



**Universidad  
Europea MADRID**

# **Intervención psicológica en un caso de Trastorno del Espectro del Autismo con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad desde atención temprana**

---

**Máster de Psicología General Sanitaria**

---

Autor/a Natalia Mansilla Grimaldi

Tutor/a Sandra Fernández Ramos  
Beatriz Rubia Herraiz

---

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid

[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid

## Índice

1. Introducción.....	7
1.1. TDAH.....	8
1.2. TEA.....	9
1.3. Comorbilidad.....	10
1.4. Tratamientos eficaces.....	10
2. Identificación del paciente y motivo de consulta.....	13
3. Estrategias de Evaluación.....	16
3.1 Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes.....	16
3.2 Sistema de evaluación cualitativa: observación, revisión de entrevistas e informes y entrevista semiestructurada a la familia.....	17
3.3 Resultados de la evaluación.....	18
4. Formulación clínica del caso.....	23
5. Tratamiento.....	28
6. Valoración del tratamiento.....	36
7. Discusión y conclusiones.....	41
8. Referencias bibliográficas.....	44
9. Anexos.....	47
9.1 Anexo 1.....	47
9.2 Anexo 2.....	50

## Índice Tablas

Tabla 1. Perfil de la escuela obtenido en evaluación SENA.....	19
Tabla 2. Perfil de la familia obtenido en evaluación SENA.....	20
Tabla 3. Presentación de la formulación de las variables que afectan a Blanca en su conducta.....	24
Tabla 4. Objetivos y técnicas de la intervención.....	29
Tabla 5. Conductas disruptivas a trabajar mediante objetivos específicos.....	33
Tabla 6. Cronología de sesiones de tratamiento.....	34
Tabla 7. Diferencias de perfiles SENA en familia y en escuela en las medias pre tratamiento y post tratamiento.....	38

## Índice Figuras

Figura 1. Hipótesis de origen.....	26
------------------------------------	----

## Resumen

El presente trabajo se trata de un estudio de caso único, desde el área de la atención temprana, y desde una perspectiva psicosocial, con un enfoque cognitivo conductual.

Está basado en el caso de Blanca, paciente de 6 años y 4 meses desde el comienzo del estudio en septiembre de 2021. Blanca presenta múltiples dificultades a nivel de funciones ejecutivas, específicamente en autocontrol e inhibición y dificultades en la comprensión y establecimiento de normas sociales. Estas dificultades presentes en Blanca están asociadas a un diagnóstico comórbido de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad y un diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo.

Ambos trastornos son de los trastornos más presentes en el área de la atención temprana, y es por ello que la contextualización y comprensión de los mismos ha sido base para el desarrollo del estudio de caso.

La importancia de este trabajo está en encontrar una intervención eficaz para la obtención de unos resultados a medio largo plazo con el fin de la mejora de las dificultades que expresa tanto Blanca como su familia, y que sirva como base para posteriores intervenciones de similar índole, especificando siempre la necesidad de intervenciones individualizadas.

**Palabras clave:** Atención Temprana, Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno del Espectro del Autismo, Terapia cognitivo-conductual.

### **Abstract**

The following essay is a single case study from the area of early intervention and from psychosocial perspective, with a cognitive-behavioral intervention.

It is based on the case of Blanca, a 6 year 4 month old patient from the beginning of study in September 2021. Blanca shows multiple difficulties in executive functions, particularly in self-control, inhibition and understanding and establishing social rules. The difficulties that Blanca shows are associated with the appearance of two conditions: attention déficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder.

Both disorders are very common in early intervention. Contextualizing and understanding them has been the base for the development of this case study.

The aim of this paper is to find an efficient intervention that can produce results over a medium-long period of time in order to improve the difficulties that Blanca and her family face. This will also be the base of further similar interventions, specifying always the need of individual interventions.

**Keywords:** Early intervention, Attention-Deficit/Hyperactivity disorder, Autism spectrum disorder, cognitive-behavioral therapy.

## **1. Introducción**

La atención temprana se centra en la premisa de trabajar las necesidades asociadas a trastornos del neurodesarrollo, ya sea desde la prevención o desde la intervención, de niños de entre 0 y 6 años, viéndose estas edades afectadas por el curso escolar en el que se encuentren. Este trabajo va dirigido tanto al paciente que presenta las necesidades, como a la familia y al entorno cercano, trabajándose de manera simultánea o coordinada con los centros escolares. Se realiza de un modo interdisciplinar trabajando profesionales de salud desde el ámbito de terapia ocupacional, logopedia, fisioterapia y psicología entre otros. (Cuartero et al., 2013)

Desde la perspectiva psicológica o psicosocial en atención temprana, se observa que entre las edades de 2 a 4 años los niños presentan mayores dificultades en el lenguaje, trastornos motores finos, en la comunicación y alteraciones en la conducta. Estos en muchos casos son englobados en un diagnóstico de retraso madurativo inicialmente, para posteriormente y según la sintomatología de cada paciente los diagnósticos que se realizan están asociadas trastornos especificados en el manual DSM-5 (APA, 2013) como Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y Trastornos de la Conducta entre los más comunes (Ramos, 2007).

Con el fin de observar hacia qué diagnósticos nos podemos acercar más en el ámbito de la atención temprana, en el estudio realizado en España por Alcantud y colaboradores (2017), podemos encontrar datos específicos sobre qué subvenciones son las más solicitadas pudiendo inferir de ello cuales son los diagnósticos más presentes actualmente. Se encuentra en primer lugar con 24.000 subvenciones los diagnósticos de TDAH, en segundo lugar con 23.000, los diagnósticos asociados a TEA, y en orden posteriores con menos de 13.000 subvenciones en total, los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, funcionamiento intelectual límite y trastornos de la conducta.

## 1.1 TDAH

Para profundizar en el tema, es relevante el primer diagnóstico más común según los datos aportados, el **TDAH**, este trastorno afecta en la actualidad tanto a niños como a adultos, pudiendo ser diagnosticado a partir de los 6 años de edad y aunque pueda ser diagnosticado en edad adulta, la sintomatología ha de estar presente antes de los 12 años de edad. Se caracteriza por tal y como indica el propio nombre, un déficit en la atención que puede o no cursar con hiperactividad, y que según el manual de diagnóstico clínico DSM-5 (APA, 2013), se caracteriza por una inatención o hiperactividad e impulsividad que interfiere en el funcionamiento del desarrollo del individuo. Entre los criterios diagnósticos referidos en dicho manual DSM-5 (APA, 2013) destaca el que la sintomatología presentada se tiene que dar durante un periodo mínimo de 6 meses, afectando de modo directo al desarrollo de las actividades de la vida diaria del paciente al menos en dos contextos de su vida y que no puede estar asociada a otras causas (García et al., 2016).

Por un lado se diferencia una sintomatología de **inatención**, encontrando criterios como la falta de atención a la hora de realizar tareas o errores continuos en las tareas, ya sea tanto en el inicio como en el mantenimiento de dichas tareas, evitación de las tareas, no terminación de las tareas, dificultad en organización, distractibilidad continúa por estímulos externos, olvido de actividades cotidianas, no parece escuchar cuando se le habla de modo directo o no seguimiento de instrucciones.

Así mismo se refieren criterios asociados a sintomatología de **hiperactividad o impulsividad** como son el juego con manos y pies constante, movimiento continuo mientras se permanece sentado, con dificultades para permanecer sentado, incapacidad para ocuparse en actividades recreativas, verborrea, dificultad para tiempos de espera y turnos y dificultades en la comunicación recíproca asociadas a las respuestas rápidas, continuas o interrupciones.

Esta sintomatología estructurada en forma de criterios diagnósticos puede presentarse de forma combinada, existiendo predominancia en sintomatología de falta de atención o predominancia en sintomatología hiperactivo-impulsiva, encontrando así mucha diversidad entre pacientes de un mismo diagnóstico.



Estos criterios son de relevancia tenerlos en cuenta para posteriores diagnósticos, sobre todo para poder tener presente la sintomatología de los diferentes casos, y realizar una buena evaluación de los mismos así como un buen acercamiento a las posteriores intervenciones.

El TDAH ha sido estudiado desde hace más de 100 años y en la actualidad presenta una **prevalencia** con controversias, aunque se puede generalizar según diversos estudios una prevalencia del 4% - 5% en población general, existiendo mayores casos en hombres que en mujeres (Cardo et al., 2007; Mohammadi et al., 2021), ampliando la información a estudios muy anteriores realizados por Buitelaar (2002), se reflejan unas prevalencias ya muy finales del siglo XX en población general de hasta el 17% . Actualmente según unos de los estudios más recientes realizados por Mohammadi y colaboradores (2021) encontramos tasas generales del 8.2% en países como Estados Unidos, y una tasa general del 5% de nuevo en niños y en torno al 2.5% en adultos.

## 1.2 TEA

Siguiendo así con las dificultades que mayores porcentajes presentan en población infantil que acude a atención temprana y su asociación a los diferentes diagnósticos más comunes presentes, cabe destacar el segundo trastorno mencionado, el **TEA**. Este trastorno está especificado en el DSM-5 (APA, 2013) para dar base al estudio del trastorno, como un trastorno caracterizado por déficits a nivel comunicacional, en la interacción social, en el comportamiento, así como intereses y actividades restringidas o repetitivas, con un deterioro en el ambiente social, funcional o laboral y que no se explica mejor mediante otros trastornos.

Al igual que en el caso de TDHA, con el fin de conseguir un visión global y al mismo tiempo concreta del TEA como trastorno y su diagnóstico, es relevante nombrar los criterios diagnósticos especificados en el ya mencionado también DSM-5 (APA, 2013), el cual divide los criterios en el TEA en este caso en criterios asociados a la sintomatología de **dificultades en interacción social y comunicación**, centrándose en déficits en la reciprocidad socioemocional, con dificultades en el acercamiento a los otros, interés restringido en dicho acercamiento, fracasos o dificultades al inicio, mantenimiento o comprensión de las relaciones, déficits en la comunicación no verbal,

con sintomatología como evitación visual o no comprensión del lenguaje no verbal, así como no uso funcional del mismo.

Por último dentro del diagnóstico de TEA encontramos criterios asociados a **patrones restringidos y repetitivos en el comportamiento**, con sintomatología como habla estereotipada o repetitiva, monotonía o inflexibilidad en rutinas, intereses muy restrictivos o fijos, e hiperactividad o hipoactividad en función a los estímulos del entorno.

Este diagnóstico destaca actualmente por sus grandes aumentos de **prevalencia**. Mientras en años anteriores la prevalencia más alta en necesidades especiales estaba asociada a un diagnóstico de discapacidad intelectual no especificada, actualmente, los datos reflejados en el estudio anteriormente mencionado de Alcantud y colaboradores (2017) muestran cómo la prevalencia en TEA ha igualado ya en el año 2010 a la prevalencia en discapacidad intelectual encontrándose ambos crecimientos de prevalencia de modo invertido.

Así mismo, y a pesar de toda la información presentada, los datos reflejan un porcentaje significativamente inferior de TEA con respecto al TDAH, teniendo unos datos medios del 0,2% de casos diagnosticados con TEA en España, y con datos de máximo un 1% de casos en otros países y población general (Alcantud et al., 2017).

### **1.3 Comorbilidad**

Para continuar comprendiendo la problemática presentada es necesario destacar la **comorbilidad** entre estos dos diagnósticos siendo los más comunes en los servicios de atención temprana y encontrando datos que afirman una comorbilidad variable entre ambos del 30% y 50% de los casos que son diagnosticados de TDAH, presentan también signos o síntomas comunes con el TEA y viceversa (Fernandes et al., 2017).

### **1.4 Tratamientos eficaces**

En base a la intervención realizada desde atención temprana en estos trastornos, diagnósticos y dificultades asociadas, cabe destacar la **eficacia** que muestran los diversos tipos de **intervenciones psicológicas**, siendo las más eficaces las que tienen un enfoque conductual, cognitivo-conductual y aquellas intervenciones que integran el

entorno familiar. Así mismo, las intervenciones han de basarse en principios de individualización, puesto que el TEA y el TDAH son trastornos muy amplios y es necesario realizar la intervención de modo muy particular para cada persona. También ha de estar basada dicha intervención en la generalización de los procesos, con el fin de elaborar intervenciones a medio o largo plazo y aplicadas en diversos tipos de contextos. (Barthélémy et al, 2019)

De manera más específica, en la **intervención con TDAH** se ha demostrado una alta eficacia en el ámbito de la psicología en el enfoque como ha sido mencionado anteriormente cognitivo conductual, con el uso de técnicas específicas como técnicas de modificación de la conducta, basadas en el uso de contingencias para conseguir la propia modificación de unas conductas por otras, siendo necesario unas contingencias muy fuertes o valiosas para el niño para que sea efectiva la técnica. También presentan gran importancia técnicas como la Técnica de la Tortuga, enfocada en autocontrol emocional, el Programa Escuela dinosaurio, centrado en el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, el programa “Herramientas de la Mente” más enfocado en el trabajo sobre las funciones ejecutivas, y técnicas específicas de mejora del autocontrol, mediante sobre todo el uso de autoinstrucciones. (Miranda y Ferrer, 2010).

Entre las intervenciones también más eficaces destaca la apoyada en farmacología, siendo el metilfenidato el fármaco más usado en población infantil diagnosticada de TDAH. Esta intervención farmacológica se ha complementado en intervenciones del tipo cognitivo conductual mencionadas anteriormente, puesto que el conjunto de ambas (tratamiento farmacológico más tratamiento cognitivo conductual) es el nos aporta el tratamiento o la intervención más eficaz en la actualidad (García et al., 2016).

En la **intervención con TEA** se ha demostrado la eficacia que presentan técnicas o metodológicas específicas como PECS (Picture Exchange Communication Systems), que se trata de un sistema de comunicación basado en imágenes , apoyándose en las mismas independientemente de la comunicación verbal que exista, aunque siendo especialmente útil en los casos en los que no se da esa comunicación verbal o comprensión de misma de modo total. También encontramos el TEACCH (Treatment

and Education of Autistic Related Communication Handicapped Children), centrado en el entorno y las rutinas, que unido también PECS da base para presentar la información del medio con apoyos para aumentar de comprensión de la misma, favoreciendo la anticipación de información del propio entorno o medio. Estas técnicas favorecen la mejora de las áreas de comunicación e interacción social, en las que las personas diagnosticadas de TEA tienen mayores dificultades (Vanacloig et al., 2020).

Como punto de comienzo para el estudio de caso, y en base a toda la toda la información presentada, se plantea en el presente trabajo una propuesta de intervención psicológica para un caso de un paciente diagnosticado de TEA y con comorbilidad de diagnóstico con TDAH basada en un enfoque cognitivo conductual, puesto que tal y como se ha contrastado es el que presenta mayor eficacia. Esta intervención y trabajo se toma como relevante por la sustentación teórica con la que cuentan las técnicas empleadas y sirve como base para posteriores estudios e intervenciones de similares características, teniendo siempre en cuenta los principios básicos de individualización de la intervención y búsqueda de generalización.

## **2. Identificación del paciente y motivo de consulta**

Blanca, nombre ficticio empleado con el fin de conservar el anonimato y preservar los datos de la paciente, tiene una edad cronológica al comienzo del estudio en septiembre de 2021 de 6 años y 4 meses. Acude al centro de atención temprana ADEMPA tras la observación de los padres de conductas como no comunicación, no interés en el adulto, aparente hiperactivación continua y fuertes impulsos no controlados de ira. Actualmente cuenta con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad así como un diagnóstico revisable del servicio de pediatría del Trastorno del Espectro del Autismo. Desde el servicio de neuropsiquiatría se recomienda el tratamiento farmacológico de Metilfenidato y comienza con dicho tratamiento a lo largo de la intervención realizada.

Blanca convive con su madre y su padre, y en la actualidad y de manera reciente, menos de un año, convive con ellos su mascota, un perro al que Blanca nombra de manera continua por su interés hacia el mismo. Su madre, se encuentra desempleada y se encarga de modo más continuo del cuidado de Blanca, mientras el padre se encuentra en estado activo, trabaja como guardia de seguridad, disponiendo de tardes para el cuidado conjunto de Blanca puesto que sus turnos de trabajo son por la noche. El núcleo familiar refiere no relacionarse con familia cercana por ninguna de las partes y ningún otro vínculo familiar cercano con el que tengan relación. Actualmente va a escuela infantil con apoyos en Aula TEA.

Los diagnósticos se toman como referencia para la sintomatología que presenta Blanca y llevan al motivo de consulta destacado por la familia. Esta sintomatología se centra en dificultades en funciones ejecutivas, dentro de las cuales destaca el control inhibitorio (pega, no control de fuerza e invasión de espacios), planificación de la tarea, flexibilidad cognitiva y autocontrol, y también encontramos dificultades en habilidades sociales (HHSS) tanto verbales como no verbales, labilidad emocional, y disminución de su estado de ánimo con expresiones de emoción mediante conducta (cuando está triste o con altos niveles de ansiedad tiende a conductas de ira). Tras estos síntomas se considera la derivación en intervención psicoterapéutica.

La historia clínica de Blanca comienza a la edad de 2 años y 8 meses, con una escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine Revisada (Josse, 1997), esta valoración pone como punto de partida las dificultades severas a nivel de lenguaje, contacto ocular, habilidades sociales y funciones ejecutivas. Esta valoración pone la base de la historia clínica de Blanca, pero no se comienzan tratamientos o intervenciones.

Tras dicha valoración, los padres llevan a Blanca al centro de atención temprana a la edad de 4 años y 2 meses para que se le realice una valoración más completa y comenzar con intervención en las áreas de mayor dificultad del paciente. Esta valoración psicológica se realiza en base a las pruebas estandarizadas como la escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños (MSCA; McCarthy, 1988), el test de vocabulario en imágenes Peabody (PPVT-III; Arribas, 2006) y la prueba de lenguaje oral Navarra (PLON- R; Aguinaga, 1989). Sobre los resultados de las pruebas realizadas se puede destacar un retraso a nivel de lenguaje (muestra una edad promedio de 3 años) con dificultades sobre todo a nivel de adquisición de vocabulario básico y uso del mismo, así como dificultades a nivel de lenguaje expresivo. También muestra dificultades en atención (sostenida y selectiva), así como en memoria (memoria de trabajo y a corto plazo). Después de esta valoración primera a nivel psicológico por parte del centro de atención temprana, ya sí se comienza una intervención a nivel interdisciplinar por parte del logopeda y la terapeuta ocupacional.

A la edad de 5 años y 1 mes, se observa una progresión a nivel de lenguaje aunque con mejoras en estructuración sintáctica (sobre todo en narración y descripción). Se plantea como objetivo el trabajo focalizado en atención selectiva y sostenida. Se observan mayores dificultades en funciones ejecutivas como inhibición y control de impulsos.

La última valoración previa al estudio de este caso se realiza a la edad de 5 años y 9 meses, y tras los resultados obtenidos en la misma en los que las dificultades en funciones ejecutivas nombradas como control de impulsos o dificultades en inhibición y necesidad de entrenamiento en habilidades sociales para la mejora de la comprensión de las normas sociales, observando que estas dificultades se encuentran más presentes, se realiza una derivación a intervención psicoterapéutica, manteniendo los trabajos a nivel

de logopedia y terapia ocupacional. Este es el comienzo de la intervención psicoterapéutica base del presente estudio de caso.

### **3. Estrategias de Evaluación**

Al comienzo de este estudio se ha realizado una evaluación empleando los siguientes sistemas:

#### **3.1 Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes**

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA; Fernández-Pinto et al., 2015) en su versión infantil (3 a 6 años), instrumento que mediante tres cuestionarios diferentes (autoinforme, familia y escuela) proporciona información tanto del área emocional como conductual.

El cuestionario SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) destaca por la información de manera completa que da en los múltiples contextos cercanos. El mismo nos aporta información dividida en:

**Escalas de control**, se encuentran al principio de los cuestionarios y que nos indican la inconsistencia que presenta el test, así como la impresión negativa y positiva del mismo puesto que estos datos afectan de manera global a todos los resultados obtenidos.

**Índices globales**, que en función del perfil, familia o escuela, los encontramos divididos en índice global de problemas, índice de problemas emocionales, índice de problemas conductuales, índice de problemas en las funciones ejecutivas e índice de recursos personales. Estos índices están formados por múltiples ítems que forman el cuestionario y gracias a ellos se obtiene una visión global del niño y su problemática.

De manera más específica, el cuestionario SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) da una imagen global en forma de escalas, formadas igual por los ítems del cuestionario y subdivididas en escala de problemas, escala de vulnerabilidades y escalas de recursos personales. Las **escalas de problemas** nos aportan información acerca de problemas interiorizados, exteriorizados y otros problemas asociados a retraso en el desarrollo y comportamiento inusual. Dentro de la **escala de vulnerabilidades** podemos encontrar información sobre problemas en la regulación emocional, la rigidez, el aislamiento y las dificultades de apego del niño. Por último encontramos la **escala de recursos**



**personales** de la que obtenemos información sobre la integración y competencia social e inteligencia emocional.

El perfil no mencionado, el cuestionario de autoinforme, solo se aplica en niños mayores de 8 años, puesto que los ítems requieren una introspección por parte del niño que a edades más tempranas no se realiza de modo total y por tanto no ha sido tenido en cuenta en este trabajo (Fernández-Pinto et al., 2015).

La fiabilidad y validez del cuestionario SENA según Fernández-Pinto y colaboradores (2015) puede variar en función a los contextos y modo de aplicación del cuestionario, influyendo sobre las mismas. Aún así el estudio realizado según las condiciones presentadas por el cuestionario SENA por Sanchez-Sanchez (2016), se tiene una fiabilidad buena en el test-retest según alfa de Cronbach de .7 y una estructura interna y validez también adecuadas.

### **3.2 Sistema de evaluación cualitativa: observación, revisión de entrevistas e informes y entrevista semiestructurada a la familia.**

Se ha realizado una **evaluación cualitativa** mediante la observación conductual de Blanca durante la valoración y en sesiones de tratamiento, la revisión de entrevista e informes tanto psicopedagógicos, neuropediatricos y otros servicios de la salud para una mayor comprensión del caso, y la realización de una entrevista semiestructurada enfocada a la valoración o conocimiento más extenso sobre la gestión de conflictos, el área emocional, autocontrol y habilidades sociales.

De esta evaluación cualitativa cabe destacar en primer lugar la información obtenida gracias a la entrevista semiestructurada incluida en el anexo 1 hecha a la madre de Blanca, de la cual se obtiene información básica de Blanca sobre su anamnesis, en la encontramos una alimentación por parte de Blanca basada en purés, en la que se da selección de alimentos y rechazo de los mismos en función de texturas, especificando la madre de Blanca que ante la apreciación de grumos en los alimentos Blanca vomita la comida. Así mismo dentro de su anamnesis cabe destacar que sí que se da un correcto control de esfínteres a nivel diurnos pero no nocturno. Se tiene una buena higiene del sueño, durmiendo un total de 10 horas diarias aproximadamente, 9 por la noche y una hora durante el día. La madre así mismo refiere un desarrollo psicomotor muy ágil, en el que Blanca comenzó a caminar muy rápido, y no refiere caídas continuas o tropiezos.

De la entrevista sobre todo se ha buscado el enfoque que dar a la terapia, asociando los objetivos terapéuticos a las necesidades que la familia observa en Blanca.

### **3.3 Resultados de la evaluación**

El cuestionario SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) es valorado en este caso en el ámbito de la escuela y de la familia (ambos progenitores) con el fin de observar el punto de partida de la intervención, así como a posteriori, en el mes de enero, con el fin de la misma los posibles cambios dados en Blanca, no como final de intervención, sino para medir la eficacia de la intervención, puesto que Blanca seguirá acudiendo a psicoterapia.

Observando los resultados obtenidos en los diferentes perfiles, el perfil de los cuestionarios de SENA (Fernández-Pinto et al., 2015), cuenta con una puntuación típica T de media 50, y una desviación típica de 10 y unas subescalas de control, índices globales, escalas de problemas, escalas vulnerables y escalas de recursos personales.

Para una correcta interpretación de los resultados, se comienza por la explicación de los resultados obtenidos en la escala de control, que en el caso del perfil de la escuela, marca en su parte de inconstancia una puntuación dentro del rango de “precaución”, por lo que los resultados obtenidos en el perfil general han de ser tenidos en cuenta con cautela, infiriendo que las respuestas dadas son respuestas de azar, con falta de motivación o atención. Siguiendo en esta sub escala, encontramos con una puntuación dentro del rango de “precaución” la impresión negativa, indicando una imagen sesgada negativamente por parte de la escuela hacia Blanca, teniendo en cuenta que las respuestas obtenidas en este perfil van a ser más extremas, y se ha de tener cautela a la hora de realizar hipótesis en base a este perfil. (Fernández-Pinto et al., 2015). Sin embargo, en el caso del perfil de la familia, tanto de la madre como del padre, cuenta con unos índices de inconsistencia y de impresión negativa normales. La impresión positiva en todos los perfiles se encuentra dentro del rango de puntuaciones normales.

Todas las puntuaciones dentro del rango de normales supondrá que serán tenidas en cuenta para su completa interpretación y los rangos obtenidos tanto en impresión

negativa como en positiva en el perfil de escuela se ven afectados por la inconsistencia de precaución con la que tiene que ser corregido el perfil.

Entre las puntuaciones de índices globales se destaca:

**Tabla 1**

*Perfil de la escuela obtenido en evaluación SENA*

<b>Índice Globales</b>	<b>Puntuación Típica (PT)</b>	<b>Interpretación</b>
Índice global de problemas	87	Puntuación alta: Problemas comórbidos, con alto malestar
Índice de problemas emocionales	60	Puntuación media
Índice de problemas conductuales	93	Puntuación alta: Presencia de conducta disruptiva
Índice de problemas en las funciones ejecutivas	89	Puntuación alta: Dificultades en funciones ejecutivas
Índice de recursos personales	18	Puntuación baja: Bajos recursos personales en los que basar la intervención

**Tabla 2**

*Perfil de la familia obtenido en evaluación SENA*

Índice Globales	Puntuación		Interpretación
	Típica Madre	(PT) Padre	
Índice global de problemas	68	61	Puntuación alta: Problemas comórbidos, con alto malestar
Índice de problemas emocionales	53	50	Puntuación media
Índice de problemas conductuales	73	61	Puntuación alta: Presencia de conducta disruptiva
Índice de problemas en las funciones ejecutivas	67	73	Puntuación alta: Dificultades en funciones ejecutivas
Índice de recursos personales	47	45	Puntuación media

En los perfiles de ambos progenitores no se muestran diferencias significativas en cuanto a los índices globales, encontrándose las puntuaciones típicas presentadas en la Tabla 2.

Cabe destacar la correlación entre las puntuaciones altas y media entre los perfiles en todos los índices con diferencia del índice de recursos personales, en el cual la escuela muestra una puntuación muy baja y la familia muestra una puntuación media. De esto se puede inferir un cambio conductual grande en función del contexto por parte de Blanca, así como hay que tener en cuenta la inconsistencia que presenta el perfil de la escuela.

Continuando con el análisis de los resultados obtenidos, cabe destacar la aparición de **ítems críticos** en todos los perfiles, encontrado **correlaciones** entre los resultados obtenidos por el **perfil completado por la madre y el perfil completado por la escuela**. Los ítems críticos a destacar son el “riesgo de autolesión” con una frecuencia de “pocas veces” y el “riesgo a agresión o daño a otros” con el ítem “pierde el control cuando se enfada o se enoja” y con una frecuencia de “muchas veces”.

En los perfiles completados por la madre y por el padre también encontramos correlación el ítems críticos de “rechazo a la figura de apego” concretamente en el ítem de “cuando se hace daño o se encuentra mal no quiere que le toquemos” con una frecuencia de “muchas veces”.

Así mismo entre otros ítems que no correlacionan entre los perfiles pero sí son tenidos en cuenta como ítems críticos son en el perfil completado por la madre “falta de apoyo social” con el ítem “está solo” y una frecuencia de “muchas veces” y en el perfil de la escuela encontramos riesgos de agresión o daño a otros con el ítem “intimida a otros” y una frecuencia de “algunas veces”, riesgo de acoso escolar, con el ítem “sus compañeros de clase le aíslan” y una frecuencia de “muchas veces” y por último indicadores inespecíficos de problemas con el ítem “parece muy nervioso sin motivo aparente” y con una frecuencia de “siempre o casi siempre”.

Por último se observan **puntuaciones por encima de la media** en todos los perfiles, viendo que estas son las grandes dificultades por parte de Blanca en “problemas exteriorizados”, subescala que muestra dificultades o problemas asociados a atención, hiperactividad-impulsividad, problemas de control de la ira, agresión y conducta desafiante, así como puntuaciones también por encima de la media en todos los perfiles en “comportamiento inusual”, y “problemas de regulación emocional”.

En base a toda la evaluación realizada gracias al cuestionario SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) se han observado mayores dificultades en funciones ejecutivas, sobre todo en la impulsividad, viéndose reflejada en el ítem crítico de “riesgo de autolesión”, y el resto de ítems críticos más relacionados con el autocontrol y la regulación emocional (Fernández-Pinto et al., 2015).

Para concluir con los resultados de toda la evaluación, de manera cualitativa la observación realizada sobre Blanca se ha hecho tanto en presencia de la madre como en intervenciones a las que acude Blanca, observándose los bajos tiempos de espera comunicados, una continua búsqueda de movimiento a nivel motor, verborrea funcional y no funcional, ni intención comunicativa clara, no regulación emocional, tendiendo a extremos y no centrando la atención en la emoción, así como no comprensión de normas sociales y no límites en las relaciones con el resto, por ejemplo acercándose a extraños de manera poco común produciendo incomodidad en los mismos.

Las necesidades expresadas por la familia durante la entrevista se centran las dificultades asociadas a atención asociada a los escasos tiempos de espera que tiene Blanca, hiperactividad-impulsividad y problemas de control emocional enfocado sobre todo a emociones como la ira y conductos desafiantes en múltiples contextos.

Esta evaluación completa ha servido como base para sustentar unos objetivos concretos de tratamiento y dirección de la intervención.

#### **4. Formulación clínica del caso**

En el caso presentado Blanca, tras la necesidad de la familia de un tratamiento o intervención para mejorar conductas disruptivas o poco funcionales que provocan un malestar en la misma, se ha estudiado de manera más concreta dichas conductas con el fin de enfocar la intervención de Blanca sobre unos objetivos y conductas concretas.

Con este fin, se ha realizado un análisis funcional de las conductas expresadas por la familia el cual se puede observar de modo detallado en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Presentación de la formulación de las variables que afectan a Blanca en su conducta*

<b>Antecedente</b>	<b>Variables</b>	<b>Conducta</b>	<b>Consecuente</b>
	<b>Organísmicas</b>		
<b>Remotos:</b>	<b>Predisponentes</b>	<b>Cogitiva</b>	<b>Corto plazo</b>
Modelos de aprendizaje permisivo y ansiógeno	de Estilo de crianza desorganizado en la familia, de parte permisiva por el padre y ansiógena por la madre	Inflexibilidad Escasa tolerancia a la frustración	Pérdida de malestar al realizar la conducta (RF -)** (como me siento mal por finalizar algo, no me dan algo, estar en algún sitio que no quiero o centrándome en una tarea que no me gusta, lloro y me siento mejor)
<b>Próximos:</b>		<b>Fisiológico/emocional</b>	
Finalizar una actividad placentera (terminamos de jugar para empezar cenar)	Alteración funciones ejecutivas Dificultades en la regulación emocional Déficit habilidades de solución de problemas	PNA: “soy mala, no soy capaz, no soy como los demás” Hiperactivación Ansiedad Bajo estado de ánimo de Ira de	No realizar actividades displacenteras (deberes, esperar, prestar atención,) (RF-)**
Negación por parte del adulto de un juguete o cosa	Dificultades autocontrol Déficit habilidades sociales.	<b>Motor</b> Lloro Autolesion Conductas heteroagresivas	Mayor atención por parte del entorno (RF+)*
Situación que lleva a tiempo de espera (adulto hace algo mientras Blanca espera)	Baja autoestima (por situaciones vividas en el colegio)	Correr Inquietud motora	



Situación que demanda atención (deberes, televisión)	Precipitantes (Perro en casa, Cambio de rutinas (verano))	Largo plazo
		No regulación emocional (C-)****
		No autocontrol (C-)****
		Malestar por no conseguir metas a largo plazo (C+)***
		Pérdida de autoestima (C-)****
		Culpa (C+)***

\*RF +: Refuerzo positivo. \*\*RF -: Refuerzo negativo. \*\*\*C+: Castigo positivo.

\*\*\*\*C-: Castigo negativo. PNA: Pensamiento negativos automáticos

La Tabla 3, por tanto representa las conductas sobre el caso de Blanca, pudiendo observar en ella las **variables antecedentes**, siendo estas las variables que explican la aparición de las conductas en función de estímulos externos y que su aparición está asociada a contextos relativamente concretos. Dentro de estas encontramos los antecedentes remotos, que serían aquellos que pertenecen a la historia de vida de Blanca, y los antecedentes próximos que explican el cómo actúa Blanca (conducta) ante determinadas situaciones.

Las **variables orgánsmicas** serían aquellas variables que se dan de una manera interna en el propia persona y que afectan a la conducta independientemente del contexto y de un modo general. Y se pueden diferenciar las variables predisponentes, perteneciendo a este grupo variables que se dan en la propia historia de vida de la persona, y las variables precipitantes, dadas en un tiempo más cercano a la conducta.

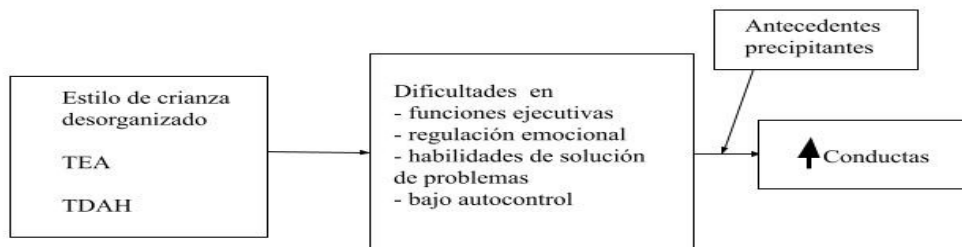
La “**conducta**” nos responde al ¿qué hace Blanca? y que en este caso se centra en aquellas conductas que se observan o que Blanca expresa como disruptivas para la situación en la que se encuentra. Estas conductas están divididas en conductas a nivel cognitivo, fisiológico o emocional, y a nivel motor.

Por último podemos observar los **consecuentes**, describiendo estos aquellas consecuencias hipotéticas o reales que explican el porqué se mantienen las conductas en Blanca. Dentro de estos consecuentes encontramos los consecuentes a corto plazo, los cuales refuerzan a Blanca su conducta, ya sea por evitar situaciones como la realización de actividades no placenteras o por ganancia de algo. En este caso se ha nombrado refuerzo positivo porque Blanca ante la realización de sus conductas recibe mayor atención. Así mismo en los consecuentes se observan los consecuentes a largo plazo, que nos ayudan a comprender el porqué finalmente Blanca o su entorno toman como disruptivas las conductas o que no resultan positivas para ella. Estas consecuencias a largo plazo están formadas en términos funcionales por castigos, ya sean positivos o negativos.

La **hipótesis de origen** se basa en que por el estilo de crianza desorganizado y el diagnóstico de TEA y TDAH que presenta, se dan una serie de dificultades o alteraciones en funciones ejecutivas, regulación emocional, habilidades de solución de problemas y bajo autocontrol, que con los antecedentes precipitantes de aparición de un perro en casa y cambio de rutinas del verano, ha dado lugar a un aumento de las conductas disruptivas de Blanca.

### **Figura 1**

#### *Hipótesis de origen*



La **hipótesis de mantenimiento** de las conductas de Blanca se basa en lo reforzadores que obtiene tras la realización de las conductas. Estos reforzadores pueden internos, al realizar conductas que le hagan perder el malestar que sentía como llorar ante situaciones que la estresan o que la llevan a una disminución de inflexibilidad, o el no realizar actividades displacenteras. También se pueden dar refuerzos externos como por ejemplo el recibir mayor atención por parte del entorno al realizar las conductas disfuncionales.

Para mayor entendimiento del caso es importante tener en cuenta que estas conductas son tomadas en cuenta como disruptivas porque según las hipótesis planteadas en base a la información obtenida de la familia de Blanca y de ella misma, **a largo plazo y en parte en la actualidad**, la no regulación emocional, no autocontrol y malestar por no conseguir metas a largo plazo está provocando una pérdida de autoestima y sentimientos de culpa que aumentan el malestar en Blanca.

Las conductas que sobre las que se va a trabajar en la intervención van a ser:

Conductas cognitivas:

- Inflexibilidad psicológica que provoca pensamientos dicotómicos extremos
- Pensamiento negativos automáticos

Conductas fisiológico/emocional:

- Hiperactivación
- Ansiedad
- Ira

Conductas motoras:

- Conductas heteroagresivas
- Conductas autolesivas

## 5. Tratamiento

El tratamiento con Blanca se da por iniciado a fecha en septiembre de 2021. El comienzo del mismo cuenta con la base de una evaluación completa realizada a fecha de Marzo de 2021 en la que se detecta un incremento de dificultades asociadas a las ya nombradas funciones ejecutivas de autocontrol e inhibición, y necesidad de entrenamiento en habilidades sociales.

Con esta base, se plantea un intervención individualizada en psicoterapia para Blanca, basada en un enfoque cognitivo conductual.

Se han propuesto unos objetivos específicos para lograr a lo largo de la intervención de en el centro de atención temprana. Las sesiones se han dado con una periodicidad de 1 sesión semanal de 40 minutos, desde septiembre hasta enero, con un total de 17 sesiones y con fin de que esta intervención sea valorada de un modo completo en Marzo de 2022, y para observar los cambios presentados respecto a su anterior evaluación total, pero siendo evaluada aún así de modo más breve para observar la eficacia del tratamiento en enero, gracias al cuestionario SENA (Fernández-Pinto et al., 2015).

Los objetivos específicos propuestos para la intervención han estado enfocados al trabajo en aumento de los tiempos de espera, identificación de las emociones básicas, mejora del autocontrol y entrenamiento en habilidades sociales. Las técnicas utilizadas de modo resumido serán las siguientes.

**Tabla 4**

*Objetivos y técnicas de la intervención*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>
Trabajo tiempos de espera	Juego del eco Cuenta atrás
Autocontrol	Actuar a cámara lenta Construcciones Técnica del Semáforo
Identificación de emociones básicas	Trabajo en emociones propias y asociar e identificar emociones en otros.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En sí mismo</li> <li>• En otros</li> </ul>	Dado de emociones PECS
Entrenamiento en habilidades sociales	Trabajo sobre límites de confianza (observar los diferentes tipos de confianza que tenemos con los otros, y ver diferencias entre los mismos)

PECS: Picture Exchange Communication Systems

De modo específico, el trabajo en aumento de los **tiempos de espera** se ha realizado durante las sesiones complementando otras actividades o trabajo. El modo de trabajo en este objetivo se ha centrado en el establecimiento de un juego, basado en una **cuenta atrás**, para el inicio y comienzo de los juegos. Esta cuenta atrás inicialmente en las primeras sesiones se realizó del 3 al 1, con la orden de “comenzamos el juego en 3, 2, 1...” para ir aumentando paulatinamente al “comenzamos el juego en 5,4,3,2,1...”. Este aumento paulatino del tiempo de inicio de las tareas presentadas, dentro del contexto de terapia se ha interiorizado de un modo rápido y lúdico en Blanca, la cual cuenta y recibe de modo correcto la orden. El trabajo en esta tarea es relevante generalizarlo a otros contextos como su escuela o su entorno familiar. En sesión también se ha trabajado el aumento de los tiempos de espera mediante actividades como

“el juego del eco”, en el cual se tiene que decir la palabra presentada mediante un apoyo visual y se establece en qué momento se tiene que repetir también gracias a que se de la vuelta a una ficha, cuando pasa el tiempo, se tiene que decir la palabra, trabajando mediante esta actividad desde impulsividad para no decir de modo directo la palabra, como memoria de trabajo con el fin de retener la información o palabra presentada para luego decirla.

En el trabajo con el objetivo de la **identificación de emociones básicas**, cabe destacar que Blanca sí que identifica de modo “teórico” las emociones y es capaz de establecer de manera muy básica una definición a la alegría, mediante situación vividas, la tristeza o el enfado. Se hace visible el predominio de la comprensión de emociones negativas con respecto a las emociones positivas, expresando de un modo mucho más explícito y comprensivo tanto para ella como para el adulto o igual el qué está sintiendo o que quiere expresar en relación a su emoción. Este trabajo de entendimiento emocional e interiorización básica de como Blanca comprende sus propias emociones y es capaz de expresarlas ha sido uno de los objetivos básicos con el fin de la mejora de la gestión a nivel emocional, que sería un objetivo más ambicioso a proponerse a futuro.

Este objetivo ha sido trabajado gracias a la presentación de imágenes mediante la ayuda del sistema PECS de apoyo visual, mediante actividades que muestran una emoción de modo directo en otro, como por ejemplo caras de niños que representan una emoción, como alegría mediante una sonrisa o tristeza con lágrimas. Este ejercicio Blanca ha demostrado realizarlo con total destreza, es en el abstraer información del mismo cuando presenta dificultades para comprender la situación. De manera explícita, Blanca es capaz de reconocer que el niño representado en la imagen está triste, y en diferentes sesiones presentado este ejercicio desde diversas perspectivas, sí que asocia una situación en la que ella pueda estar triste como en la imagen, pero le cuesta mucho más durante las intervenciones que se asocie una respuesta la pregunta de ¿porqué el niño está triste?, no consiguiendo inferir del todo hasta la respuesta a la pregunta.

Tras esta comprensión de como Blanca observa y comprende el abanico de emociones, las sesiones con este objetivo fueron más enfocadas a la comprensión de las emociones en sí misma, mediante ejercicios de ejemplificación se situaciones, con el uso en muchos casos de nuevo de imágenes, pero en las actividades expresando el tipo de emoción que siente ella en cada caso, y sobre todo contextualizando y

comprendiendo cómo podemos comportarnos ante momentos de ira y tristeza, puesto que son las emociones que Blanca muestra más dificultad de gestión emocional, y en el caso de la alegría intentando interiorizar cuando siente esta para darle un hueco. En sesión ha sido complejo de llevar a cabo el centrarse en la tarea pero en muchas de las sesiones que ha sido planteado se ha conseguido el objetivo de una manera muy básica y se propone el seguir trabajando en ello para su interiorización completa.

El siguiente de los objetivos, el **autocontrol**, representa uno de los objetivos más trabajados en sesión tanto a nivel conductual como cognitivo, puesto por la demanda de la familia y la evaluación pre tratamiento es en lo que más dificultades presenta Blanca. Las actividades realizadas en sesión para la consecución de este objetivo han sido al igual que en casos anteriores enfocadas de manera lúdica y en forma de juego. Entre las más relevantes encontramos el “actuar a cámara lenta” técnica que nos ayuda a trabajar la impulsividad a la hora de realizar las actividades, movernos e incluso el hablar, trabajando todo ello mientras se van realizando diferentes actividades que suponen para Blanca un gran refuerzo. Así mismo se han realizado construcciones de diferentes tamaños, con el fin de centrarse más en la parte conductual. Una técnica también muy usada en este objetivo ha sido la técnica del semáforo, en la cual una vez se tienen más logrados los tiempos de espera en sesión, se ha trabajado con apoyo visual (PECS) diferentes situaciones en las cuales tras comprender dicha situación se buscan alternativas a la misma mediante apoyo visual la orden de “**paro**” asociado al color rojo, plantear las alternativas posibles a la situación dada representado por “**que hago**” en color naranja, y por último se elige una alternativa de las planteadas poniéndola como “**prefiero / me gusta**”, asociada en este caso al color verde (Vásquez, 2021) (Anexo 2).

Por último se ha trabajado el objetivo del **entrenamiento en habilidades sociales**, este objetivo se ha enfocado desde dos perspectivas, en primer lugar el trabajo sobre los **límites de confianza**, observando el tipo de relaciones que tenemos con los otros para saber como se ha de saludar, tratar o hablar en función de contexto. Esta parte ha resultado muy complicada a trabajar, y de hecho se puede dar como un objetivo no conseguido durante la intervención de este estudio de caso, puesto que en las diferentes actividades propuestas con Blanca, desde el círculo de confianza a técnicas similares, no se ha conseguido diferenciar los tipos de relaciones que tiene Blanca, sí llegando a

comprender que la relación con su madre y padre es de un tipo diferente a la que tiene con su profesor pero no sabiendo las diferencias de un modo práctico, y no llegando a comprender cómo establecer contacto o iniciar una comunicación en función de la relación. Por otro lado, en segundo lugar se han trabajado los **estilos de comunicación existentes**, inicialmente se comenzó por usar la técnica o metáfora del calamar, en la cual se explica o se apoya visualmente cómo se comunican los animales, el delfín de una manera asertiva, el tiburón de una manera dominante o agresiva y el calamar de un modo más evitativo. El juego con estas relaciones sí que parece que ha sido comprendido por Blanca, pero al igual que en el caso de los límites de confianza, Blanca no es capaz de contextualizar las actividades dentro de sesión, para posteriormente generalizar lo aprendido en sesión a su entorno (Méndez et al., 2005)

A lo largo de la intervención es importante destacar el cambio en Blanca debido al comienzo del tratamiento farmacológico con Metilfenidato, el cual ha provocado una menor actividad a nivel conductual en Blanca, así como mayor facilidad para mantener la atención. Esto se tiene en cuenta puesto que ha ayudado mucho al progreso en los objetivos propuestos para Blanca durante el tratamiento.

Todos estos objetivos también se han tenido en cuenta en función de las conductas que se pretenden modificar del siguiente modo:



**Tabla 5**

*Conductas disruptivas a trabajar mediante objetivos específicos*

<b>Conducta</b>	<b>Objetivo</b>
Inflexibilidad psicológica	No trabajado de modo específico
Pensamiento negativos automáticos	Autocontrol e identificación de emociones
Hiperactivación	Identificación de emociones, tiempos de espera
Ansiedad	Identificación de emociones
Ira	Identificación de emociones, autocontrol
Conductas heteroagresivas	Autocontrol
Conductas autolesivas	Autocontrol y tiempos de espera

La intervención y establecimiento de objetivos mediante el diferente uso de las técnicas mencionadas se realiza de modo específico para la intervención en psicoterapia, pero se trabaja de modo transdisciplinar con otros especialistas a los que va Blanca del ámbito de logopedia y terapia ocupacional dentro del propio centro de atención temprana. Fuera del mismo también se tiene en cuenta el trabajo realizado tanto desde la escuela como en el aula de TEA al que acude Blanca.

**Tabla 6**

*Cronología de sesiones de tratamiento*

<b>Número de sesión</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>Sesión 1</b>	Entrevista a la familia
<b>Sesión 2</b>	Evaluación observacional mediante uso de juegos elegidos por Blanca
<b>Sesión 3</b>	Explicación de tiempos de espera 3...2...1... para el inicio de los juegos, y uso de juegos de turnos (lince) (los tiempos de espera se trabajan en todas las sesiones)
<b>Sesión 4</b>	Presentación de imágenes de emociones básicas y evaluación observacional de cómo las identifica en otros y en ella (mediante imitación de la emoción)
<b>Sesión 5</b>	Técnica del semáforo
<b>Sesión 6</b>	Ejemplos de situaciones vividas con diferentes emociones y aproximación a búsqueda de alternativas con PECS
<b>Sesión 7</b>	Juego del eco
<b>Sesión 8</b>	Límites de confianza, con imágenes PECS de ejemplo de ante que situaciones hacer que conductas (saludar, abrazar, hablar...)
<b>Sesión 9</b>	Límites de confianza en espacios reales (durante la sesión se trabaja con otros niños)
<b>Sesión 10</b>	Técnica del semáforo con juegos de mesa de turnos con apoyo de PECS.
<b>Sesión 11</b>	Trabajo sobre emociones positivas (asociación en imágenes y con ejemplos del día a día)
<b>Sesión 12</b>	Explicación de metáfora del calamar mediante un cuento

- Sesión 13** Trabajo sobre el reconocimiento emocional en los otros (con imágenes y con la terapeuta)
- Sesión 14** Ejemplos de situaciones en las que usar la metáfora del calamar con apoyo de PECS
- Sesión 15** Juego libre con turnos y autocontrol. Blanca acude a sesión muy agitada y se prefiere no forzar la situación manteniendo una situación lúdica.
- Sesión 16** Juego por turnos, usando el dado de las emociones para poner ejemplos de manera verbal sobre las emociones que salgan en el mismo. Comienzo de explicación de fin de intervención con la terapeuta.
- Sesión 17** Última sesión. Explicación de fin de terapia y juegos de mesa elegido por Blanca observando la evaluación sobre los objetivos trabajados.
-

## 6. Valoración del tratamiento

El tratamiento en psicoterapia en relación a la intervención para este estudio de caso comenzó para Blanca en septiembre de 2021, y se da por finalizado a fecha de enero de 2022 con el fin de observar los cambios realizados durante este periodo de 5 meses.

En este tiempo se ha buscado el ir abordando de modo paulatino los diferentes objetivos con el fin de ir mejorando en las dificultades que presenta Blanca al comienzo del mismo.

Aportando una visión **observacional y cualitativa**, al inicio de la terapia, cabe destacar la falta de focalización de Blanca en las actividades presentadas, siendo enfocada dicha terapia al trabajo en el vínculo terapéutico, con el fin de que Blanca vea positivamente su terapia. Mientras se han trabajado los objetivos de autocontrol y tiempos de espera, asociados a las dificultades en funciones ejecutivas que presenta Blanca, y dificultan mucho el trabajo sobre otras áreas importantes.

El comienzo del tratamiento farmacológico de Blanca, tal y como se ha comentado, ha ayudado mucho a los objetivos planteados, resultando así más fácil el trabajo sobre los objetivos de identificación de emociones básicas y entrenamiento en habilidades sociales sobre todo, puesto que han ayudado a un aumento de atención y posibilidad de realizar una mayor introspección.

Los objetivos de trabajo de tiempos de espera y autocontrol han sido sencillos de implantar en sesión y de comprender por parte de Blanca de manera lúdica, observándose un cambio positivo desde el comienzo de la intervención hasta la actualidad de fin de tratamiento. Este cambio está sobre todo asociado al contexto de terapia. Al final de la intervención ha habido más avances en la escuela, y como parte de los próximos objetivos se tiene que tener en cuenta la generalización de contextos.

Los objetivos del trabajo en emociones básicas y el entrenamiento en habilidades sociales, han sido los más complejos a trabajar, puesto que el enfoque dado requiere más introspección por parte de Blanca, y este ha sido el proceso más costoso

para ella misma. Blanca no ha llegado a comprender aquellas actividades o tareas propuestas en relación a emociones de los otros, conductas o la comprensión de determinadas normas sociales, trabajándose tal y como se ha redactado en las actividades realizadas en sesión.

Teniendo ya en cuenta el objetivo en sí mismo de la intervención, la propia mejora de los objetivos presentados, se ha utilizado como medida **cuantitativa** de la eficacia de la intervención el cuestionario SENA (Fernández-Pinto et al., 2015), como medidas tanto a modo pre tratamiento descritas de manera exhaustiva en el apartado de evaluación, como el resultado post tratamiento presentado a continuación y no existiendo diferencias significativas con las medidas pre tratamiento en rasgos generales, aunque es necesario la revisión concreta de los perfiles y sus diferencias.

**Tabla 7**

*Diferencias de perfiles SENA en familia y en escuela en las medias pre tratamiento y post tratamiento*

	<b>Medidas Pre</b>		<b>Medidas Post</b>	
	PT** Familia	PT** Escuela	PT**Familia	PT**Escuela
<b>Índice Globales</b>				
Í*. global de problemas	68	87	65	86
Í*. problemas emocionales	53	60	50	62
Í*. problemas conductuales	73	93	70	79
Í*. problemas en las funciones ejecutivas	67	89	73	85
Í*. recursos personales	47	18	52	25

\*Í: Índice. \*\*PT: Puntuación típica.

En la Tabla 7, se puede observar la diferencia entre las puntuaciones típicas pretratamiento del perfil del cuestionario SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) realizado por la madre en este caso, puesto que en las medidas pre tratamiento no existían diferencias entre ambos y ha habido indisponibilidad del padre para poder realizar el cuestionario. También se puede observar las puntuaciones típicas del perfil realizado por la escuela.

Las diferencias con respecto a las puntuaciones pretratamiento y las puntuaciones post tratamiento no resultan clínicamente significativas.

Aún así cabe destacar la mejora en el *Índice de problemas conductuales* referido en el perfil aplicado a la escuela, en el cual tras una puntuación de 93, y una *puntuación alta con presencia de conducta disruptiva*, la puntuación postratamiento obtenida por

parte de la escuela es de 79 igualmente considerada como *puntuación alta con presencia de conducta disruptiva*, pero en este caso se encuentra más próxima a la puntuación dada por la familia de 70 en la medida post tratamiento.

A pesar de las diferencias no significativas, sí que se observan puntuaciones más bajas generales con respecto a las medidas pre tratamiento, siendo relevante por tanto la continuación del trabajo con este foco de intervención para seguir disminuyendo las conductas disruptivas que presenta Blanca.

Se concluye con que la intervención sí que ha resultado beneficiosa para Blanca, y se recalca el hecho de que determinados objetivos como trabajo con emociones básicas y el entrenamiento en habilidades han sido más costosos de llevar a cabo por la falta de atención de Blanca y continua búsqueda de movimiento por la misma, asociado a sus dificultades en funciones ejecutivas. Aspectos que han mejorado estas variables durante la sesión han sido la retirada total de estímulos para conseguir centrar la atención hacia las tareas, y reducir mucho la atención hacia tareas muy concretas. Así mismo también en las tareas presentadas se ha buscado el que sea de su interés para aumentar la motivación por la realización de las mismas, fomentando el contenido lúdico de la sesión y favoreciendo en gran parte el vínculo terapéutico con Blanca. Así mismo se ha observado un cambio en las conductas de hiperactivación y falta de atención de Blanca tras el comienzo del tratamiento farmacológico el cual ha resultado muy beneficioso para ella.

Entre los aspectos que han dificultado la intervención ha de destacarse la presencia de estímulos distractores en la sala, en determinadas situaciones por ejemplo ha habido algo que a ella no le gustaba o le gustaba demasiado (como por ejemplo determinados juguetes) y ante la inflexibilidad cognitiva que tiene Blanca ha costado el retomar las sesiones puesto que se ha quedado en bucle con esas primeras tomas de contacto con la sesión. Así mismo ha resultado complejo el orientar la sesión para trabajar cosas concretas y fomentar las rutinas llevando la sesión de manera dirigida, y de modo paralelo meter cosas en sesión no esperadas para aumentar la flexibilidad, cosa que no ha sido tomado como objetivo terapéutico pero sí es de relevancia para la intervención.

Tras lo expuesto, los resultados no han mostrado diferencias significativas de manera cuantitativa aunque sí cualitativa y pueden ser debidas a la no generalización de Blanca en los objetivos conseguidos en sesión, siendo muy relevante el ir generalizando dicho objetivos en los diferentes contextos como escuela y en el entorno familiar. Así mismo se hipotetiza que debido al poco tiempo en el que se ha realizado la intervención, periodo de cinco meses, no se han observados cambios significativos, puesto que para que un tratamiento dado en primera infancia, ha de realizarse mínimo en un periodo de 6 meses, siendo habitual las evaluaciones de comparación de resultados en periodos de un año.



## 7. **Discusión y conclusiones**

Los objetivos de la intervención propuesta se han centrado en la mejora de la gestión ante tiempos de espera, haciendo que Blanca tolere durante mayor tiempo dichas esperas, el enfoque sobre las emociones básicas, tomando esto como punto de partida para poder trabajar una futura regulación emocional cuando Blanca distinga, contextualice y comprenda de un modo más amplio dichas emociones, tanto en sí misma como en los otros, siendo este segundo paso lo más complejo observado durante la intervención. También encontramos objetivos como el autocontrol, el cual el aumento del mismo nos sirve para el trabajo sobre la mayoría de las dificultades estudiadas en forma de conducta operativa en la formulación del caso. Por último el último objetivo planteado ha sido el trabajo sobre las habilidades sociales, con el fin de que Blanca comprenda mejor el cómo iniciar el contacto con los otros a través del desarrollo de los límites de confianza.

En el trabajo sobre los objetivos en intervención se esperaba una mejora de las conductas disfuncionales de Blanca, teniendo unos tiempos de espera para realizar las actividades mayores así como mayor autocontrol y mayor introspección. En los dos primeros sí que se ha conseguido un cambio, pero no se ha obtenido de manera relevante una mayor introspección por parte de Blanca, no aumentando en parte su capacidad para la detección de emociones y tampoco la mejora de habilidades sociales. Sí que se dan por trabajados y con mejoras otras conductas como hiperactivación.

Estos objetivos se han planteado como base de la intervención con el fin de la mejora de las conductas que dan lugar a malestar en Blanca y que están asociadas a las funciones ejecutivas que es donde se dan más dificultades. Estas funciones ejecutivas afectan a las conductas de Blanca tanto a nivel cognitivo, como fisiológico/emocional y a nivel motor, habiendo sido especificadas todas ellas en la formulación del caso. Estas funciones ejecutivas han sido definidas por Echeverría (2017) como un constructo que afecta de modo directo a la planificación, inhibición, organización, flexibilidad cognitiva, autocontrol, capacidad para iniciar una conducta y el establecer asociaciones entre ideas y las acciones que realizamos. Es por ello que se asocia el cómo las dificultades generales de Blanca a nivel de funciones ejecutivas es lo que provoca las conductas disruptivas en ella.

Esta dificultad que presenta Blanca se puede explicar en gran parte gracias al diagnóstico de TDAH y al diagnóstico de TEA. Estos a pesar de las grandes diferencias interpersonales entre los casos existentes, sí que se ha demostrado que afectan a funciones ejecutivas como inhibición, flexibilidad cognitiva y planificación en el caso de TDAH y en el caso de TEA las dificultades en funciones ejecutivas se ven más asociadas a toma de decisiones y la organización, estado muy asociado a la flexibilidad cognitiva, dándose normalmente mucha inflexibilidad ante el cambio de rutinas por ejemplo (Pujols et al., 2018)

A pesar de ser dificultades asociadas a un diagnóstico, existen diferentes técnicas específicas para el trabajo en psicológica y específicamente en atención temprana sobre las mismas. Estas técnicas han ayudado en las intervenciones y al trabajo sobre los objetivos planteados.

Las técnicas con enfoque psicológico o psicosocial se han centrado en técnicas de modificación de conducta, gracias al aumento de los tiempos de espera con la “cuenta atrás” planteada en la intervención, el trabajo directo sobre el autocontrol y el uso de autoinstrucciones gracias a la técnica del semáforo, así como el trabajo realizado gracias a la metodología PECS sobre todo (Miranda y Ferrer, 2010; Vanacloig et al., 2020 y Vásquez, 2021).

Así mismo tal y como se ha presentado en la literatura, las intervenciones que mayores resultados presentados son aquellas intervenciones cognitivas, conductuales o cognitivo-conductuales, así como aquellas que en el caso de ser necesario sobre todo en casos de TDAH se combinan con un tratamiento farmacológico y aquellas intervenciones que involucran al ámbito más cercano y familiar. (Miranda y Ferrer, 2010; Garcia et al., 2016)

El uso del tratamiento farmacológico en el caso de Blanca tal y como se ha valorado, ha mostrado un gran avance, no a modo cuantitativo pero sí de modo cualitativo y observacional, mejorando sobre todo en la focalización y la reducción de la hiperactivación que presentaba Blanca a nivel motor.

Por último, como limitación del estudio de caso cabe destacar el que a pesar de la gran eficacia de la técnica TEACCH en la intervención con TEA en esta intervención

no se ha utilizado de modo directo, y aunque sí se ha generalizado lo trabajado en sesión sobre todo al ámbito de casa, mediante el uso de PECS para la anticipación, de cara al trabajo con casos similares, se propone dar mayor importancia a la asimilación de las rutinas y del entorno, realizando sesiones desde con la familia hasta dentro del propio entorno, este caso de Blanca, trabajo en casa o trabajo en escuela.

Así mismo se propone un trabajo para investigaciones futuras que también tenga en cuenta como objetivo específico el trabajo sobre la inflexibilidad cognitiva. También se propone la idea de una intervención con mayores sesiones, es decir más larga para próximos estudios, pudiendo trabajar de manera más específica los objetivos, o poner menos número de objetivo para trabajar igualmente más específicamente los mismos.

## 8. Referencias bibliográficas

- Aguinaga, G. (1989). *PLON: prueba de lenguaje oral Navarra: manual*. Pamplona : Departamento de Educación y Cultura, Orientación Psicopedagógica.
- Alcantud, F., Alonso, Y., y Mata, S. (2017). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Ediciones Universidad de Salamanca*, 7 (4), 7-26. <http://dx.doi.org/10.14201/scero2016474726>
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176>
- Arribas, D. (2006). *Test de vocabulario en imágenes Peabody (PPVT-III)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Barthélémy, C., Fuentes, J., Howlin, P., y van der Gaag, R. (2019). *Personas con trastorno del espectro del autismo. Identificación, comprensión, intervención* (3ra ed.). Autism Europe.
- Buitelaar, J. K., (2002). *Epidemiological aspects: What have we learned over the last decade?*. Sandberg. En Seija Sandberg Editor (Eds.). *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (2da ed., pp.30-63). Cambridge child and adolescent psychiatry.
- Cardo, E., Servera, M., y Llobera, J. (2007). *Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca*. *Revista de Neurología*, 44, 10-14.
- Cuartero, A., Arregui, C., Santesteban, M., Labarta, I., Cordón, C., Maraví, P., Munárriz, P., Madoz, C., Iribarren, M., y Chumbe, G. (2013). *Guía Recursos Técnicos Profesionales. Atención Temprana 0-6 años*. Gobierno de Navarra.

- Echevarría, L. M. (2017). Modelos explicativos de las funciones ejecutivas. *Revista de Investigación en Psicología*, 20 (1), 237 - 247.  
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i1.13367>
- Fernandes, S., Vázquez-Justo, E., y Piñón, A. (2017). *TDAH y TEA (Trastornos del Espectro del Autismo): Comorbilidad y diagnóstico diferencial*. Lex Localis Press. <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.7>.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A., y Del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- García, A., Sanz, P., y Tárraga, R. (2016). Comparación de la eficacia de las intervenciones médica, psicológica, psicopedagógica y combinada en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH: una revisión teórica. *Reidocrea*, 5, 206-222.
- Josse, D. (1997). *Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet-Lézine-Revisado*. Madrid: Psyntéc.
- Mccarthy, D. (1988). *MSCA : escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños : manual*. Madrid: Tea Ediciones.
- Méndez, F. X., Pastor, C. y Sevillà, J. (2005). *Cómo mejorar mi comportamiento*. Nova Galicia Edicions.
- Miranda, A., y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Información psicológica*, 100, 100-114.
- Mohammadi, M. R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., ... y Salmanian, M. (2021). Prevalence of ADHD and its

comorbidities in a population-based sample. *Journal of attention disorders*, 25(8), 1058-1067

Pujols, G., Guzmán, C., Rodil, N., Ortiz, B., Hernández, L., y Marte, J. (2018). Análisis de las funciones ejecutivas en niños con TDAH y autismo. *Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña*.

Ramos, I (2007). Detección y diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo psicomotor. *Vox Paediatrica*, 15, 36-43.

Sánchez-Sánchez, F., Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Carrasco, M. A., y del Barrio, V. (2016). SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 23-34.

Vanacloig, A., Marín, D., y Martínez, M. (2020). Efectividad de las intervenciones en la comunicación de niños con TEA. *Reidocrea*, 9, 121-137.  
<https://doi.org/10.30827>

Vásquez, E. (2021). *La técnica del Semáforo como Estrategia Pedagógica para mejorar las Relaciones Interpersonales en el aula*. Universidad Nacional de Trujillo.

## 9. Anexos

### 9.1 Anexo 1

#### *Entrevista semiestructurada para familias*

#### **ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA FAMILIAS**

Paciente:

Edad:

Tratamientos previos:

Otros servicios asistenciales implicados:

Medicación:

Nombre de familiares:

Composición familiar ¿que miembros tiene la familia?:

¿Personas relevantes en la vida de Blanca? (Abuelos, tíos, amigos...)

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA ¿que es lo que más te preocupa de ... (nombre del paciente)?:

Síntomas que refiere como “preocupantes”:

OBSERVACIONES (dinámica familiar con respecto a la sintomatología):

La entrevista a partir de ahora va a estar enfocada a las dificultades presentadas en diferentes ámbitos.

#### **Manejo de conflictos**

¿Hace partícipe al resto cuando tiene un conflicto interno? (pide ayuda, opinión, expresa el conflicto)

¿Hace partícipe al resto cuando tiene un conflicto externo? (expresa que se siente mal

con esa situación o derivados)

La capacidad para entender, aceptar y respetar otros puntos de vista (¿cuando le cuentas algo comprende tu opinión o vista de la situación?)

- En casa:
- En el colegio:
- Con adultos:
- Con sus iguales:

La capacidad para resolver conflictos ¿Resuelve conflictos?

Sí ¿Cómo lo hace? (Se autogestiona, habla del problema, huye del conflicto una vez dado, cambia de tarea para volver a la calma...)

No ¿Evita el conflicto? (Evita situaciones que puedan crear un conflicto o una vez dado el conflicto realiza otra tarea, huye de la situación para no enfrentarse a él...)

¿Identifica que en los conflictos participan todas las partes? (¿cuando tiene un problema con otros entiende que no solo depende de ella?)

Observaciones:

### **Área Emocional Y Habilidades sociales**

Comprende las emociones básicas en sí misma (tristeza, ira, alegría, asco, miedo)

Comprende las emociones básicas en otros (tristeza, ira, alegría, asco, miedo)

Adultos:

Sus iguales:

¿Tú cómo definirías a ... (nombre del paciente)? (alegre, triste, fluctuante o cambiante de las situaciones...)

¿Cuando se expresa como tiene que ocurrir algo del tipo normas sociales, como actuar ante situaciones determinadas... lo comprende? ¿Lo sabe poner en práctica? (ejemplo; en un sitio público no se debe gritar, como saludar a otros...)



En su trato con otros, se muestra inicialmente... ( introvertida, extrovertida, comprende o no comprende normas sociales)

Con adultos:

Con sus iguales:

En su trato con otros, se muestra durante la relación... ( introvertida, extrovertida, comprende o no comprende normas sociales, mientras juega, esta con otro otros)

Con adultos:

Con sus iguales (juega, no juega..)

¿Y al finalizar la relación? (berrinche, llanto, calma, comprensión del fin de la actividad...)

¿En los momentos en los que está más irritable, está aún más irritable o más tranquilo cuando está con el familiar? ¿Y con personas externas?

¿Busca consuelo o cariño cuando se hace daño o se siente mal? ¿Quiere que la toquemos? ¿Rechaza?

¿Trabaja con tiempos de espera para hacer las cosas? (ya sea en casa o en la escuela) (posible apoyo para el trabajo de resolución de conflictos, empatía, mejora de entendimiento de las emociones)

Casa:

Escuela:

¿Crees que la reacción que suele tener a nivel emocional está normalmente en sintonía o concordancia con la situación que está ocurriendo? (en caso de que no, exponer un ejemplo de situaciones que simulan ser antecedentes de conductas desreguladas)

Observaciones

## Anexo 2

### *Material Técnica del semáforo*

**Paro**

**Que hago**

**Prefiero / Me gusta**

