó la práctica de aquellas técnicas realizadas en consulta, para realizarlas en casa, en el colegio y cuando se relacionaba con los demás niños. Se le motivo cada 8 sesiones con diplomas por su buen trabajo, y se le proporcionó técnicas y herramientas para mejorar las dificultades que presenta para su desarrollo óptimo de su vida social, escolar y emocional.

Tabla 5. Sesiones y tareas establecidas Madre y Profesor.

<i>Sesión</i>		<i>Contenido/técnicas de la sesión (duración)</i>	<i>Tareas para casa</i>
1	Madre	Entrevista Inicial (30') Explicación del análisis funcional del problema (30')	
1	Profesor	Entrevista Inicial (30') Explicación del análisis funcional del problema(30')	

2	Madre	Psicoeducación. (45´) Dotar de conocimientos sobre el problema del TDAH y estrategias para su manejo.	Poner en práctica las estrategias
2	Profesor	Psicoeducación.(45´) Dotar de conocimientos sobre el problema del TDAH y estrategias para su manejo.	
3	Madre	Proporcionar estrategias para la convivencia en casa.(30´)	Poner en práctica las estrategias
3	Profesor	Proporcionar estrategias para la convivencia en el aula.(30´)	
4	Madre	Entrenamiento en técnicas de habilidades sociales y resolución de problemas (30´) Técnicas operantes(30´)	Poner en práctica las estrategias
4	Profesor	Técnicas operantes (15´) Entrenamiento en técnicas de habilidades sociales.(30´) Dotar de juegos cooperativos para la unión en el aula.(15´)	

Las sesiones de la madre y el profesor están estructuradas para actuar como coterapeutas. En ellas se dota de habilidades y destrezas útiles para la modificación de las conductas del sujeto. El objetivo de estas sesiones es dotar a la madre y al profesor de recursos teóricos y técnicos para poder realizar adecuadamente una buena interacción social en el ámbito familiar y escolar, con el fin de tratar los problemas actuales y poder prevenir la aparición de otros.

7. Resultados y valoración de la eficacia del tratamiento.

Se trata de un estudio longitudinal de N=1 de series temporales, mediante una evaluación continuada, durante toda la intervención del sujeto. Momentos claves de evaluación pre y postratamiento. El estudio se desarrollará en un periodo de cuatro meses.

Seguidamente se muestran los datos obtenidos en los test de cada una de las pruebas estandarizadas utilizadas, antes (pre-test) y después (post-test) de la intervención con el sujeto (Tabla 6).

Tabla 6. Resultado de las pruebas. Pre- Post.

Prueba	Pre	Post
AF-5	Social Pc 40	Social Pc 50
	Emocional Pc 30	Emocional Pc 70
	Familiar Pc 50	Familiar Pc 60
	Físico Pc 15	Físico Pc 40
	Académico Pc 3	Académico Pc 10
TAMAI	Discrepancia educativa Pc 36	Discrepancia educativa Pc 42
	Pro-imagen Pc 28	Pro-imagen Pc 45
	Inadaptación personal Pc 25	Inadaptación personal Pc 43
	Inadaptación escolar Pc 22	Inadaptación escolar Pc 41
SPECI	Puntuación Total PD 8 Pc 95	Puntuación Total PD 2 Pc 85
	P. Internalizantes PD 2 Pc 85	P. Internalizantes PD 2 Pc 85
	P. Externalizantes PD 2 Pc 85	P. Externalizantes PD2 Pc 85
BASC	Dimensión clínica Pc 65	Dimensión clínica Pc 45
	Dimensión adaptativa Pc 27	Dimensión adaptativa Pc 46

Podemos observar una diferencia de puntuaciones entre ambas aplicaciones. En la prueba AF-5 se observan incrementos suaves (10 puntos por encima) como lo son en el área familiar y social. Y los mejores resultados se corresponden con el físico, académico y emocional (más del doble de puntuación inicial). Globalmente se produce un incremento de 92 puntos.

En cuanto a la prueba TAMAI, se puede observar un notable incremento en las dimensiones de Inadaptación social y personal, situándose en el pre-test en un perfil medio-bajo, y tras la intervención se encuentra en un perfil medio. También se puede observar una mejoría en el pro-imagen y en menor medida en discrepancia educativa, pero en ambos pasan de estar en un perfil medio-bajo, a encontrarse en un perfil medio.

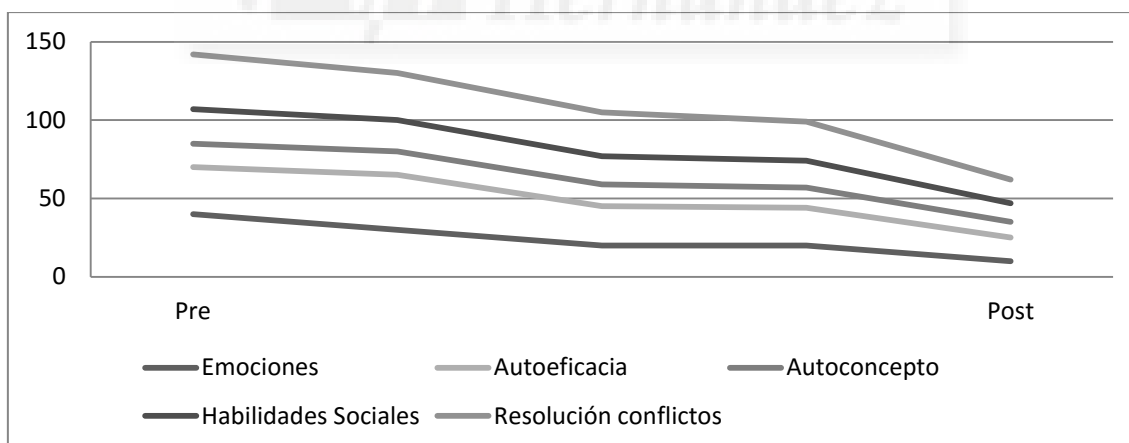
Para la prueba SPECI, el sujeto en el pre-test se encontraba en un perfil de Problema, el cual indicaba alta probabilidad de presentar algún tipo de problema o conducta (Pc 95). Tras la intervención el sujeto pasó a mostrar un perfil de riesgo (Pc85). Sigue estando en riesgo de padecer conductas problemas, pero en menor medida.

Para la prueba BASC, en el pre-test el sujeto puntuó en la escala clínica un (Pc 65), situándose en riesgo. Tras la intervención se consiguió que el sujeto puntuara (Pc 45), encontrándose de este modo en un perfil medio. Para la escala de adaptación puntuó (Pc 27), situándose en un perfil de riesgo, tras la intervención se encontró en un perfil medio (Pc 46).

Para finalizar con las pruebas, en EVHACOSPI, inicialmente presentó dificultades y escaso control sobre las destrezas y habilidades cognitivas para la resolución de problemas. Puntuó un perfil bajo en flexibilidad cognitiva para generar alternativas. Tras la intervención presentó mayor control en las habilidades cognitivas en relación a la resolución de problemas y una puntuación media en flexibilidad cognitiva en la generalización de alternativas.

Se elaboró un gráfico que representa la evolución del paciente a través de la información recabada en informes anteriores, registros y observaciones, llevadas a cabo durante el proceso terapéutico, para determinar la efectividad del tratamiento. Se muestra la línea base de los objetivos terapéuticos: emociones, autoeficacia, autoconcepto, habilidades sociales y resolución de conflictos (Gráfica 1) y el trascurso del tratamiento, desde su inicio hasta su finalización.

Gráfica 1. Línea base de los objetivos terapéuticos.



En base a los resultados, podemos concluir que los objetivos de dicha intervención se han cumplido en cierta medida, encontrando en todos ellos una gran mejoría. También en las sesiones de evaluación con la madre, se ha podido comprobar el avance de los programas establecidos al sujeto y el descenso de las conductas problema. Se mostró gran interés por parte del sujeto después de las sesiones realizadas, mediante comentarios de tipo: *¡qué bien!*, *¡me encanta!*, *¿no puedo jugar en casa con esto?*

¿Cuándo es la próxima cita? Se considera importante seguir trabajando las dificultades del sujeto, para evitar que se vuelvan agravar. Se ha de indicar que al ser un TDAH, no significa que estas conductas desaparezcan, si no que este tipo de trastorno está sujeto a continua evaluación, dado que se trata de una Patología que dependiendo de la edad del sujeto se perciben ciertas carencias, y por lo tanto se ha de evaluar continuamente en las diferentes etapas de la vida.

Se estableció para el sujeto un seguimiento a los 6 y 12 meses.

8. Discusión.

El presente trabajo ilustra la importancia de intervenir y prevenir en los problemas emocionales, problemas interpersonales y solución de conflictos, de un niño con 10 años diagnosticado previamente de TDAH. Por ello, la intervención tuvo como objetivos, evaluar diferentes dimensiones del autoconcepto, habilidades sociales y resolución de conflictos. Se quiso comprobar con la aplicación de las pruebas si el sujeto puntuaba perfiles bajos en estas dimensiones y si tras la intervención se habían mejorado esas dimensiones. Los resultados obtenidos en el pre-test concuerdan con algunas de las investigaciones nombradas anteriormente que apuntan que los niños con diagnóstico en TDAH, presentan el autoconcepto más bajo en muchas de sus áreas. García y Hernández (2012); y Molina; Maglio (2013); y Nixon E. (2001). El sujeto presenta mayores dificultades en el autoconcepto en las áreas física (percentil 15), emocional (percentil 30) y académica (percentil 3). Estas dificultades pueden estar relacionadas íntimamente con la relación establecida en el ámbito académico, en la que la relación con los maestros y compañeros, en el que se dan numerosos conflictos, deriven en una percepción negativa de sí mismos y por lo tanto estas puntuaciones bajas en estas áreas. Como consecuencia de una visión negativa de sí mismo, donde las habilidades sociales y resolución de conflictos también se encuentran afectadas. Como ya indicaba Orjales (2004) en el que los niños diagnosticados de TDAH tienen una mayor probabilidad de mantener relaciones sociales con dificultad, entre otros. Teniendo en cuenta que el TDAH es uno de los trastornos con mayores diagnósticos en edades escolares y una elevada comorbilidad, una de las principales intervenciones debería de ser el autoconcepto y las habilidades interpersonales en el área académica, además de las posibles intervenciones para solventar los problemas principales académicos que conlleva dicho trastorno. Por ello, el reto fue comprobar si tras las sesiones establecidas se podría progresar en aquellas áreas más afectadas. Tras las sesiones se ha podido observar una mejoría en todas las áreas que marcaba grandes dificultades, pero con mayor diferencia se ha conseguido mayores resultados en el área emocional y social. También se ha podido

observar cómo ha disminuido la inadaptación personal y escolar. Sin embargo, se ha conseguido un aumento en la resolución de conflictos, pero no tan acusado como en las otras áreas.

Considero que si la intervención no ha logrado aumentar todas las dimensiones en las que el sujeto tenía problemas, en cierto modo, como lo ha sido en el área de resolución de problemas, es por motivo de que estas carencias o dificultades debían de haberse trabajado a una edad más temprana y no a la edad de 10 años, y que son habilidades demasiado complejas y que necesitan de una intervención más sostenida en el tiempo. Otro de los aspectos que me gustaría destacar, es que la intervención se ha podido extender a otros contextos, como lo han sido en el familiar y escolar, pudiendo dotar de estrategias y técnicas para la mejora del sujeto, lo cual considero que ha sido de gran ayuda.

Quizá una de las limitaciones que ha podido presentar este trabajo y que me gustaría destacar, es el número de sesiones que quizás se ha establecido, dado que se trabajan aspectos muy complejos y que considero que se deben de realizar con una intervención más prolongada y poderse evaluar los resultados a largo plazo.

De las mejoras que se pondrían realizar en la intervención y evaluación, me gustaría señalar poder realizar una observación en el medio natural del niño, la cual puede completar y plantear otros frentes que no se han contemplado, y que desde los registros quizás no se ha podido observar. De igual modo, prolongar el tiempo de intervención de aquellas áreas que no se han conseguido mayores resultados.

9. Referencias bibliográficas.

Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47, 39-45.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Cardo, E. y Servera- Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Revista De Neurología*, 46, 365-372.

Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2012). *Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil. (SPECI)*. Madrid: TEA Ediciones.

- Gallardo, B. (2006). Autoconcepto y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Seminario Interuniversitario de teoría de la Educación. *Las emociones y la formación de la identidad humana*. Universidad de Salamanca. España.
- García, A. y Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 27, 17-24.
- García Pérez, E. M. y Magaz Lago, A. (1998). *Test de evaluación de habilidades cognitivas para la solución de problemas interpersonales*. (EVHACOSPI). Manual de referencia. España: Editorial Grupo Albor-Cohs.
- García Pérez, E.M (1998). *Programa de enseñanza de habilidades cognitivas para evitar problemas interpersonales*. (ESCEPI). España: Editorial Grupo Albor-Cohs
- García, F., y Musitu, G. (1999). *Autoconcepto Forma 5. (AF5)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hernández, Guanir. P. (2012). *Test Autoevaluativo multifactorial de Adaptación Infantil*. (TAMAI). Madrid: TEA Ediciones.
- Molina, M. F. y Maglio, A. L. (2013). Características del autoconcepto y el ajuste en las autopercepciones de los niños con déficit de atención con hiperactividad de Buenos Aires. *Cuadernos de neuropsicología*, 7, 50-71.
- Monjas, M. I. (1999). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar*. (PEHIS). Madrid: CEPE.
- Nixon E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6: 172-80.
- Orjales Villar, I. (2004). Impacto y detección de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad. *Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 10, 25-36.
- Perellada, M. (2009). Síntomas asociados y complicaciones. Comorbilidad. En Perellada, M. (comp). TDAH. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. (pp. 131-175). Madrid: Alianza Editorial.

Polanczyk, G., de Lima, S. M., Lessa Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.

Reynolds, C.R y Kamphaus, R. W. (2004). *Sistema de la conducta de niños y adolescentes*. (BASC). Madrid. TEA Ediciones.

Valdizán, J.R e Izaguerri-Gracia, A. C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 48 (supl.2), 95-99.

Vallés, A. (1999b). *Siendo inteligentes con las emociones*. (SICLE). Valencia. Promolibro.

