



**Universidad
Europea** MADRID

Regulación emocional en un caso de altas capacidades

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Sandra Domínguez Díez
Tutor/a: M^a Ángeles Esteban Hernandez

28-02-2022

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Resumen | 3 |
| 1. Introducción..... | 5 |
| 1.1. Emociones y regulación emocional | 5 |
| 1.2. Aspectos emocionales propios de perfiles con altas capacidades..... | 6 |
| 2. Identificación del paciente y motivo de consulta | 14 |
| 3. Estrategias de Evaluación | 16 |
| 3.1. Temporalización | 16 |
| 4. Formulación clínica del caso | 18 |
| 4.1. Resultados de las pruebas | 18 |
| 4.2. Análisis funcional | 26 |
| 4.3. Objetivos del plan de intervención | 27 |
| 5. Tratamiento | 28 |
| 6. Valoración del tratamiento..... | 35 |
| 6.1. Adherencia al tratamiento | 35 |
| 6.2. Consecución de los objetivos..... | 36 |
| 7. Discusión y conclusiones..... | 39 |
| 7.1. Dificultades y líneas futuras de tratamiento..... | 41 |
| 7.2. Valoración personal | 42 |
| 8. Referencias bibliográficas | 43 |

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo profundizar en la regulación emocional en niños que tienen altas capacidades intelectuales (AACC) con el fin de esclarecer el gran debate sobre sus posibles dificultades y/o tendencia a desajustes emocionales.

Para ello se presenta el caso de una paciente con problemas de regulación emocional diagnosticada de altas capacidades. La paciente es una niña de ocho años que viene a consulta derivada del colegio ya que presenta dificultades emocionales y un estado de ánimo bajo.

El tratamiento se llevó a cabo bajo el modelo Cognitivo-conductual aplicando técnicas de psicoeducación, entrenamiento en asertividad, resolución de conflictos y entrenamiento en habilidades sociales. El plan terapéutico ha incluido tres sesiones de evaluación y ocho de tratamiento que se han llevado a cabo en cuatro meses con sesiones de una hora a la semana. Se han apreciado mejoras significativas pero la terapia sigue su curso actualmente.

Palabras clave: regulación emocional, altas capacidades, disincronía, superdotación.

Abstract

The aim of this paper is to delve into emotional regulation in children with high intellectual abilities (HIA) in order to clarify the great debate about their possible difficulties and/or tendency to emotional maladjustment.

For this purpose, the case of a patient with emotional regulation problems diagnosed as having high capacities is presented. The patient is an eight year old girl who comes to the consultation derived from school because she presents emotional difficulties and a low mood.

The treatment was carried out under the cognitive-behavioral model applying psychoeducation techniques, assertiveness training, conflict resolution and social skills training. The therapeutic plan included three evaluation sessions and eight treatment sessions that were carried out in four months with sessions of one hour per week. Significant improvements have been noted but therapy is still ongoing.

Keywords: emotional regulation, high abilities, dyssynchrony, giftedness.

1. Introducción

1.1. Emociones y regulación emocional

Desde que nacen, los niños crecen en un ambiente rodeado de emociones. De esta forma, en sus primeros años de vida, aprenderán a exteriorizar sus propias emociones, a percibir las de otros y a responder ante éstas intentando controlar sus propias emociones. La manera en la se lleve a cabo este aprendizaje y en cómo se desenvuelva emocionalmente va a afectar en su calidad de vida y su bienestar.

La emoción es un componente esencial del funcionamiento de los seres humanos, ya que constituye una respuesta del organismo para adaptarse al ambiente (Tooby & Coosmides, 2008) Además las emociones ayudan a que se lleve a cabo el aprendizaje, colaboran para que se tengan relaciones sociales, advierten sobre la necesidad de huir o luchar e incitan al cambio en caso de que se necesite.

No obstante, a pesar de que las emociones permiten a los individuos actuar ante los estímulos, esto no determina la respuesta final establecida, en tanto ésta puede ser modulada antes de ser expresada como conducta observable (Gross & Muñoz, 1995; Gross & Thompson, 2007), es aquí cuando hace la aparición la regulación emocional.

A lo largo de la literatura se ha definido la regulación emocional de muchas maneras, entre ellas:

Thompson (1994) define la regulación emocional como “el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos (...)”, tratándose por lo tanto de “procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas”.

Rendón (2007) también considera la regulación emocional como una herramienta para alcanzar una meta al observar un cambio actitudinal en el concepto de regulación emocional, pasando ésta de ser identificada como la eliminación y control de emociones y estímulos a ser entendida como una articulación de los estados afectivos para la consecución de metas.

Company, Oberst y Sánchez (2012), exponen la regulación emocional como un proceso cuya finalidad es producir cambios en la periodicidad, modo, grado y duración de “la experiencia emocional (experiencia subjetiva, respuesta fisiológica y en la expresión verbal y no verbal (...))” (p.7).

Y, por último, Hervás (2011, p.352) se refiere a la regulación emocional como la capacidad del ser humano para la adecuada expresión de las respuestas emocionales mediante la puesta en marcha de estrategias emocionales, cognitivas o conductuales.

Es posible decir que existe cierta conformidad a la hora de definir el término de regulación emocional como una capacidad para gestionar de forma eficaz las reacciones emocionales con el fin de conseguir mejorar el funcionamiento de la persona en cualquier circunstancia.

Tales esfuerzos pueden ser automáticos o controlados, conscientes o inconscientes y su uso puede darse tanto en emociones positivas como en negativas (Parrott, 1993).

Según la literatura existen diferentes clasificaciones de las estrategias de regulación emocional. Inicialmente se ha diferenciado la regulación interpersonal y la intrapersonal. La primera hace referencia a que otros gestionan los estímulos emocionales o llevan a cabo diversas acciones, así el niño necesita el apoyo de otros.

En cambio, la intrapersonal hace alusión a que es la persona quién gestiona sus propias emociones, lo que tiene más relevancia desde que son niños.

1.2.Aspectos emocionales propios de perfiles con altas capacidades

1.2.1. Conceptualización de altas capacidades y tipos

En la actualidad, hay una gran variedad de términos que hacen referencia a los niños que manifiestan un gran potencial intelectual, y a veces implican conceptos y pequeños matices que los diferencian. Estos desacuerdos tanto a nivel de terminología como en las definiciones o los tipos de

superdotación suponen una gran dificultad para evaluar el constructo, así como el progreso en conocer las características que describen a los niños con AACC.

De esta manera, el término de superdotado se adjudica a niños con altas capacidades con la característica principal de tener un alto cociente intelectual (CI). La Organización Mundial de la Salud (OMS) equipara la superdotación a un CI igual o mayor a 130, es decir, dos desviaciones típicas por encima de la media, lo cual apunta una incidencia estimada del 2,3% de la población mundial (OMS, 2010).

A pesar de esto, gran parte de los autores sugiere definiciones de la expresión superdotado que incluyen muchas más características que las intelectuales.

Por ejemplo, Gagné (1985, 2009), diferencia superdotación y talento, y considera que la primera se manifiesta indistintamente en al menos uno de los siguientes ámbitos: inteligencia general, creatividad, capacidad socioemocional y capacidad sensorial o motora.

Otros expertos han manifestado que existen varios tipos de perfiles de superdotados y talentos: superdotados académicos y creativos (Renzulli y Park, 2000), talentos escasos, excedentes, de cuota y anómalos (Tannenbaum, 1997); talentos académicos, artísticos, técnicos y los que presentan alguna habilidad intrapersonal (Feldman, 1999).

Para Gómez (2012), citando a (Artiles, 2005) al hablar de AACC se incluyen los alumnos superdotados, precoces y talentosos, ya antes mencionado no son un grupo homogéneo ya que cada uno tiene su propia definición:

Los *superdotados* son aquellos que poseen una gran inteligencia lógica y creativa, los *precoces* son aquellos que se desenvuelven con más facilidad y rapidez que sus compañeros pero que posteriormente pueden equilibrarse con los demás. Y, por último, los *talentosos* son aquellos que demuestran posibilidades de resaltar en aspectos muy concretos.

Una vez realizada la revisión del término y siendo consciente de la gran dificultad de encontrar una conceptualización acotada y medible de la inteligencia, y aceptando que esta engloba mucho más que la demostración de algunas capacidades intelectuales se ha optado por el uso del concepto genérico de altas capacidades intelectuales (AACC) para referirme a aquellos niños que destacan notablemente en algunas o en la mayoría de las capacidades intelectuales medidas.

1.2.2. Aspectos emocionales propios de altas capacidades

Los niños con altas capacidades no forman un grupo homogéneo y al no existir un único perfil de la sobredotación, la literatura propone grandes listados de rasgos que los caracterizan para intentar dar una definición de este grupo. Hacer un resumen de este listado de rasgos desbordaría el objetivo y el fin de este trabajo. A pesar de estas dificultades se procede a aunar alguna de las características más generales que se considera que son más significativas en este colectivo.

Dabrowski (1964), reunió algunas características emocionales que se dan en este colectivo y destacó que las personas con AC se desarrollan de una forma singular:

“intensidad emocional; alta sensibilidad hacia los sentimientos de los demás; elevada autoconciencia; sensación de ser diferente; idealismo, fuerte sentido de la justicia; desarrollo temprano del locus de control interno; altas expectativas; perfeccionismo; necesidad de coherencia entre los valores abstractos y las acciones personales; niveles avanzados de funcionamiento moral; temprana preocupación por la muerte; altos niveles de energía; sensibilidad por la estética” (p. 86).

Por su parte, Dauber y Benbow (1990) afirman que los niños superdotados se juzgan a sí mismos como poco populares, en desventaja social, poco adaptados socialmente y con gran dificultad para participar en actividades sociales y hacer amistades.

Además, estos niños expresan muy a menudo que se sienten diferentes a los demás, algo que puede afectar mucho a sus relaciones sociales. También cabe destacar que las propias relaciones con sus

iguales pueden encubrir sus capacidades y habilidades y de esta forma llevar a diagnósticos erróneos, lo que perpetuará así ese riesgo de sentirse inadaptados.

De forma general, diversos estudios encuentran que los niños y jóvenes superdotados pueden presentar, entre otras, dificultades de adaptación social y problemas en sus relaciones interpersonales y en sus habilidades sociales (Lee, Olszewski-Kubilius y Turner, 2012; Robinson, Shore y Enersen, 2007).

Concretamente, se señalan algunos factores específicos que favorecen las dificultades sociales y la inadaptación interpersonal como son: desarrollo asincrónico, tendencia a la introversión, estigma de la superdotación, altas expectativas y perfeccionismo, entre otras (Coleman y Cross, 2000; Heller, Monks, Sternberg y Subotnik, 2000; Roedell, 1986).

Una de las características comúnmente presentes en los niños superdotados es la soledad, incluso cuando son populares entre sus iguales (Shechtman y Silektor, 2012). Estos niños suelen aislarse, lo cual puede llevarlos a tener oportunidades insuficientes de practicar las habilidades interpersonales necesarias para el desarrollo de relaciones de amistad (Adams-Byers, Whitsell y Moon, 2004; Shechtman y Silektor, 2012). Además, su alta sensibilidad al entorno podría actuar como un obstáculo para las relaciones íntimas (Tieso, 2007).

1.3. Disincronía, conceptualización y tipos

El término disincronía hace mención al desajuste entre los distintos ámbitos de desarrollo del niño, podemos decir que el niño con AACC puede manifestar una carencia de sincronización en su proceso de desarrollo intelectual, afectivo y motor, que puede afectarle de manera psicológica. Es un desarrollo irregular que se manifiesta en la interacción con sus sistemas de aprendizaje formales e informales. (González y Gotzens, 1997).

Debido a las características de esa disincronía estos niños tienden a encontrar amistades de mayor edad que ellos. Incluso es posible que experimenten una gran desmotivación hacia las tareas que se

proponen en el ámbito educativo, lo que provoca que el aburrimiento sea un factor relevante en la interacción del niño con sus iguales y el profesorado a la hora de realizar tareas generales.

Terrassier (1979) analiza también la discrepancia entre el desarrollo intelectual y la madurez afectiva, señalando que el superdotado puede ser, por ejemplo, dominado por el miedo y la ansiedad producto de reflexiones propias que emergen frente a problemas que afronta la humanidad, que él aún no está en edad de manejar. Otras áreas de vulnerabilidad psicológica que han sido objeto de discusión por parte de los especialistas son el perfeccionismo, el exceso de autocrítica y la sensibilidad exacerbada. Estos, paralelamente a una mayor vulnerabilidad al aislamiento y la soledad, han sido apuntados como posibles fuentes de estrés para niños y jóvenes con altas habilidades intelectuales y precursores de depresión y reacciones de ansiedad.

concluimos entonces que la disincronía va ligada al desarrollo de las habilidades emocionales y sociales del niño con altas capacidades y que, según Silverman (2002) citado en Soriano (2008), “Cuanto mayor es el grado de disincronía, mayor es la probabilidad de problemas de adaptación de orden social y emocional.” (Silverman, 1997, 2002).

1.4. Tipos de tratamiento

A pesar de que existen diferentes escuelas con base en diversos marcos teóricos, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que demuestra un mayor grado de efectividad en un gran número de trastornos. Su base se centra en el trabajo conjunto de paciente y terapeuta para conseguir encontrar y comprender los síntomas respecto a la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta. Es posible utilizarla tanto en individuos, como en grupos y en familias. Es fundamental que tenga objetivos terapéuticos personalizados en sesiones semanales de aproximadamente una hora. Es importante destacar que en niños este tipo de terapia es mucho más estructurada que en adultos o adolescentes.

Dentro de esta rama de la psicología existen diferentes técnicas, a continuación, se exponen algunas de ellas:

Psicoeducación: consiste en describir al paciente y/o la familia el diagnóstico o la problemática que existe, con ello se busca reforzar tanto los recursos como las habilidades. Se hace de forma adecuada al lenguaje del paciente y con la mayor claridad posible. Se considera la psicoeducación como un paso previo o una parte integrante del tratamiento. Ésta se puede llevar tanto al inicio del tratamiento como a lo largo de las sesiones.

Técnicas de relajación: con ellas se busca conseguir estado de baja actividad en el sistema nervioso a través de distintos procesos cognitivos. Esta técnica es muy útil para la regulación emocional ya que ayuda a centrarse en el aquí y ahora. Un ejemplo de esta técnica es la relajación de Jacobson.

Entrenamiento en asertividad: tiene como objetivo enseñar a los pacientes a ser capaces de expresar sus emociones, sus derechos, sus deseos y a disminuir la respuesta de ansiedad ante situaciones sociales. Dentro del entrenamiento en asertividad se pueden incluir role-plays o representación en papeles para ayudar a la persona a ponerse en una situación y así entrenar sus habilidades para enfrentarse a esa situación.

En el comportamiento asertivo se otorga mucha importancia tanto a los componentes verbales como a los no verbales.

Mindfulness: se define habitualmente como el tipo de consciencia que surge al prestar atención de un modo particular; con propósito, al momento presente y sin juzgar (KabatZinn, 2018). Se basa en focalizar la atención en el momento presente para llegar a una atención plena que te aleja de los pensamientos negativos o las preocupaciones. Busca centrarse en lo que ocurre “aquí y ahora” sin querer cambiar nada, simplemente aceptándolo.

1.5.Prevalencia

Se encuentran dificultades para determinar la prevalencia de problemas emocionales en AACC, por lo tanto, se ha buscado hacer una revisión de la prevalencia en sí de los casos de AACC y por otro lado de los problemas emocionales.

En cuanto a la prevalencia de los casos de AACC:

En caso de tomar de referencia el cociente intelectual (C.I) y teniendo en cuenta que lo “normal” en las escalas WECHLER, fluctúa entre 90 y 109, el sujeto excepcional por déficit se situaría en las puntuaciones bajas de la curva (por debajo de la media menor que 69), de la misma forma que el individuo excepcional por exceso se encontraría en las puntuaciones altas (por encima de la media C.I mayor que 130) Cada uno de los grupos excepcionales abarca aproximadamente una población de 2,25%. (Monterde Mainar, 1997) (Gagné, 1998).

Por otro lado, Lewis M. Terman, destacado psicólogo estadounidense interesado en el estudio de la superdotación intelectual, consideró superdotadas a aquellas personas que superasen en un mínimo de DOS desviaciones estándar el CI promedio, es decir, que tuvieran un índice superior a 130.

Si nos fijamos en la gráfica (distribución normal o gaussiana) comprobaremos que, idealmente, solo un 2,14% de la población superaría ese valor de cociente intelectual:

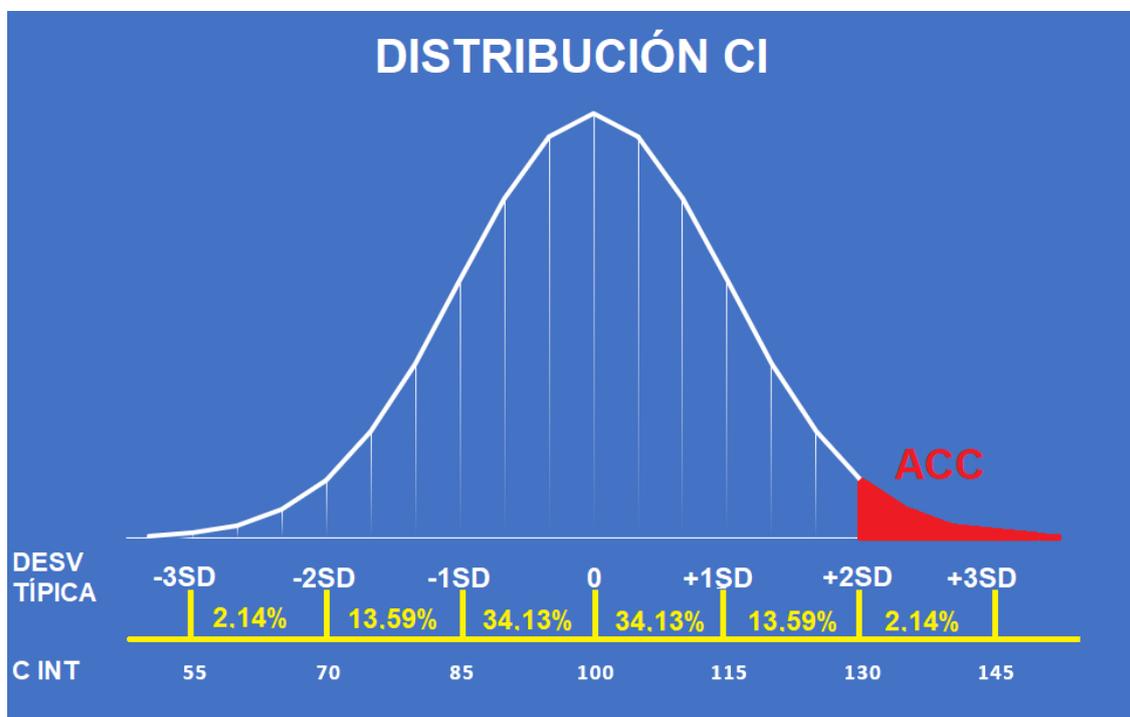


Gráfico de elaboración propia, basado en los criterios de Lewis M. Terman

Además, uno de cada 934.080 puede ser genio o prodigio, es decir con un CI superior a 190. Incluso uno de cada 294.000 posee un C.I superior a 170. Basándonos en estos datos, pueden existir en España más de 300.000 alumnos superdotados y unos 8 casos de genios o prodigios escolarizados en cursos no universitarios. De este número de alumnos sólo han sido diagnosticados alrededor de 2.000 alumnos.

Por este motivo es muy complicado hablar de prevalencia ya que muchos de los casos existentes no están diagnosticados o están diagnosticados de manera errónea.

Por otro lado, respecto a la prevalencia de problemas emocionales en casos de altas capacidades, la literatura se encuentra dividida.

Existe una postura que sostiene que los niños superdotados, de cualquier CI, son tan adaptados, si no más, que sus compañeros normativos (Terman y Oden, 1959)

Y la otra parte de la literatura sostiene que existe una relación relevante entre superdotación e inadecuado ajuste personal o social (Lombroso, 1895a; Lombroso, 1895b; Lombroso, 1895c).

En este trabajo se busca contrastar la hipótesis de que las AACC sean un factor de riesgo para los problemas de regulación emocional.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Los datos personales que se exponen a lo largo de este trabajo sobre la paciente del caso clínico son ficticios. Según la ley de protección de datos de carácter personal (GDPR) es ilegal y está prohibido facilitar datos que puedan identificar a la persona que acude a sesión en el centro de psicología.

NM es una niña de 8 años residente en Tui (Pontevedra), que cursa 4º de educación primaria con buenos resultados académicos. Vive en un entorno familiar estable con sus padres y su hermano de 6 años. El ambiente familiar es bueno. Su madre es profesora de francés en un instituto y su padre mecánico en una empresa auxiliar del automóvil. Ambos progenitores muestran gran implicación/ atención y seguimiento en el desarrollo de su hija.

A nivel social, sufrió “bullying” hace tres años y tuvieron que cambiarla de colegio. Su madre manifiesta que siempre ha tenido problemas para relacionarse pues es bastante tímida, pero N.M no tiene la misma percepción y se considera una niña muy sociable.

Debido a problemas a la hora de comer y a dolores de estómago, NM antes de los tres años tuvo una valoración por posible anorexia nerviosa que fue posteriormente descartada, así como cualquier otro trastorno de alimentación. Posteriormente los médicos la diagnosticaron como celíaca, intolerante a la fructosa y lactosa, así como alérgica a la proteína de la leche.

Acude a consulta referida por el colegio ya que tras realizar un informe psicopedagógico se diagnostica a N.M. con altas capacidades y un CI de 135. Le recomiendan el apoyo psicológico ya que presenta problemas emocionales y dificultades para relacionarse con sus compañeros.

La paciente no ha acudido antes a terapia ni tampoco hay constancia de haber recibido ningún tratamiento previo, ni psicológico ni farmacológico.

Debido a que la paciente es menor, la primera consulta se realiza con su madre. El motivo de consulta que ella expone es que últimamente la ve muy triste, cree que tiene ciertos problemas para gestionar conflictos y para relacionarse con los demás. Éstas son algunas de las cosas que comenta en el primer contacto con ella:

- “la veo muy triste”.
- “a veces tiene dificultades en relacionarse con otros compañeros”.
- “parece fuerte, pero es muy frágil”.
- “tiene mucho carácter, pero no lo muestra”.
- “siente mucho miedo a no caer bien”.
- “le cuesta seguir las normas y en ocasiones tiene pataletas”.
- “es nerviosa”.
- “está en lucha consigo misma”.
- “Muchas veces se siente fuera de lugar y muy sola; ha llegado a decirme que parece como si fuera un fantasma en clase y esto le hace llorar mucho”.

Por otro lado, N.M cree que viene para trabajar la atención y la memoria, por lo que no tiene conciencia de problema en las primeras sesiones y por ello no tiene un motivo de consulta como tal.

Por ello será especialmente importante trabajar en la alianza terapéutica con ella, para que se sienta cómoda y poco a poco pueda hacerse consciente de su situación y así conseguir su implicación en la consecución de los objetivos del tratamiento.

3. Estrategias de Evaluación

3.1. Temporalización

La temporalización de las sesiones es de una intervención a la semana, con una duración de 60 minutos hasta que se vayan cumpliendo los objetivos propuestos. A medida que éstos se vayan consiguiendo se podrán espaciar las sesiones a una cada dos semanas, posteriormente una vez al mes y, por último, y si es necesario, incluir alguna sesión de seguimiento cada tres o seis meses.

Se incluirá un cronograma más adelante especificando las sesiones que se han llevado a cabo y los objetivos trabajados en cada una de ellas.

3.2. Instrumentos de evaluación

Una vez realizada la entrevista inicial con la madre de N.M se han valorado diferentes métodos y cuestionarios para evaluar y concretar más profundamente las dificultades que presenta este caso. A continuación, se expone la metodología que se ha seleccionado para seguir recabando información:

Observación conductual: el fin es valorar algunas áreas del comportamiento y del lenguaje de la paciente. Valoramos dos aspectos primordiales que son el nivel verbal y el nivel no verbal. En la parte del lenguaje verbal el objetivo es obtener una impresión sobre la facilidad o dificultad que tiene la paciente para tener un discurso coherente y sus capacidades de concreción y abstracción.

En cambio, en el lenguaje no verbal se busca observar si la niña es capaz de mantener el contacto ocular o no durante el discurso o si habla con un tono de voz adecuado. Además, es primordial tener en cuenta también la motivación que tiene la paciente respecto a la evaluación -si tiene una motivación propia o no, por ejemplo- y si tiene como objetivo el cambio.

Entrevista semiestructurada (Fernández-Ballesteros, 2011): se utiliza para recabar información que pueda ser relevante acerca de los antecedentes del problema y la situación actual de la paciente. Esta técnica es básica para la evaluación psicológica puesto que nos da mucha información tanto de la conducta-problema como de las áreas destacables de la vida de la paciente. En este caso se han incluido también preguntas menos estructuradas que eran relevantes para abordar la evaluación.

SENA- Sistema de Evaluación en Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco y del Barrio, 2015): Esta prueba se utiliza para evaluar las dificultades emocionales y comportamentales tanto en niños como en adolescentes desde los 3 hasta los 18 años. Consta de cuestionarios de evaluación tanto para el niño -autoinforme-, como para los padres y profesores. En el caso de N.M se han utilizado tanto el SENA autoinforme como el SENA familia. Se ha escogido esta prueba con el fin de poder comparar las distintas perspectivas de su familia -en este caso su madre- y de la propia paciente.

TAMAI- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil 7ª Edición (Hernández-Guanir, 2015): Esta prueba se utiliza para evaluar el nivel de adaptación de niños desde los 8 años. Puede identificar la adaptación en las diferentes áreas de la vida del niño, tanto la escolar, la social, la familiar y la personal.

Se selecciona este cuestionario ya que proporciona una visión global de las dificultades, pero a su vez hace una división de ellas por áreas, lo que ayuda a delimitar el problema y entenderlo mejor. También es importante destacar que aporta información respecto a cómo el niño percibe los estilos educativos de cada uno de sus padres, así como la posible discrepancia que pueda existir entre éstos. Esto podría dar lugar a la aparición de problemas de adaptación tanto en niños como adolescentes.

4. Formulación clínica del caso

4.1.Resultados de las pruebas

4.1.1. Observación conductual

La madre de N.M es quien la acompaña al centro, pero las sesiones se llevan a cabo sólo con la niña. Su desarrollo físico se adecúa a su edad y no se detecta la presencia de problemas físicos.

La actitud que tiene ante la interacción verbal es positiva, muestra interés hacia la evaluación desde el principio. Además, tanto el nivel concreción como el de abstracción son adecuados según impresión clínica, exponiendo un discurso con coherencia y en concordancia con lo que se está trabajando durante la evaluación.

N.M tiene una gran motivación hacia la evaluación en las diferentes pruebas que se realizan, con un alto nivel de comprensión y atención hacia todas las tareas que se le proponen. Además, su tono de voz es correcto, así como la velocidad adecuada del habla y las expresiones de su cara.

4.1.2. Entrevista semiestructurada

A nivel escolar:

N.M va al colegio Compañía de María y cursa 4º de Educación Primaria. Comenta que le gusta ir a clase, pero los lunes le cuesta bastante después del fin de semana.

Sus asignaturas favoritas son Educación Física, matemáticas y plástica y las que menos le gustan y más le cuestan son el inglés y lengua gallega. Es consciente de que el inglés es muy importante porque “sirve para comunicarse con todo el mundo”. Además, tiene muy buena relación con sus profesores.

Respecto a su forma de estudiar, estudia en un escritorio situado en un pasillo de su casa sobre media hora al día y a veces si tiene alguna actividad por la tarde hace los deberes antes de ir. Refiere que su madre le ayuda mucho y que su padre no le ayuda nunca.

Hace 3 años se cambió de colegio porque sus compañeros la hicieron sentir “un poco incómoda”. Asistió a un cumpleaños y como no podía tomar gluten la apartaron en una esquina por lo que se sentía poco respetada y un poco triste. Dice que, a pesar de ello, mantiene amigos de ese colegio.

A nivel social:

Se lleva bien con todos sus compañeros menos con una niña llamada O -dice que sus padres no le prestan atención y que por eso molesta en clase-.

Al preguntarle por cuantos amigos tiene, dice que toda la clase menos O. También tiene una amiga fuera del colegio, la conoce desde que tienen 2 años y tiene autismo, algo que sabe porque se lo ha explicado su madre.

Cuando está triste sus amigos la animan y lo que le gusta hacer con ellos en general es jugar. Sobre todo, con T una compañera que conoció el año pasado de su curso, pero de otro grupo. Dice que con T habla de todo, de la vida, de la familia y de los amigos. Le gustan los amigos que tiene pero que no le importaría conocer a más y que cuando conoce a alguien nuevo le cuesta mucho abrirse y es muy tímida.

A nivel familiar:

Vive con sus dos padres y su hermano de 6 años. Cerca de su casa viven sus abuelos maternos, tiene muy buena relación con ellos. Sólo tiene una abuela paterna y está en la residencia. Comenta que sus padres discuten a veces y resalta que su padre no se lleva bien con sus hermanos.

Al parecer, ella y su hermano se pelean mucho, sobre todo si los dos quieren algo y acaban pegándose y gritándose.

Su padre trabaja en automoción y N.M dice que es bueno excepto cuando se enfada, que es cuando ella y su hermano se pelean. Además, dice que no tiene ninguna paciencia y que no suele ayudarla con las tareas de clase.

Su madre es profesora de francés en un instituto y N.M comenta que ella tiene mucha paciencia, que es muy buena y le apoya en todo diciéndole cosas como: “N.M, tú puedes”. Además, pasan mucho tiempo juntas y le ayuda con las tareas y con todo.

A nivel personal:

N.M tiene 8 años y cumple 9 años el día 11 de diciembre. Le gusta hacer puzzles, los juegos de lógica, pintar, bailar y cantar en el coche. Hace atletismo y toca el clarinete, pero no le gusta mucho ya que tiene que practicar mucho en casa y eso le aburre.

Al hablar sobre las distintas emociones reconoce fácilmente situaciones que le hacen sentir *tristeza* como por ejemplo cuando no juegan con ella, cuando no le hacen caso o la dejan de lado. También puede pensar en situaciones que le provocan *felicidad* como cuando juega con su hermano y su madre está muy contenta porque todo va bien. Y por último al hablar de la emoción de *enfado* identifica que la situación que más se lo provoca es cuando su hermano le rompe alguna de sus cosas, en ese momento se va a su cuarto y se esconde.

Lo que más le gusta sobre ella misma es: “cómo soy por dentro, soy muy abierta y sociable”, y que lo que menos le gusta es cómo reacciona cuando se enfada.

Al final de la entrevista, se le proponen una serie de supuestos para conocer cuáles son sus reacciones ante diferentes situaciones cotidianas. A la hora de preguntarle cómo reacciona cuando algo no le sale bien dice que suele *enfadarse* y *llorar* ya que no le gusta no ser capaz de hacer las cosas. Por otro lado, cuando se le cuestiona cómo se sentiría si un compañero de clase se porta mal y el profesor los castiga a todos, manifiesta que se sentiría *tristeza*, *injusticia* y *enfado* ya que ella no hizo nada malo para merecer eso.

Cabe destacar en N.M cree que acude a consulta “para mejorar la atención y ser más rápida en diversas tareas” lo que significa que no tiene ninguna conciencia de problema.

4.1.3. SENA Primaria Autoinforme

INDICES GLOBALES

El *índice global de problemas* indica que N.M no percibe en su vida cotidiana obstáculos importantes. Aun así, sí que se describe la presencia de *Problemas emocionales*, lo que indica que N.M percibe dificultades a la hora de identificar y gestionar sus emociones.

No se detecta, por otro lado, la presencia de *Problemas conductuales y contextuales*, por lo que parece que N.M no percibe dificultades en el comportamiento que tiene hacia los demás, así como problemas en alguno de los entornos en que desarrolla su vida -escolar o familiar-.

ESCALAS DE PROBLEMAS

Se observan puntuaciones ligeramente elevadas en la escala de *depresión y ansiedad*. Lo que indica que N.M puede presentar un ánimo disfórico, anhedonia, culpa y/o pensamientos negativos además de nerviosismo, malestar subjetivo y sobre activación fisiológica.

Por otro lado, respecto a los *Problemas exteriorizados* N.M obtiene puntuaciones por debajo de la media, lo que significa que N.M no presenta comportamientos caracterizados por la resistencia a la autoridad, inquietudes o dificultades a la hora de inhibir comportamientos.

Dentro de las escalas de *Problemas contextuales* N.M describe la presencia de *Problemas familiares*. Esto indica que el contexto familiar es percibido por N.M como problemático.

ESCALAS DE RECURSOS PERSONALES

Su nivel de *Autoestima* indica que tiende a sentirse insatisfecha consigo misma, tensa o insegura, valorándose de manera negativa o desfavorable.

ITEMS CRÍTICOS

Riesgos en el entorno familiar: 47. En mi casa hay peleas (Sí)

4.1.4. SENA primaria familia

ESCALAS CONTROL

Las escalas de control del SENA primaria familia se sitúan todas en el rango normal, por lo que se puede interpretar el resto de las escalas de la prueba.

ÍNDICES GLOBALES

Se observan puntuaciones bastante altas tanto en el *índice global de problemas* como en los *índices de problemas emocionales*. Y una puntuación menos elevada en el *índice de problemas conductuales*. A su vez, presenta un nivel muy bajo en el *índice de problemas personales*. Esto significa que N.M puede manifestar dificultades al enfrentarse a problemas de la vida cotidiana.

ESCALAS DE PROBLEMAS

En el área de problemas interiorizados se observan puntuaciones altas, con una puntuación extremadamente alta en la escala de *Depresión* (90) En cambio, tanto *Ansiedad* como *Quejas somáticas* se sitúan en niveles más próximos a la media.

Con respecto a los *problemas exteriorizados*, se observan puntuaciones algo elevadas en las escalas de *hiperactividad-impulsividad* y *conducta desafiante*, con mayor elevación en problemas de control de la ira.

ESCALAS DE VULNERABILIDADES.

En las escalas de vulnerabilidades se puede observar la posible presencia de problemas de regulación emocional. Destacan con puntuaciones en el rango medio-alto las escalas de *dificultades de apego*,

aislamiento y rigidez, lo que podría significar la presencia de comportamientos que aparentes no son muy problemáticos, pero se deberían de tener en cuenta ya que pueden influir en el resto de los problemas de N.M.

Respecto a las escalas de recursos personales, presenta niveles normales de *inteligencia emocional* y puntuaciones excesivamente bajas en *integración y competencia social*.

ESCALAS DE RECURSOS PERSONALES

Se observa la presencia de puntuaciones por debajo de la media en *Integración y competencia social*, lo que indica que N.M no posee unas buenas habilidades para enfrentarse a las situaciones sociales, mostrando dificultades a la hora de relacionarse con los demás.

Se describe la presencia de una baja *Inteligencia emocional*. A N.M le cuesta en ocasiones regular sus emociones y presenta dificultades en el proceso de detección emocional.

La *disposición al estudio* es muy baja, presentando una actitud negativa hacia los aspectos académicos, así como falta de responsabilidad en todo lo relacionado con el colegio.

ITEMS CRITICOS

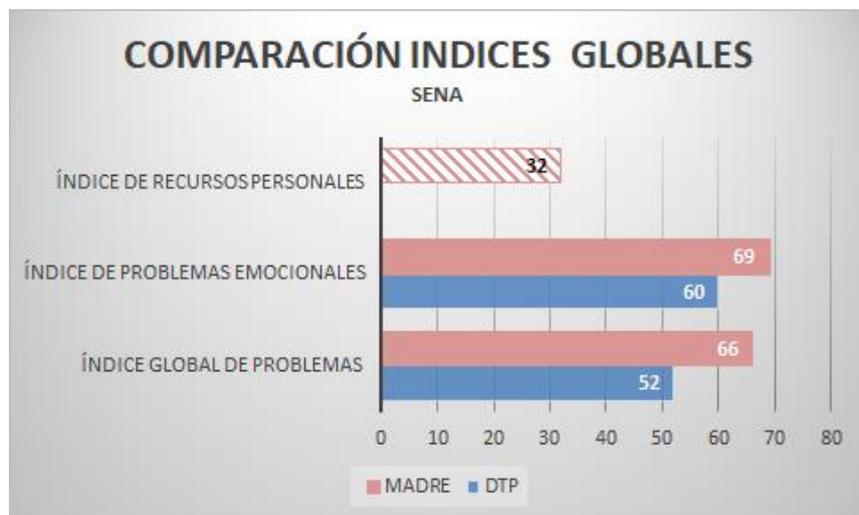
Riesgo de acoso escolar: 55. Sus compañeros le insultan o se burlan de él. (Algunas veces), **72.** Sus compañeros de clase le aíslan. (Algunas veces) y **123.** Tiene miedo de algún compañero de clase. (Algunas veces)

Tras interpretar los perfiles del SENA autoinforme y el SENA primaria familia y a pesar de que las dos pruebas no valoran exactamente lo mismo, podemos observar que hay determinadas variables comunes tanto en el perfil que completa N.M como en el que interpreta en este caso su madre.

Se han realizado varias gráficas comparando las áreas comunes en ambos perfiles. En la siguiente imagen se observan en azul las puntuaciones directas de N.M -DTP- y en rosa las de su madre. En

este caso, el índice de recursos personales sólo se evalúa en el perfil SENA primaria familia por lo que no se puede comparar con la puntuación de N.M.

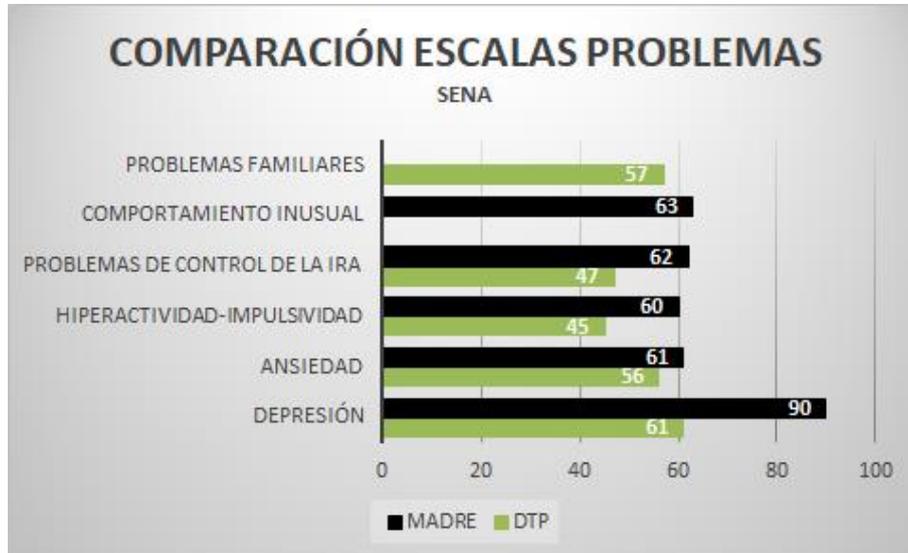
Se ve que ambas reconocen en N.M problemas emocionales y su madre considera que N.M posee pocos recursos personales para enfrentarse a la vida como se ha dicho anteriormente.



Comparativa índices globales SENA, gráfico de elaboración propia

A continuación, se adjunta un gráfico de la comparación de las escalas de problemas, en este caso, en negro se ven las puntuaciones directas de la madre y en verde las de N.M -DTP-. Se debe tener en cuenta que no todas las puntuaciones son comparables y por eso en alguna escala sólo aparece la puntuación de una de las dos.

En este caso, N.M no parece ver problemas en muchas de las áreas en las que su madre sí, como son los problemas de control de la ira, la hiperactividad- impulsividad o la ansiedad. La única escala que valora con mayor puntuación N.M es la de depresión, aunque sigue existiendo una gran diferencia con la puntuación de su madre.



Comparativa de escalas de problemas SENA. gráfico de elaboración propia

Algo a tener en cuenta respecto a los ítems críticos de ambos perfiles es que N.M parece percibir más problemas a nivel familiar y en cambio su madre los percibe a nivel social. En la siguiente tabla se aúnan los ítems críticos para hacer una comparativa. -DTP se refiere a N.M-

| RIESGOS CRÍTICOS | DTP | MADRE |
|--|-----|---------------|
| 47. En mi casa hay peleas. | SI | |
| 55. Sus compañeros le insultan o se burlan de ella | | Algunas veces |
| 72. Sus compañeros de clase le aíslan. | | Algunas veces |
| 123. Tiene miedo de algún compañero de clase. | | Algunas veces |

Comparativa ítems críticos SENA, tabla de elaboración propia,

4.1.5. TAMAI

Las **Escalas de control**, *Pro-imagen* y *Contradicciones* se encuentran dentro de la normalidad. No se detectan afirmaciones con una extrema valoración o difícilmente reales y tampoco se detectan contradicciones, por lo que los resultados obtenidos son válidos e interpretables.

Se constata en N.M un nivel bajo de **Inadaptación general**, lo que indica un buen ajuste en las principales áreas en las que se desarrolla.

A **nivel personal**_N.M presenta una buena *autoestima*, sintiéndose cómoda y contenta consigo misma. No se constatan cogniciones de autocastigo cuando las cosas no le salen como quiere. Tampoco suele presentar molestias y dificultades corporales como consecuencia de la tensión psíquica vivida: mareos, dolores de cabeza, dormir mal, etc.

A **nivel escolar** presenta una inadaptación media, N.M en general no presenta aversión a la instrucción. En cambio, obtiene una puntuación media-alta en la *aversión al aprendizaje*, lo que indica desagrado hacia el estudio y falta de motivación por el saber.

El **nivel de inadaptación social** según la perspectiva de N.M es medio- baja. Destacando la puntuación medio-alta en la escala de *Disnomia*, lo que indica una despreocupación, adversidad o choque a la normativa social. Puntuaciones altas en esta escala pueden significar tendencia a que sea una persona revoltosa, descuidada, negativista o desobediente.

En cuanto al **ambiente familiar**, N.M percibe una *insatisfacción alta con su hermano*, lo que indica que pueden existir molestias, conflictos o celos fraternales.

Por otro lado, N.M percibe una *discrepancia media-alta entre los estilos educativos de sus padres*. Valora el estilo educativo de su padre como medio-bajo y el de su madre como medio, aún que los percibe a ambos con un estilo educativo asistencial-personal, es decir, que se basa en el amor, en el cuidado y desarrollo de la autonomía y libertad de N.M.

4.2.Análisis funcional

Con el objetivo de conocer más profundamente la topografía de las conductas problema de N.M, a continuación, se desarrolla de forma gráfica el análisis funcional de los comportamientos que son relevantes de cara al tratamiento en forma de ejemplos concretos de la vida de la paciente. Se han tenido en cuenta tres conductas problema primordiales, todas relacionadas con las emociones y la regulación emocional: la tristeza o llanto incontrolado, los ataques de ira y el bloqueo emocional o conductual.

| EC | RC | ED | RO | CONSEC |
|--|-------------------------------------|-------|--|--|
| Problema con su hermano (entra en su cuarto y le coge las cosas sin permiso) | Enfado | EC+RC | Pelea con su hermano, gritos y ataque de ira | Atención de su madre (R+) Descarga de la ira (R-) |
| Problema con una compañera (Le insulta delante de toda la clase) | Tristeza | EC+RC | Llanto incontrolado | Atención de la profesora y de sus compañeros (R+) Sensación de calma y bienestar (R+) |
| Situaciones de alto contenido emocional (Ej: hablar del bullying que sufrió) | Desbordamiento emocional y malestar | EC+RC | Bloqueo emocional y o conductual | Evitación de la emoción (tristeza, ira, culpa...) (R-) |

Análisis funcional del caso, tabla de elaboración propia.

4.3. Objetivos del plan de intervención

Tras haber analizado los resultados de las pruebas y realizado el análisis funcional de algunas de las conductas problema, se proponen los siguientes objetivos para la intervención:

- Mejora de la sintomatología ansioso-depresiva (estado de ánimo bajo).
- Ser capaz de identificar sus emociones y aprender a gestionarlas (regulación emocional) para poder disminuir y/o eliminar los ataques de ira, el llanto incontrolado o el bloqueo emocional.
- Trabajo con la autoestima y el autoconcepto negativo.
- Mejorar la convivencia familiar trabajando las peleas con su hermano.

- Trabajar la motivación al aprendizaje y la disposición al estudio

5. Tratamiento

Actualmente N.M sigue en tratamiento, pero a continuación describen las sesiones que se llevan a cabo en el período de prácticas en el centro Codex. Se realizan once sesiones, tres de evaluación y ocho de tratamiento. El enfoque de referencia es el Cognitivo-conductual ya que es el que se lleva a cabo en el centro donde se ha realizado la terapia.

Debido a que el período de prácticas finaliza antes del tratamiento de N.M no se realizan medidas post-test ni se llevan a cabo sesiones de seguimiento.

A continuación, se adjunta un cuadro que refleja los objetivos trabajados en cada una de las sesiones que se tienen con N.M.

Las tres primeras sesiones son de evaluación, en ellas se realiza una entrevista semiestructurada y se le pasan las pruebas TAMAI y SENA. Además, se le facilita a su madre la prueba SENA familia para que la traiga completada antes de finalizar la evaluación. Es importante destacar que previamente a empezar a trabajar con N.M se tiene una primera sesión con su madre que no se incluye en este cuadro.

En las siguientes ocho sesiones se trabaja: la identificación de la tristeza, identificación de todas las emociones, introspección, autoestima y resolución de conflictos, conciencia de AACC y desmotivación hacia el aprendizaje, asertividad e injusticia, tolerancia a la frustración y pensamientos alternativos en ese orden.

| Nº Sesión | Tratamiento |
|-----------|------------------------------------|
| 1 | Entrevista |
| 2 y 3 | Test SENA Y TAMAI |
| 4 | Identificación tristeza |
| 5 | Identificación otras emociones |
| 6 | Introspección |
| 7 | Autoestima y resolución conflictos |
| 8 | Conciencia AACC y desmotivación |
| 9 | Asertividad e injusticia |
| 10 | Tolerancia frustración |
| 11 | Pensamientos alternativos |

Cronograma de las sesiones, tabla de elaboración propia.

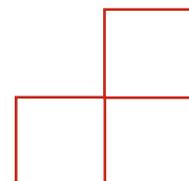
SESIONES:

1ª Sesión: Trabajando la tristeza

Debido a que una de las cosas por las que su madre está más preocupada es por el bajo estado de ánimo de N.M, se decide trabajar la emoción de tristeza para ver qué relación tiene con ella, si sabe identificarla y cómo se enfrenta a ella.

Se lleva a cabo psicoeducación sobre qué es una emoción y concretamente sobre la tristeza; utilizando “El emocionómetro del inspector Drilo”, un cuento para trabajar las emociones con niños.

En esta sesión se ve a NM muy participativa e involucrada en la tarea, parece identificar muy bien la tristeza en los demás, pero le cuesta mucho hacer introspección para encontrar situaciones en las que ella se ha podido sentir o se siente así. Algunos momentos en los que se ha podido sentir triste



son: cuando su hermano se mete con ella, cuando algo que le gusta mucho se pierde, si su padre le riñe y por último si perdiera a un amigo o amiga que le importe mucho.

2ª Sesión: Trabajando todas las emociones.

Tras ver las dificultades en la anterior sesión con N.M a la hora de identificar sus propias emociones, hoy se trabaja en ellas de una forma más genérica, es decir sobre todas las demás emociones.

De nuevo se realiza psicoeducación sobre las diferentes emociones que existen, en esta ocasión con un juego en el que hay diferentes actividades relacionadas con ellas: buscar la parte positiva y negativa de éstas, contar algo que te ha ocurrido esta semana con esa emoción, encontrar la emoción entre las letras desordenadas e imitar esa emoción con la cara.

Las emociones que más dificultades le suponen son la culpa y los celos. Y se observan dificultades a la hora de identificarlas en algo que le haya pasado recientemente.

De nuevo N.M se implica en la tarea y tiene clara la parte “teórica” de las emociones, pero muestra dificultades para la introspección y la identificación de sus propias emociones.

3ª Sesión: Introspección, devolución de resultados.

Tras haber comentado con la madre de N.M los resultados de las pruebas realizadas se le propone explicárselos a la niña para ver cómo reacciona y ella se muestra conforme.

Antes de empezar, se le recuerda a N.M que tanto ella como su madre cubrieron unas pruebas y que hoy se van a revisar los resultados de éstas. Se le aclara que su madre también hace la prueba porque algunas veces los demás observan cosas que nosotros mismos no vemos; asiente y comenta que a ella le ha pasado alguna vez.

Después de una breve explicación teórica sobre lo que miden las pruebas, se le describen por encima los resultados. Hablando sobre lo que su madre ve en ella, cambia su actitud y se muestra muy afectada, dice que no se esperaba que su madre pensara eso y se queda callada y quieta. Finalmente rompe a llorar y dice que no quiere que su madre esté preocupada por ella, porque la quiere mucho

y no le quiere hacer daño le intenta reconfortar y poco a poco se calma. Comenta que a veces no sabe cómo actuar y que no entiende sus emociones, aunque se han trabajado los anteriores días. Tras explicarle que las emociones son algo muy complicado incluso para los adultos y que poco a poco lo trabajaremos en sesión, cambiamos de tarea y jugamos un poco.

Esta sesión es muy relevante en el tratamiento pues N.M empieza a ser consciente de sus dificultades. Como se ha explicado anteriormente, ella no tenía ninguna conciencia de problema, y este avance va a ayudar mucho a la consecución de los objetivos.

4ª Sesión: Autoestima y resolución de conflictos.

N.M llega mucho más animada que los días anteriores y dice que está mucho mejor. Se retoma lo trabajado el último día y se lleva a cabo psicoeducación sobre el llanto, ya que ella parece tener ciertos prejuicios al respecto.

Posteriormente se trabaja la autoestima con el “Programa de refuerzo de las habilidades sociales I” en el que N.M tiene que responder preguntas sobre cómo se siente con ella misma, qué quiere cambiar y qué le gusta de ella. Tiene facilidad para encontrar qué cosas cambiaría y dificultades para pensar en qué le gusta de ella, por lo que es importante seguir trabajando su autoconcepto.

Por otro lado, comenta que tuvo un problema con su compañera de clase, O; al parecer le pegó en el culo y N.M se sintió muy avergonzada. Debido a esto, se trabaja la resolución de conflictos y se retoman las emociones para que pueda verlas aplicadas a una situación cotidiana.

5ª Sesión: Conciencia de AACC y desmotivación al aprendizaje

Tras hablar con su madre, ésta explica que N.M tuvo llantos incontrolados esta semana a la hora de ponerse a estudiar y hacer los deberes, que tiene una altísima desmotivación con los estudios y que si hace algo es con ella, algo que le preocupa mucho.

Por este motivo se trabaja la motivación al aprendizaje. Para ello se le pide que detalle cómo estudia y cómo hace los deberes, qué es lo que más y lo que menos le gusta. Hablando del examen y sobre

cómo trabajó esta semana dice que muy bien y que lo hizo todo sola. Es decir, describe algo diferente a lo que su madre nos traslada sobre estos últimos días y más concreto sobre el estudio. Será importante indagar en los motivos por lo que cuenta una versión diferente a la real.

Por otro lado, se busca saber si ella es consciente de sus AACC. Cree que tiene facilidad para algunas cosas y que en clase muchas veces termina rápido de hacer los ejercicios y la profesora le da más - del mismo tipo- y que eso le aburre un poco. Es decir, no es consciente de que tiene altas capacidades ni tampoco parece compararse con los demás compañeros.

En general, N.M se aburre rápido de las cosas y quiere cambiar rápido de actividad, algo que se deberá trabajar en próximas sesiones.

6ª Sesión: Asertividad e injusticia

Nada más llegar comenta que esta semana tuvo dos problemas que quiere explicar.

- Al parecer ayer jueves tuvo un conflicto con una compañera, S, en atletismo ya que ésta tiene un grupo de amigas que no quieren que vaya con N.M y la compañera cedió y dejó a N.M sola. Ella se sintió muy triste y decepcionada y ahora no sabe qué hacer.

Respecto a este problema estuvimos trabajando asertividad y las habilidades de comunicación con un roll playing. N.M se mostró muy participativa, como siempre, pero en esta ocasión dice que cree que lo que estamos trabajando le va a ayudar a hablar con S.

- Por otro lado, tuvo un problema en clase con un examen de inglés. Ya que se dio cuenta de que la profesora le puntuó como bien algo que tenía mal en el examen, y al decírselo ésta le bajó la nota y N.M se sintió traicionada y le afectó mucho. No deja de repetir que le parece injusto porque ella hizo “lo que debía”.

N.M habla muchas veces de lo que es justo e injusto y se detectan en ella ciertas creencias limitantes. por lo que se vuelve a trabajar psicoeducación sobre la justicia y la injusticia y parece que se siente

algo más aliviada tras entenderlo un poco mejor. No obstante, es importante continuar trabajando en ello en futuras sesiones.

7ª Sesión: Tolerancia a la frustración.

La madre de N.M expone que muchas veces tiene reacciones desproporcionadas cuando se frustra por algo, como por ejemplo un ataque de ira o llanto incontrolado y que a veces es muy difícil calmarla cuando algo no le sale como ella quiere.

Por este motivo se trabaja la tolerancia a la frustración. Para ello se utiliza un juego para dos personas formado por figuras geométricas en el que se tienen que colocar de tal manera que forme una estrella -algo semejante al “tetris”-. Se le explica brevemente el funcionamiento y empieza la partida. En esta ocasión yo juego con ella y competimos.

N.M quiere rendirse muchas veces a lo largo del juego ya que observa que ella va más despacio y le cuesta un poco más. Finalmente gano y ella se rinde y dice que no quiere jugar más. En ese momento se realiza psicoeducación sobre la tolerancia a la frustración para que entienda que no siempre las cosas van a salir como a ella le gustaría y se le ofrece intentarlo de nuevo. Duda mucho pero finalmente accede.

La segunda vez tiene más práctica, consigue ir a mejor ritmo y empieza a sentirse mejor, aunque finalmente gano yo se lo toma de una forma muy diferente e incluso ella misma propone jugar una última vez en la que consigue ganar.

Al final se le pregunta qué ha aprendido y dice: “aunque las cosas no salgan como queremos no tenemos que enfadarnos, tenemos que seguir intentándolo hasta conseguirlo” y también que “a veces hay que dar una segunda oportunidad a las cosas para saber si nos gustan”.

8ª Sesión: Pensamientos alternativos

Debido a que N.M muchas veces tiene pensamientos muy rígidos se han querido trabajar con ella los pensamientos alternativos.

Para ello se utiliza un juego de fichas en el que hay una serie de pensamientos negativos y por otro lado pensamientos alternativos a estos. Tras llevar a cabo psicoeducación sobre los pensamientos alternativos y ponerle algunos ejemplos empieza el juego.

Se muestra muy implicada en la tarea y entendiendo muy bien qué son los pensamientos alternativos y por qué es importante tenerlos en cuenta. Sabe dar otros ejemplos diferentes de pensamientos alternativos y consigue encontrar otras situaciones diferentes en las que se podrían dar. Sería importante reforzar esto en sesiones futuras.

6. Valoración del tratamiento

6.1. Adherencia al tratamiento

Como ya se ha mencionado anteriormente, nos encontramos ante el caso de una niña de 8 años que acude a consulta porque su madre la trae. Ella no tiene ninguna conciencia del problema, y la razón por la que cree inicialmente que viene es a trabajar la memoria y la atención de diferentes actividades.

A pesar de no tener claro el motivo por el que viene, ella siempre se ha implicado en las tareas y ha tenido una buena actitud hacia las actividades que realizábamos. En la evaluación manifestó que se le estaban haciendo muchas preguntas y que se aburría mucho y que quería hacer otras cosas, pero eso no implicaba que no llevara a cabo las actividades propuestas.

A lo largo de las sesiones fue mucho más consciente de sus dificultades a nivel emocional y se dio cuenta de que necesitaba esa ayuda ya que muchas veces lo pasaba mal por no saber cómo actuar o por sentir cómo se bloqueaba y no se entendía a sí misma. A partir de ese momento, se involucró completamente en la terapia y fue sencillo trabajar con ella.

Siempre ha tenido muchas ganas de aprender e incluso ha aplicado cosas trabajadas en consulta en su vida fuera de ésta.

Al principio de la terapia tenía cierta reticencia a abrirse y le costaba mucho hablar de cosas más personales, pero a lo largo de las sesiones se fue sintiendo más cómoda y ya hablaba de todo sin problema. Me hizo saber que confiaba en mí, y de hecho, cuando aparecía cualquier otra persona cambiaba su actitud y se volvía a cerrar, por lo que creo que llegamos a crear una buena alianza terapéutica.

6.2. Consecución de los objetivos

La elección de este caso se ha hecho en el período de prácticas realizadas en un gabinete psicológico. Dichas prácticas se han realizado a lo largo de cuatro meses, por lo tanto, este es el tiempo en el que se ha visto a la paciente en consulta.

Se ha llevado a cabo la evaluación en 3 sesiones y 8 sesiones más de tratamiento. Actualmente la paciente sigue en tratamiento y por lo tanto no ha sido posible realizar medidas post-test. Por una parte, porque al finalizar las prácticas se ha perdido el contacto con el centro y por otra parte porque el tratamiento no ha llegado a su fin.

Por este motivo la consecución de resultados se valorará de forma cualitativa basándose en la consecución de los diferentes objetivos propuestos en el inicio del tratamiento.

| PRE | POST |
|---|--|
| Bloqueo al experimentar emociones | Conciencia de las emociones que experimenta y por tanto desaparición de ese bloqueo ante situaciones de alta carga emocional |
| Incapacidad de identificar emociones | Es capaz de detectar las emociones en los demás y en sí misma |
| Baja capacidad de introspección | Capacidad para la introspección y autocrítica de sus conductas |
| Dificultad en la resolución de conflictos | Es capaz de ser asertiva y comunicarse con los demás cuando se da un conflicto |

| | |
|---|---|
| | |
| Intolerancia a la frustración (llanto, ira) | Capacidad de identificar sus emociones y gestionarlas antes de llegar a expresiones extremas de éstas (ataque de ira o llanto incontrolado) |
| Dificultad para relacionarse | Capacidad para relacionarse con los demás de manera asertiva |
| Problemas de ira con su hermano | Es capaz de comunicarse con su hermana y evita el conflicto con él, lo que mejora el ambiente familiar en casa |
| Muy baja autoestima | Mejora de su autoconcepto |

Consecución de objetivos del tratamiento, tabla de elaboración propia.

Se puede afirmar que se han conseguido muchos de los objetivos que se plantearon al inicio del tratamiento. Se ha notado una gran mejoría, ella misma ha manifestado que se siente mucho mejor a la hora de experimentar las emociones ya que es capaz de identificarlas y entenderlas.

Además, ha mejorado notablemente la relación con su hermano, ya que han aprendido a comunicarse de una forma más afectiva y esto ayuda a que el ambiente familiar sea mucho mejor.

Por otro lado, N.M ha mejorado la relación con la compañera de clase con la que estaba teniendo conflictos, ayudándola incluso con las tareas y los exámenes ya que ésta tenía dificultades.

Otro de los objetivos que se proponían en el plan de tratamiento estaba relacionado el bajo estado de ánimo. Debido a que N.M es capaz ahora de identificar, entender y gestionar sus emociones ha conseguido mejorar su estado de ánimo.

Ella misma me comenta que ya no llora desconsoladamente cuando algo le sale mal y eso provoca que su estado de ánimo se mantenga más estable.

Por el mismo motivo comentado anteriormente su autoestima ha mejorado, se siente más segura ya que sabe cómo enfrentarse a las distintas situaciones que surjan en su día a día. A pesar, de haber mejorado considero que es muy importante seguir trabajando en ello.

Poco a poco y trabajando de una forma lúdica diferentes áreas de aprendizaje se ha incrementado su motivación a aprender cosas nuevas, como he mencionado anteriormente ella es una niña muy curiosa y el aprender de una forma divertida es algo que le motiva mucho, por lo tanto, es otro de los objetivos que se han cumplido. Esto no significa que no haya que seguir reforzando este aspecto, puesto que en clase sigue existiendo esa desmotivación que se reflejaba en las pruebas de evaluación y en sus propias palabras.

Además, su madre traslada al centro que la ve más tranquila y comenta que han disminuido los ataques de ira y los llantos desconsolados, ha visto muchos cambios en ella y está muy contenta.

En cuanto a la línea de intervención que se está llevando actualmente como propuestas para el futuro estarían:

- Sería importante seguir trabajando la motivación puesto que tiende a perder la paciencia rápido y aburrirse con facilidad. Esto influye también en su rendimiento académico y en sus clases de clarinete. Se cansa rápido de las actividades e inmediatamente quiere pasar a otras.
- También se debería seguir trabajando con sus habilidades sociales, ya que le cuesta un poco relacionarse con los demás.

- Por otro lado, habría que reforzar su autoconcepto, ya que manifiesta baja autoestima y eso le puede estar afectando en sus habilidades sociales y en la forma de relacionarse con los demás.
- Continuar trabajando su regulación emocional y cómo se enfrenta a las situaciones con alta carga emocional.
- Seguir trabajando su autoconcepto

7. Discusión y conclusiones

Se inicia este trabajo con el objetivo de profundizar en la regulación emocional de niños con altas capacidades, para ello se presenta el caso de N.M que acude a consulta con un estado de ánimo bajo y dificultades en la gestión de sus emociones.

Muchas de las respuestas emocionales de N.M, o la carencia de éstas están íntimamente relacionadas con el rasgo de AACC y por lo tanto con su personalidad. La dificultad para relacionarse por sentirse diferente, la baja autoestima, la aversión al aprendizaje y por tanto la falta de motivación hacia este, el perfeccionismo, la intolerancia a las injusticias, etc. Son solo algunos de los rasgos emocionales propios de niños con AACC.

Como sustento de la relación entre los problemas de regulación emocional y las AACC nos encontramos con la teoría de la disincronía que afirma que existe un desajuste entre el desarrollo intelectual y el emocional. Además de que cuanto mayor sea esta disincronía mayor es la posibilidad de sufrir una inadaptación de orden emocional y social.

En nuestro caso, al principio de la terapia N.M muestra esa disincronía y se observa que algunos de sus principales problemas (como el bajo estado de ánimo, la desmotivación o los problemas para relacionarse con los demás) provienen de sus grandes dificultades con las emociones. N.M llega a consulta con la incapacidad de identificar sus propias emociones y mucho menos de gestionarlas, y con mucho esfuerzo está empezando a entenderlas y manejarlas.

También cabe destacar que cuando N.M viene la primera vez a consulta no tiene ninguna conciencia de problema y es gracias a las pruebas utilizadas para la evaluación y a la colaboración de su madre como podemos sacar conclusiones sobre su tratamiento y sobre cómo llevarlo a cabo. Además, las técnicas utilizadas (psicoeducación, resolución de conflictos, entrenamiento en asertividad...) resultan sumamente útiles para la mejora de la paciente.

Como se ha dicho anteriormente, N.M sigue actualmente en tratamiento y se prevén grandes mejoras en el manejo de sus dificultades. Ella continúa mostrándose muy involucrada en todas las actividades, y una vez que es consciente de sus problemas se vuelca completamente en intentar mejorarlos. Sesión tras sesión se observan grandes cambios pues han parado las rabietas y los llantos incontrolados, y el ser capaz de entender las emociones y la importancia de éstas la ayuda a sentirse tranquila consigo misma.

En conclusión, se ha abordado una problemática que está muy presente en personas de todas las edades, que es la desregulación emocional. Hemos visto a lo largo de la bibliografía citada y del desarrollo del caso, que un problema de este tipo puede influir en muchas áreas de la vida de la persona, como por ejemplo en su autoconcepto, en la capacidad para relacionarse con los demás o en la motivación académica.

Tras haber realizado este trabajo y haciendo referencia a la bibliografía utilizada, se puede concluir que en el caso abordado sí que existe relación entre los problemas de regulación emocional y AACCC. En el caso de N.M se refleja una clara relación entre estas dificultades emocionales y el hecho de que la paciente tenga altas capacidades intelectuales. Por otro lado, este tratamiento y las muchas técnicas utilizadas, puede suponer para N.M una oportunidad pues desde muy pequeña dispondrá de herramientas para enfrentarse a la vida con un mayor autoconocimiento de sí misma.

Y es que tanto las emociones como la regulación emocional tienen un papel fundamental en la vida de las personas. Desde el nacimiento estamos en contacto con ellas y en los primeros años de vida es cuando aprendemos a exteriorizarlas, a percibir las de los demás y a responder a ellas

intentando controlar las nuestras propias. La manera en que este aprendizaje se lleve a cabo y en cómo se desenvuelva emocionalmente afectará en nuestra calidad de vida y bienestar.

7.1. Dificultades y líneas futuras de tratamiento

Algunas de las dificultades con las que nos encontramos a lo largo de este trabajo están muy relacionadas con las AACC. De los datos disponibles (ver apartado de prevalencia) se desprende que la detección, aunque es cada vez mayor, todavía es extremadamente baja, lo que acarrea muchos problemas en niños e incluso en adultos que nunca se han conseguido entender del todo por no conocer esa parte de sí mismos.

Frecuentemente los padres de niños diagnosticados con AACC no son conscientes hasta ese momento de que quizá ellos mismos tienen esas AACC y gracias a ello pueden entender cosas sobre su vida que hasta ese momento no comprendían y con las que han sufrido mucho.

Por este motivo, creo que sería vital conseguir una detección de las AACC de la forma más precoz posible, para poder así trabajar con ello y evitar ese malestar futuro que hemos podido ver en N.M a lo largo de este trabajo.

Otra conclusión a la que he llegado tras realizar este trabajo es la grandísima importancia que tienen los profesores y el sistema educativo en los casos de niños con AACC para poder prevenir problemas emocionales. Tarea complicada pues muchas veces estos niños pasan desapercibidos porque buscan encajar e intentan esconder sus verdaderas capacidades para no sentirse raros o diferentes. En numerosas ocasiones esta careta impostada y de uso frecuente mina notablemente su autoestima y hace que se cierren en sí mismos aislándose del entorno.

En mi opinión, las medidas educativas que existen, como la adaptación curricular o la aceleración, en general no parecen suficientes para conseguir motivar a estos niños y que no pierdan el interés

por el aprendizaje. Algo tan importante para ellos, pues la parte educativa ocupa mucho tiempo de su vida.

Por último, me parece relevante hablar de la falsa creencia de que un niño por ser AACC tiene que tender al éxito tanto en los estudios como en su vida social, pues cuando no es así puede crear una gran presión en los niños y frustración en los padres. Como hemos visto a lo largo de este proyecto, las AACC no se basan solo en una cifra de CI, sino en muchas capacidades diferentes. Por lo tanto, que un niño pueda tener mucha facilidad en una no implica que vaya a tenerla en todas. No hay que olvidar que no dejan de ser niños.

7.2. Valoración personal

Personalmente ha sido increíble para mí realizar este trabajo. Empezando por la posibilidad de haber podido trabajar con el caso a tiempo real y viendo todos y cada uno de los avances que iban ocurriendo.

He aprendido muchísimo tanto sobre AACC, como sobre emociones y por supuesto sobre el trabajo con niños. Lo que más destacaría es la necesidad de estructurar mucho las sesiones y prepararlas con antelación de la forma más creativa y lúdica posible para conseguir que éstos se involucraran realmente en las sesiones.

Específicamente con N.M he conseguido crear un vínculo muy bonito que ha ayudado mucho a que se abriera y trabajara cómoda en las sesiones. Además, ha sido muy reconfortante ver cómo se hacía consciente de las cosas y de qué forma aplicaba en su vida diaria cosas que trabajábamos en terapia.

Una de las cosas que más me impactaba de N.M era la facilidad para comprender las cosas su enorme curiosidad por saber cosas nuevas en sesión, algo que chocaba muchísimo con los resultados de las pruebas que demostraban que tenía una gran aversión al aprendizaje.

8. Referencias bibliográficas

- Adams-Byers, J., Whitsell, S. S., & Moon, S. M. (2004). Gifted students' perceptions of the academic and social/emotional effects of homogeneous and heterogeneous grouping. *Gifted child quarterly*, 48(1), 7-20.
- Alliger, G. M., Tannenbaum, S. I., Bennett Jr, W., Traver, H., & Shotland, A. (1997). A meta-analysis of the relations among training criteria. *Personnel psychology*, 50(2), 341-358.
- Artiles Visbal, C. L. (2005). El Proyecto Magisterio y la categoría género en la formación de recursos humanos en salud. *Educación Médica Superior*, 19(2), 1-1.
- Coleman, L. J. y Cross, T. L. (2000). Social-emotional development and the personal experience of giftedness, en Heller, K.A., Mönks, F. J., Sternberg, R. J., y Subotnik, R. F. (Eds.). *International Handbook of Giftedness and Talent* Nueva York, NY: Elsevier Applied Science Publishers. p. 203-212
- Company, R., Oberst, U. & Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7-36. Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N104-1.pdf>
- Dabrowski, K. (1964). *Positive disintegration*. Boston: Little Brown & Co.
- Dauber, S. L. y Benbow, C. P. (1990). Aspects of personality and peer relations of extremely talented adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 34, 10-15. doi:10.1177/0016986290034001037

Feldman, D. H. (1999). The Development of Creativity. En R. J. Sternberg (Ed.). Handbook of creativity, (pp. 169-186). New York: Cambridge University Press.

Gagné, F. (1985). Giftedness and talent: Reexamining a reexamination of the definitions. *Gifted Child Quarterly*, 29(3), 103-112.

Gagné, F. (1998). "Modelo diferencial de superdotación y talento". Ponencia del Congreso Internacional de "Respuestas educativas para alumnos superdotados y talentosos". asociación aragonesa de superdotados. Zaragoza, 8-11 de julio.

Gagné, F. (2009). Talent development as seen through the differentiated model of giftedness and talent. En: T. Balchin, B. Himer y D. J. Matthews (Eds.). *The routledge international companion to gifted education*, (pp. 32-41). UK: Routledge.

Gálvez, J. M. (2000). *Alumnos precoces, superdotados y de altas capacidades*. Ministerio de Educación.

Gómez, P. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa.

Gotzens Busquets, C., Cladellas Pros, R., Clariana Muntada, M., & Badia Martin, M. (2015). Indisciplina instruccional y convencional: su predicción en el rendimiento académico. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(2), 317-330.

Gross, J. & Muñoz, R. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1995,2(2):151-164.

Gross, J. & Thompson, R. Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press, 2007:3-22.

Gross, J. J. (1999) Emotion Regulation. Past, Present and Future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573. doi: 10.1080/026999399379186

Heller, K., Monks, F., Sternberg, R. y Subotnik, R. (Eds.). (2000). The international handbook of giftedness and talent. Amsterdam: Elsevier.

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trabajos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347-372. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/236903688_Psicopatologa_de_la_regulacin_emocional_El_papel_de_los_dficit_emocionales_en_los_transtornos_clnicos

Kabat-Zinn, J. (2018). *Meditation is not what you think: Mindfulness and why it is so important*. Hachette UK.

Lee, S. Y., Olszewski-Kubilius, P. y Turner, D. (2012). Academically gifted students' perceived interpersonal competence and peer relationships. *Gifted Child Quarterly*, 56, 90-104. doi:10.1177/0016986212442568

Lombroso, C. (1895a). Climatic influences on genius. *The man of genius*. Nueva York, Nueva York: Charles Scribner's Sons.

Lombroso, C. (1895b). Genius and insanity. *The man of genius* (pp. 66-99). Nueva York, Nueva York: Charles Scribner's Sons.

Lombroso, C. (1895c). Latent forms of neurosis and insanity in genius. *The man of genius*. Nueva York: Charles Scribner's Sons.

Monterde Mainar, F. (1998). "Los alumnos superdotados". En Álvarez González, M., y Bisquerra Alzina, R. *Manual de Orientación y Tutoría*. Barcelona: PRAXIS.

Parrott, W. G. (1993). Beyond hedonism: motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. In D., M. Wegner & W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 278-308). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rendón, M. I. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Revista diversitas - Perspectivas en psicología*, 3(2), 349-363. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v3n2/v3n2a14.pdf>

Renzulli, J. S., & Park, S. (2000). Gifted dropouts: The who and the why. *Gifted Child Quarterly*, 44(4), 261-271.

Robinson, A., Shore, B. M., y Enersen, D. L. (2007). *Best practices in gifted education: An evidence based guide*. Waco, TX: Prufrock Press.

Roedell, W. C. (1986). Socioemotional vulnerabilities of Young gifted children. *Journal of Children in Contemporary Society*, 18, 17-29. doi:10.1300/J274v18n03_03

Shechtman, Z., & Silektor, A. (2012). Social competencies and difficulties of gifted children compared to nongifted peers. *Roeper Review*, 34(1), 63-72. Silverman, L. K. (1995). Highly gifted children. En J. L. Genshaft, M. Bireley y C. L. Hollinger (Eds.), *Serving gifted and talented students: A resource for school personnel*, (pp. 217-240), Austin TX: PRO-ED.

Silverman, L. K. (2002). Asynchronous development. En M. Neihart, S. Reis, N. Robinson y S. Moon (Eds.), *The social and emotional development of gifted children: What do we know?* (pp. 31-40). Texas: Prufrock Press.

Terman, L. M., & Oden, M. H. (1959). *Genetic studies of genius*. Vol. V. The gifted group at mid-life.

Terrassier, J. C. (1988). *Les Enfants surdoués: approche psychodynamique et théorique*.

Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.

Tieso, C. L. (2007). Patterns of overexcitabilities in identified gifted students and their parents: A hierarchical model. *Gifted child quarterly*, 51(1), 11-22.

Tooby, J. & Cosmides, L. (2008) The Evolutionary Psychology of the Emotions and Their Relationship to Internal Regulatory Variables. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. Feldman-Barret (Eds.) *Handbook of Emotions* (pp. 114-138) New York: The Guilford Press.