



**Universidad
Europea** MADRID

Estudio de caso sobre Altas Capacidades Intelectuales

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Nohemí Arroyo Bernal

Tutor/a clínico: María Díaz Martínez

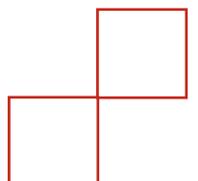
Tutor/a académico: Gema Santiago Gómez

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2023

Nº palabras: 10302

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

En el presente estudio se hace una breve introducción sobre las altas capacidades intelectuales. Seguidamente se presenta un caso real de un menor con estas facultades, con el objetivo de comprender en profundidad los problemas reales a los que se enfrenta. Concretamente presenta varios problemas conductuales y sociales, los cuáles han sido analizados en detalle durante el trabajo. Finalmente, se explica como gracias al proceso de intervención psicológica consigue notables mejorías en todas las problemáticas que presentaba el niño. En definitiva, el objetivo que tiene el trabajo es marcar una línea de trabajo terapéutico a seguir cuando el profesional se encuentre ante un caso similar.

Palabras clave

Altas capacidades, superdotación, tratamiento psicológico, terapia psicológica, estudio de caso, caso único.

Abstract

This study provides a brief introduction to high intellectual abilities. Then a real case of a child with these faculties is presented, with the aim of understanding in depth the real problems he faces. Specifically, it presents several behavioral and social problems, which have been analyzed in detail during the work. Finally, it is explained how, thanks to the process of psychological intervention, he achieves remarkable improvements in all the problems that the child presented. In short, the objective of the work is to mark a line of therapeutic work to be followed when the professional is faced with a similar case.

Keywords

High abilities, giftedness, psychological treatment, psychological therapy, case study, single case.

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	2
Introducción	5
Concepto de Altas Capacidades Intelectuales.....	5
Modelos explicativos de las Altas Capacidades	5
Características generales de las Altas Capacidades	7
Características socio-afectivas y su influencia en el desarrollo.....	8
Identificación y evaluación de las AA.CC.....	10
¿Cómo intervenir ante los problemas derivados de las AA.CC?.....	11
Identificación del paciente y motivo de consulta	12
Estrategias de Evaluación	14
Entrevista semiestructurada con los padres	14
Entrevista con el menor y observaciones comportamentales	15
Cuestionario SENA	16
Escala de aptitudes intelectuales BAS-II	17
Batería neuropsicológica NEPSY-II (atención auditiva, estatua y teoría de la mente).	19
Formulación clínica del caso.	20
Descripción detallada del problema.....	20
Análisis funcional de las conductas problema	21
Resultados de las pruebas de evaluación	23
Definición operativa de los objetivos y las conductas a cambiar	26

Tratamiento	27
Valoración del tratamiento	33
Adherencia al tratamiento y consecución de objetivos.....	33
Dificultades encontradas	34
Discusión y conclusiones	35
Referencias bibliográficas	40
Anexos	44
Modelo de consentimiento.....	44
Material interesante extraído de las sesiones	46

Introducción

Concepto de Altas Capacidades Intelectuales

La conceptualización de atlas capacidades intelectuales está condicionada a aquello que entendemos por inteligencia. El conocimiento sobre inteligencia ha evolucionado a lo largo del tiempo, en un inicio se consideraba que la inteligencia era algo innato y genético, que no podía ser cambiado (Gómez y Mir., 2010). Por suerte, actualmente sabemos que se encuentra influida tanto por lo que heredamos, el tipo de ambiente donde nos desarrollamos y nuestras características personales, relacionadas con la capacidad de esfuerzo o perseverancia en conseguir objetivos, entre otras cosas. La inteligencia no es un rasgo único, ni hay una única inteligencia, hay muchas y van variando a lo largo de nuestra vida (Artiles, 2022). Puede definirse la inteligencia como la habilidad para coordinar, gestionar, organizar el conocimiento y al mismo tiempo saber elegir la mejor opción para resolver un determinado problema (Gómez y Mir., 2010).

El gran interés que ha despertado el estudio de las altas capacidades (a partir de ahora AA.CC) en los últimos años ha conseguido que se ponga en cuestionamiento el concepto de cociente intelectual (CI) como único referente de inteligencia y de éxito académico. Actualmente, se considera que un niño posee altas capacidades cuando es capaz de manejar y relacionar a la vez y de forma eficaz múltiples recursos cognitivos diferentes (de tipo lógico, numérico, espacial, memoria, verbal y creativo), o bien destaca especialmente y de manera excepcional, en el manejo de uno o varios de ellos (Artiles, 2022).

Modelos explicativos de las Altas Capacidades

Mönks y Mason (2000) establecieron una clasificación de los modelos que han intentado comprender y explicar la inteligencia, y con ello, las altas capacidades intelectuales.

En primer lugar, añadieron el **modelo cognitivo**, el cuál analiza los procesos implicados en la adquisición, el procesamiento y el almacenamiento de la información. Sus

principales representantes serían el modelo triárquico de Sternberg (1997) y el modelo de inteligencias múltiples de Gardner (1995, 2001). La teoría triárquica de la inteligencia se compone de tres tipos de inteligencias: analítica (encargada de captar, almacenar, modificar y trabajar con la información), creativa (sería la habilidad que permite aprender a partir de la experiencia) y, práctica (correspondería con la capacidad para adaptarse al entorno) (Covarrubias, 2018). Por su parte, Gardner pensaba que a lo largo de la vida es necesario el desarrollo de diferentes habilidades, considerando así la existencia de varios tipos de inteligencias que pueden ser desarrolladas influidas por el medio, las experiencias propias o la educación recibida (Gómez y Mir., 2010).

En segundo lugar, se encontraría el **modelo basado en las capacidades**. Éste se centra en el estudio de las capacidades intelectuales en términos de CI, siendo una concepción monolítica basada solamente en una medición psicométrica. Destacan autores como Terman, Cattell o Vernon (Covarrubias, 2018).

En tercer lugar, **modelo orientado al rendimiento**. Se rompe la concepción monolítica, y se añaden variables personales y ambientales. El alto potencial intelectual es un requisito necesario, pero no suficiente de la superdotación. Resalta el modelo de los tres anillos de Renzulli (1978), quién afirma que se puede llegar a ser superdotado cuando interactúa una capacidad intelectual superior con un alto compromiso y una alta capacidad creativa (Gómez y Mir., 2010). Gagné (1991) propone la diferenciación entre superdotación y talento. El primer concepto indicaría la posesión y el uso de habilidades naturales expresadas de forma espontánea, y el talento indicaría el desarrollo y dominio de ciertos conocimientos y capacidades (Gómez y Mir., 2010).

Por último, el **modelo sociocultural**. Considerando especialmente importante la influencia de la familia, la educación formal e informal en el desarrollo de las altas capacidades. Resaltan las aportaciones de Tannenbaum y Mönks (Mönks, 1992;

Tannenbaum, 1997). El modelo de interdependencia triádica de Mönks se muestra de acuerdo con los rasgos propuestos por Renzulli y se suma el impacto tanto del ambiente inmediato (familia, escuela, amistades), como el macroambiente (situación social, política, económica y cultural). Tannenbaum en su modelo sobre el aprendizaje social; agrega que deben interactuar cinco factores (habilidad general, aptitudes especiales, factores no intelectuales, apoyo ambiental y factor de oportunidad) para poder desarrollar todo el potencial o las altas capacidades intelectuales (Covarrubias, 2018).

Características generales de las Altas Capacidades

Los niños/as con altas capacidades conforman un grupo bastante heterogéneo, en el cual no existen perfiles únicos. Por el contrario, existe una gran variedad, aunque se pueden observar ciertas características comunes. Presentan una inteligencia excepcional por la facilidad y rapidez para aprender, combinar y utilizar los conocimientos. Mostrando diferentes niveles de inteligencia, aprendizaje, memoria, motivación y disincronía (Artiles y Jiménez., 2005 y Berché, 2003).

Gerson y Carracedo, en el año 2007 realizaron una clasificación de las características observadas de una manera muy sencilla, para poder realizar una detección rápida.

Como características intelectuales se pueden encontrar, a) gran capacidad de abstracción e insólita capacidad para procesar la información; b) habilidad para generar ideas, soluciones y pensamiento crítico; c) muy buena memoria junto a una habilidad prematura para la lecto-escritura; d) buena habilidad verbal, así como buena comprensión de las agudezas del lenguaje; e) comportamiento dirigido a un propósito concreto; f) elevado nivel de actividad en el trabajo y en el estudio, buena capacidad para resolver situaciones problemáticas; g) tendencia a examinar lo inusual y establecer conexiones entre cosas que aparentemente no las tienen y; h) tendencia a seleccionar, es decir no pierden tiempo en lo que no les interesa, o en lo que no les motiva (Gómez y Mir., 2010).

Las características emocionales más destacadas serían, a) vivo sentido de la justicia, de la libertad y del humor; b) perfeccionistas, hipersensibles y persistentes en mantener su punto de vista; c) elevado nivel de autoconocimiento y despreocupación por las normas sociales; d) expresan con profundidad y de manera espontánea sus sentimientos y; e) tendencia a la auto-marginación y poca tolerancia a la frustración (Gómez y Mir., 2010).

Por último, encontramos como características perceptivas, a) intuición muy acentuada, perciben más allá de lo visible y lo tangible; c) tienen una capacidad innata para captar lo esencial de los fenómenos y; c) gran agudeza visual y auditiva (Gómez y Mir., 2010).

Características socio-afectivas y su influencia en el desarrollo

Es de gran importancia detectar y conocer cuáles son las características socioemocionales más comunes en niños y niñas con AA.CC, de manera que se pueda intervenir psicológicamente sobre aquellas necesidades que les hacen más vulnerables. En esta misma línea, sería de gran ayuda para aumentar y mejorar los recursos y herramientas necesarias para prevenir y solucionar posibles problemas (Algaba y Fernández., 2021).

En lo referente al área emocional o afectiva destaca el concepto de sobreexcitabilidad, desarrollado por Dabrowski (1966) que proporcionó un marco de referencia para comprender la forma en que los niños con AA.CC pueden experimentar el mundo. Identificando cinco áreas de sobreexcitabilidad: psicomotora, sensual, intelectual, imaginativa y emocional (Dabrowski, 1966). Es común que las altas capacidades se puedan confundir con otros problemas de tipo social o emocional. Por ejemplo, la sobreexcitabilidad emocional puede verse como una reacción intensa o cambios de humor bruscos (Murdock-Smith, 2013). Caracterizándose por una preocupación hacia los demás, timidez, miedo, ansiedad, dificultad para adaptarse al entorno e intensidad de las emociones (Tucker y Haferstein, 1997).

A lo largo del tiempo, se han observado otro tipo de características relevantes. Estos niños se sienten diferentes e inseguros cuando interactúan con otras personas, y experimentan cierta frustración con las actividades escolares que les resultan repetitivas e inútiles (McDowell, 1984). Tienen un fuerte sentido de lo que consideran correcto e incorrecto, lo que puede provocar enfados e incapacidad de ver los puntos de vista de los otros (Fonseca, 2015). La fuerte influencia de los sentimientos hacia situaciones sociales en niños con AA.CC les provoca ansiedad (Robert et al., 2010). Llegando a aparecer una baja autoestima o fracaso escolar y evolucionar hacia un comportamiento obsesivo con poca flexibilidad cognitiva (Lebihain y Tordjman, 2005).

A nivel intelectual, existe evidencia que indica que el desarrollo cognitivo de los niños con altas capacidades puede ocurrir a un ritmo más rápido que el desarrollo social y emocional, lo que dificulta su adaptación social (Peterson, 2009). Este avance cognitivo puede tener un alto grado de desarrollo moral y sentido de la necesidad de seguir reglas, lo que provoca un comportamiento rígido que afecta aún más las relaciones (Murdock-Smith, 2013). Esto va ligado al concepto de desarrollo asincrónico, referido a niveles desiguales de madurez cognitiva y social que tiende a encontrarse, y que puede vincularse a niveles altos de miedo y ansiedad (Lamont, 2012). Relacionado con lo anterior, se ha detectado que pueden ser capaces de comprender cognitivamente conceptos complicados, pero sin estar preparados para manejarlos emocionalmente (Lamont, 2012). La capacidad de gestionar las propias emociones influye en el funcionamiento cognitivo de un niño con AA.CC, pudiendo ver afectado su rendimiento por el miedo y la ansiedad (Bar-On, 2007).

Se ha hallado que estos niños son propensos al perfeccionismo, tienen tendencia al aburrimiento y a tener un bajo rendimiento, lo que puede derivar en comportamientos disruptivos (Peterson, 2009). Algunos estudios se centran en la relación entre perfeccionismo, depresión y ansiedad. Aquellos niños que mostraron una tendencia al perfeccionismo social

(cuando uno percibe que otras personas tienen altas expectativas de sí mismos), mostraron también una tendencia a la depresión (Christopher y Shewmaker, 2010). Ante la presión por alcanzar el éxito, algunos niños muestran mayor sensibilidad al fracaso (Guignard y Zenasni, 2004). La ansiedad de rendimiento unida a fracaso académico y la exclusión del grupo de iguales puede conducir al abandono escolar y está asociada con trastornos del sueño (Revol, Louis y Fournieret, 2004).

Aunque es cierto que varios estudios han considerado las AA.CC como un factor protector de enfermedades mentales y de problemas socioemocionales, son mayoría aquellos estudios que relacionan las AA.CC con ciertos déficits (Algaba y Fernández.,2021). Por ello, es de vital importancia conocer y detectar estas características lo antes posible y poder atender sus necesidades.

Identificación y evaluación de las AA.CC

Suelen ser los propios progenitores quienes detectan en un primer momento las dificultades, al observar algunas de las características mencionadas en apartados anteriores. Aunque también existen herramientas e instrumentos diseñados para la identificación de las altas capacidades.

Las pruebas más utilizadas para detectar las AA.CC son las psicométricas, aunque solamente tienen en cuenta el modelo basado en las capacidades descrito al inicio de esta introducción, es decir únicamente son una medida de CI. Entre las más conocidas tenemos, a) WISC (5 a 16 años); b) WAIS (de 16 a 65 años); c) Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños (MSCA) para niños de entre 2 y 8 años y; d) Test de matrices progresivas de Raven. A estas alturas, hemos podido observar las AA.CC no se identifican solo mediante una medida de CI superior, es decir, no basta con aplicar una prueba o test.

Los profesionales deben atender y tener en cuenta muchas otras variables que definen la complejidad de estos niños y niñas. Por ello, la información a recoger debe ser más

completa y provenir de diferentes fuentes, a) información de la familia sobre todo para conocer cómo fue el desarrollo del niño; b) información de los profesores sobre su comportamiento en el aula y su rendimiento académico y; c) entrevistas con el propio niño explorando todos aquellos factores relacionados con las AA.CC (Sabater, 2022).

Se han ideado varios cuestionarios de screening que me gustaría señalar, ya que pueden resultar muy útiles para la práctica profesional, a) Cuestionario para la detección de niños con Altas Capacidades (adaptado a diferentes edades). Luz Pérez y Carmen López (2007); b) Inventario habilidades para profesores. Karen Rogers (2002). Versión española de Javier Tourón (2005); c) Inventario de Padres para el Descubrimiento del Potencial. Karen Rogers (2000). Versión española de Javier Tourón (2005) y; d) Escalas de Renzulli (SCRBSS). Escalas para la valoración de las características de comportamiento de los estudiantes superiores Renzulli, Smith, White, Callahan, Hartman y Westberg. Traducción y adaptación Alonso, Benito, Guerra y Pardo (2001).

¿Cómo intervenir ante los problemas derivados de las AA.CC?

No existe un protocolo concreto o un plan de tratamiento diseñado exclusivamente para las dificultades encontradas en estos casos. El método y tratamiento utilizado puede variar dependiendo de cada profesional y de cada paciente, pero es muy importante que el profesional sea especialista y esté actualizado en los conocimientos sobre las AA.CC. Aunque, los objetivos para conseguir durante la terapia estarán personalizados, pero en rasgos generales pueden ser los siguientes: conocer y apreciar las cualidades únicas, aprender a conocerse y aceptarse, comprender mejor a los demás y mejorar las habilidades sociales y; aprender a enfrentar y manejar situaciones complicadas que puedan aparecer (Equipo de Cientoymuhco, s.f).

Para conseguir estos objetivos existen metodologías diversas, aunque las más utilizadas han sido la psicoterapia y el mindfulness, éste último recomendado por la Asociación Española para Superdotados y con Talento (AEST).

La psicoterapia ha resultado de utilidad para trabajar sobre la depresión, la ansiedad, conductas autodestructivas o desajustes en el control de la ira, entre otros. Son muy variadas las consecuencias que suelen aparecer al poseer AA.CC como hemos ido viendo a lo largo de esta introducción. Destacan tres tipos concretos de psicoterapia: cognitivo-conductual, terapia psicodinámica breve y terapia humanista, lo ideal es que el profesional pueda utilizar recursos y herramientas procedentes de cada una de ella (Equipo de Cientoymuhco, s.f).

El objetivo del presente trabajo ha sido mostrar cómo se ha realizado la intervención psicológica de un caso real, concretamente un niño que posee AA.CC. Se ha hecho un recorrido por todo el proceso de evaluación y posterior tratamiento para comprender mucho mejor y de una manera ejemplificada todo lo expuesto con anterioridad en la introducción. Durante la lectura de este trabajo se podrán conocer las principales dificultades encontradas en el día a día de un niño con AA.CC y cómo se han ido resolviendo gracias a un buen trabajo psicológico adaptado y enfocado con rigor. Aunque no cabe duda de que habrá ciertos aspectos a mejorar.

Identificación del paciente y motivo de consulta

En el presente estudio de caso se abordará el caso de J.G, no se utilizará su nombre completo para referirnos a él para respetar así el código deontológico profesional según lo que expone la Ley Orgánica de Protección de datos, con el fin de proteger su identidad.

J.G es un niño de 6 años. Estudia 1º de primaria en un colegio concertado. Reside con su padre, su madre y sus hermanos (hermano mayor de 10 años y hermana pequeña de 3 años).

Poseen un nivel sociocultural y económico medio-alto, siendo los padres ambos enfermeros de profesión.

En un primer momento los padres acuden a la clínica para realizar una evaluación del menor, preocupados porque pueda ser un caso de TEA. Aunque con la edad de 3 años ya se le realizó una primera evaluación en el colegio donde se descartó este trastorno. Comentan como antecedentes familiares, que su tío materno poseía un perfil neuroevolutivo similar.

Tras una primera evaluación en el centro se concluye que posee una capacidad intelectual superior a la media, es decir, es un caso de altas capacidades. Se dan pautas a seguir en el colegio acerca de las necesidades específicas del paciente. Se le realizaron dos evaluaciones más a lo largo del año, una de ellas por parte del equipo de orientación educativa y psicopedagógica de la Junta de Extremadura y la otra se hizo en un centro especializado en altas capacidades. También realizaron una visita al neuropediatra que estuvo de acuerdo con el diagnóstico y recetó un suplemento de omega 3.

Ambos progenitores informan que es un niño complejo y no conectado con la realidad, tiene mucha imaginación y un gran mundo interior. Relatan algunas características importantes que han observado en el menor y por las cuáles han decidido acudir a la consulta. No quiere ir al colegio, le cuesta prestar atención, no comprende a veces el sentido del humor, prefiere estar jugando solo, ciertas dificultades para relacionarse, poco empático, cierta rigidez mental. A pesar de estas características tiene un buen rendimiento académico. La tutora del colegio por otro lado observa algunos comportamientos en el paciente que no son los adecuados en el aula, como, por ejemplo: desobediencia, cánticos durante las clases, absorto en sus pensamientos, frustraciones y preferencia por jugar solo en el patio.

Acude a la clínica tiempo después de la evaluación inicial, al darse cuenta de que no pueden gestionar por si solos ciertas de las dificultades y necesidades que presenta el menor.

Principalmente para trabajar sobre sus conductas disruptivas y dificultades en el correcto uso de las habilidades sociales.

Estrategias de Evaluación

Entrevista semiestructurada con los padres

La entrevista tuvo como objetivo recabar toda aquella información relevante. En primer lugar, conocer la historia biográfica y desarrollo evolutivo del menor. En segundo lugar, tener una visión global acerca de las características del niño a raíz de la descripción de los padres. En tercer lugar, conocer los problemas y dificultades que los padres han observado en su hijo. Finalmente, generar una buena alianza y compromiso por su parte, hacer entender que es un trabajo en equipo.

Los padres del paciente lo describen como un niño “no común”, con una vida interior compleja. Destacan su capacidad imaginativa y su motivación para aprender cosas que son de su interés. Señalan que es autodidacta y que suele rechazar la ayuda prestada para su mejor aprendizaje.

Según los progenitores, tiene un vocabulario rico y muy avanzado para su edad. Es capaz de conectar varias ideas. Necesita explicaciones razonables y lógicas constantemente. Destacan su gran capacidad mnemotécnica y su uso del sarcasmo.

Manifiestan que el niño tiene una “personalidad potente”, siendo firme en sus ideas. Las cuáles son difíciles de modificar si no se presentan argumentos fuertes. Han percibido un alto sentido de la justicia y un alto grado de perfeccionismo.

Es un niño tranquilo, no le gustan las aglomeraciones ni las situaciones que puedan provocar estrés. Afirman que suele mostrarse poco empático, aunque es capaz de expresar sus emociones adecuadamente.

Señalan cierta dificultad para prestar atención, consideran que su capacidad imaginativa lo mantiene desconectado de la realidad. Es capaz de concentrarse en aquello que le interesa, mostrando irritación cuando se intenta dirigir su conducta a otras tareas.

En cuanto al plano social, tiene preferencia por jugar solo o con niños con quienes comparte aficiones e intereses. Prefiere relacionarse con niños de mayor edad, manteniendo una adecuada relación con los adultos.

Su rendimiento académico es óptimo. Aunque verbaliza que no le gusta asistir al colegio. Como ya se ha mencionado, la tutora observa conductas disruptivas en el menor durante las clases.

Por último, informan que el desarrollo evolutivo fue normal. Adquiriendo los principales hitos dentro de los parámetros típicos.

Entrevista con el menor y observaciones comportamentales

En lo que respecta al lenguaje, presenta un vocabulario y una fluidez verbal avanzados para su edad. Demuestra una gran curiosidad por conocer cosas, siendo su actitud activa. Es persistente en las tareas hasta que las termina siempre y cuando sean de su interés. Aporta respuestas inesperadas y sorprendentes para su edad. Sorprenden también las preguntas que realiza, no siendo típicas de su nivel de desarrollo. Encuentra conexiones entre ideas con gran facilidad.

Buena capacidad para contar historias, observándose creatividad e imaginación. Muestra gran curiosidad, pensamiento rápido, recuerda datos fácilmente, es consciente de su entorno, con un sentido del humor irónico y particular, muestra deseos de comprender el funcionamiento de las cosas, crítico, con ideas propias, imaginativo y seguro de sí mismo.

Aunque se pudo recabar información muy importante y significativa, el objetivo principal fue conseguir una buena alianza terapéutica con el menor. Conseguir que el niño se sienta a gusto y se divierta, que no sienta que se le juzga o evalúa constantemente.

Cuestionario SENA

Instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años. Permitiendo recabar información procedente de diferentes fuentes, estando compuesto por tres cuestionarios complementarios: el autoinforme, que recoge las respuestas del propio sujeto; el informe familiar, contestado por los progenitores; el informe escolar, que contempla la evaluación en el ámbito escolar. Diferencia entre las siguientes tipologías de dificultades:

- Problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática.
- Problemas exteriorizados: hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial.
- Problemas específicos: retraso en el desarrollo, problemas de la conducta alimentaria, problemas de aprendizaje, esquizotipia, consumo de sustancias, etc. (Fernández et al., 2015).

También permite detectar áreas de vulnerabilidad, como son los problemas de regulación emocional, la rigidez, el aislamiento, la búsqueda de sensaciones o las dificultades de apego. Asimismo, evalúa la presencia de varios recursos psicológicos que actúan como factores protectores ante diferentes problemas y que pueden utilizarse para apoyar la intervención. Mide también, mediante unas escalas de control, la sinceridad con la que los informantes han respondido (Fernández et al., 2015).

En cuanto a los principales índices que valoran la calidad de un instrumento de evaluación psicológica, la media obtenida en todas las escalas del SENA ha alcanzado una consistencia interna o fiabilidad del 0.86. Por otra parte, el nivel de acuerdo entre informadores se sitúa entre el 40 y el 60%, colocando al SENA en la media de la mayor parte de los instrumentos de evaluación, siendo incluso ligeramente superior. Finalmente, posee un valor de validez satisfactorio (Fernández et al., 2015).

Escala de aptitudes intelectuales **BAS-II**.

El BAS-II, es una de las más prestigiosas baterías para evaluar en profundidad las aptitudes intelectuales y el rendimiento educativo de los niños y los adolescentes. Supone una herramienta de evaluación psicológica apropiada para los ámbitos clínico, educativo y neuropsicológico. Algunos de los usos del BAS-II son los siguientes: evaluación del funcionamiento intelectual, diagnóstico de casos con necesidades educativas especiales, valoración de los puntos cognitivos fuertes y débiles, evaluación de tipo no verbal para niños con discapacidad auditiva, verbal, no castellano parlantes o extranjeros, valoración de los déficit en los procesos intelectuales subyacentes para elaborar planes de intervención, evaluación de los resultados de los planes de intervención y la predicción del rendimiento académico (Arribas y Corral., 2011).

La escala está organizada en dos baterías. La primera incluye los tests dirigidos a los niños más pequeños, denominada BAS-II Infantil, y la segunda cubre las edades escolares, denominada BAS-II Escolar. El BAS-II Infantil está formado por 12 tests, seis principales que participan en la definición del IG y los índices de aptitud intelectual y seis diagnósticos. El BAS-II Escolar está formado por 13 tests, seis principales, cinco diagnósticos y dos de rendimiento (Arribas y Corral., 2011).

Para este caso se utilizó en BAS-II escolar. La parte cognitiva de la batería ofrece un CI que resume la inteligencia general y el razonamiento (índice General; IG), y unos índices de aptitud intelectual que evalúan aspectos concretos de esa capacidad general: índice verbal (definiciones y semejanzas verbales), Razonamiento no verbal (matrices y razonamiento numérico) e índice espacial (recuerdo de figuras y cubos). Por otro lado, cuenta con tests diagnósticos (recuerdo de objetos, velocidad de procesamiento, reconocimiento de imágenes, dígitos en orden directo y dígitos en orden inverso) y tests de rendimiento (aritmética y ortografía) (Arribas y Corral., 2011).

En cuanto a las características psicométricas, resaltar que el BAS-II está basado en la TRI (Teoría de Respuesta al Ítem), en concreto en el modelo de Rasch de un parámetro. Este enfoque es el que se aplicó para la selección y ordenación de los ítems definitivos, la selección de los puntos de comienzo y parada por edad de cada prueba, la construcción de los baremos y los análisis de las propiedades psicométricas (Arribas y Corral., 2011).

En el BAS-II Escolar el IG presenta coeficientes de fiabilidad que oscilan entre 0,89 y 0,95. El IV va de 0,80 a 0,92, el RNV varía entre 0,84 y 0,93 y; el índice IE va de 0,80 a 0,93. La fiabilidad de los tests principales del BAS-II Escolar varían entre 0,75 y 0,86, de los tests diagnósticos entre 0,69 y 0,94 y de los tests de rendimiento entre 0,83 y 0,90. Por último, la estabilidad temporal test-retest es muy elevada, con coeficientes para los índices entre 0,83 y 0,97. En cuanto a la validez, el manual técnico incluye una información muy detallada acerca de los estudios sobre la validez, los cuales incluyen intercorrelaciones escalares, análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, correlaciones con otros instrumentos (MSCA, RIST, WISC-IV...) y grupos especiales, obteniendo unos índices muy satisfactorios (Arribas y Corral., 2011).

Batería neuropsicológica **NEPSY-II** (atención auditiva, estatua y teoría de la mente).

La NEPSY-II es un instrumento completo diseñado para evaluar el desarrollo neuropsicológico de niños y adolescentes. Su aplicación flexible permite crear una evaluación cognitiva específica y a medida, aportando información útil para realizar el diagnóstico de múltiples trastornos infantiles. En consecuencia, proporciona información sobre las fortalezas y debilidades del niño, útiles para facilitar la adaptación curricular y guiar las decisiones sobre el tipo de escolarización e intervención. Las pruebas que incluye evalúan el desarrollo neuropsicológico a través de seis dominios funcionales: Atención y función ejecutiva, lenguaje, memoria y aprendizaje, percepción social, procesamiento visoespacial y sensoriomotor (Korkman et al., 2014).

Consiste en una serie de subpruebas de aplicación individual que pueden usarse en varias combinaciones de acuerdo con las necesidades del sujeto evaluado y la orientación del evaluador. La batería de evaluación NEPSY consta de un total de 36 subpruebas, las cuales se pueden administrar como una batería esencial o completa, de acuerdo con la edad del niño y el propósito que se persigue con la evaluación. Concretamente para la evaluación de paciente descrito se han utilizado 3 de las 36 subpruebas. La **atención auditiva** requiere que el niño cambie la actitud establecida y responda ante estímulos contrastantes. En la prueba de **estatua** el niño debe permanecer quieto en una posición establecida durante un periodo de 75 segundos y que debe inhibir una respuesta (abrir los ojos, movimiento corporal, vocalización) ante estímulos distractores. Por último, la prueba de **teoría de la mente** examina la capacidad para comprender creencias, emociones e intenciones, y la conciencia que otras personas tienen sobre sus propios pensamientos y sentimientos. La prueba está dividida en una tarea verbal, que evalúa la capacidad de percibir el punto de vista de otra persona; y una tarea contextual, que examina la capacidad de reconocer estados emocionales relacionados con diferentes contextos sociales (Korkman et al., 2014).

El ‘Manual clínico y de interpretación’ dedica varios capítulos a la explicación en detalle de los índices de validez y fiabilidad, afirmando que ambos se consideran adecuados (Korkman et al., 2014).

Formulación clínica del caso.

Descripción detallada del problema

Como se ha podido ver a lo largo del trabajo, J.G es un niño muy especial, sus circunstancias particulares tienen muchos puntos fuertes, pero también le han generado serios problemas a una edad muy temprana. Sus altas capacidades parecen estar relacionadas con la genética familiar, ya que proviene de una familia donde se intuyen buenas cualidades intelectuales.

Las principales problemáticas y las más demandantes son sus problemas conductuales y sociales. Desde un primer momento el menor verbaliza “hay veces que me gusta estar enfadado, queréis quitarme algo que me gusta”. Las cosas que más le enfurecen son: tener que ir al colegio, tener que hacer tareas que no son atractivas para él, los cambios de actividades o que no pueda hacer lo que él quiere, entre otras. No consigue gestionar adecuadamente su frustración en estos momentos.

A nivel social, le cuesta ser empático y ponerse en el lugar de los demás. Se ve como alguien superior al resto y le satisface reírse de otros. Le cuesta darse cuenta cuando está equivocado y pedir perdón de una forma amable. Por otro lado, no le motiva relacionarse con el resto de los niños en el colegio, tiene preferencia por la soledad. Concretamente verbaliza “una de las cosas que más me gusta de estar enfadado, es que puedo estar solo en mi habitación sin que nadie me moleste”. Otro dato destacable, es que se ve diferente al resto y esto le causa sentimientos de tristeza, le gustaría ser “normal”.

El menor posee cierta rigidez cognitiva, siempre quiere llevar la razón y hacer las cosas como él quiere. Poco flexible a la hora de enfrentarse a tareas o actividades novedosas. Le cuesta generar alternativas diferentes.

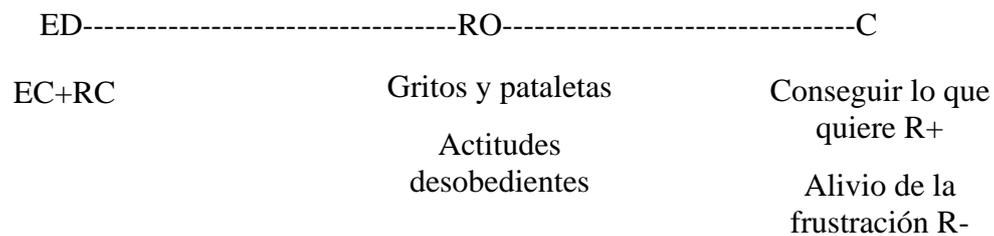
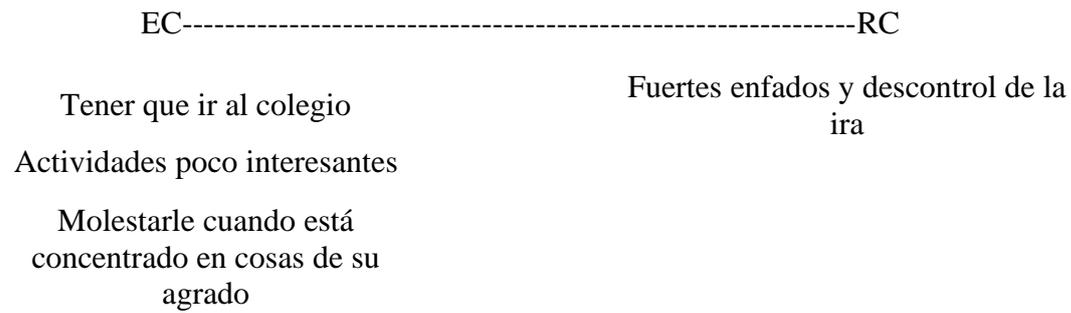
Estas conductas se han mantenido hasta el momento por múltiples factores, uno de ellos es el desconocimiento de los padres acerca de cómo gestionar esas conductas en su hijo, lo que los ha llevado a intentar de múltiples maneras cambiar esas conductas disruptivas sin éxito. Han cedido ante las exigencias del menor para mantenerlo tranquilo, el mismo niño dice no haber visto a sus padres enfadados con él. Es interesante mencionar que cuando los padres acudieron a consulta por primera vez no conocían de la existencia de AACC en su hijo, ni siquiera lo intuían pues su rendimiento académico no era excelente. Algo que también se trabajó con ellos es la aceptación de este diagnóstico.

En cuanto a su mal comportamiento en clase y pocas ganas de ir al colegio, lo más probable es que no se encuentre lo suficiente motivado ya que desde el colegio no se han realizado adaptaciones a sus necesidades relacionadas con las AA.CC.

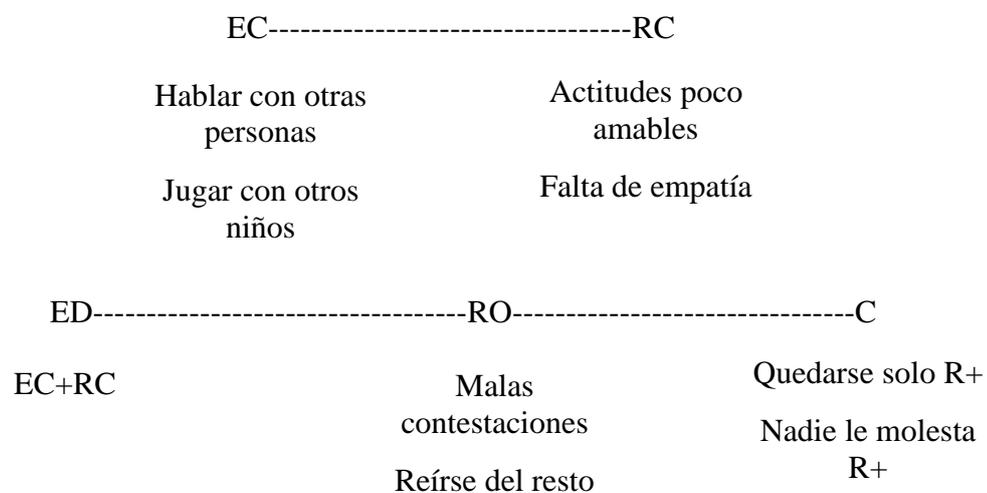
Análisis funcional de las conductas problema

Aunque ya se ha descrito el caso a grandes rasgos, es importante realizar este apartado de análisis funcional dedicando un breve espacio a cada una de las principales áreas problemáticas encontradas.

En primer lugar, nos encontramos con los **enfados y frustraciones** que se producen cada día antes de ir al colegio, tener que realizar tareas que son de su interés o que le molesten. Como variables disposicionales del problema podemos destacar: falta de adaptaciones por parte del centro relacionadas con las AA.CC, rigidez cognitiva por parte del menor o falta de conocimiento sobre como gestionar las necesidades derivadas de las AA.CC por parte de los padres. A continuación, se muestra en detalle el análisis funcional:



En segundo lugar, **falta de empatía** que muestra en ocasiones hacía los demás. Las variables disposiciones que influyen en el mantenimiento de esta conducta son: la preferencia por la soledad, falta de buenas habilidades sociales, desinterés por cumplir las normas sociales o déficits en inteligencia emocional. A continuación de muestra también el análisis funcional de la problemática:



Resultados de las pruebas de evaluación

En cuanto a los resultados de las pruebas, que han servido sobre todo para realizar la detección y diagnóstico de las AA.CC. También resultaron beneficiosas para contrastar la información recabada mediante entrevista y, además, conseguir más atención por parte del centro educativo.

Puntuaciones obtenidas en la Escala de Aptitudes Intelectuales BAS-II. Obtiene un CI de 143, que, a pesar de no poder considerarse descriptivo de su capacidad intelectual por la diferencia significativa encontrada entre el índice general y el índice de razonamiento no verbal, las puntuaciones se sitúan en un rango muy alto para su edad. Concretamente posee una capacidad muy alta en cuanto al componente verbal y espacial y media-alta en el razonamiento no verbal (**ver tabla 1**)

Tabla 1. Resultados BAS-II

Índice general	143
Índice general no verbal	130
Índice verbal (definiciones y semejanzas verbales)	148
Razonamiento no verbal (matrices y razonamiento numérico)	117
Índice espacial (recuerdo de figuras y cubos)	135

De la Batería Neuropsicológica Nepsy-II se han aplicado tres pruebas. Dos de ellas para conocer el dominio de la atención y función ejecutiva; y una para el dominio de la percepción

social. Obteniendo el menor una puntuación por encima de la media en *atención auditiva* sostenida y selectiva. Por otro lado, se observan dificultades que no son significativas en cuanto a persistencia motora según la prueba *estatua*, mostrándose ligeramente inquieto en ocasiones (ver **Tabla 2**).

Obtiene una puntuación superior a la media en *teoría de la mente*, lo que valora su habilidad para comprender funciones mentales como la creencia, intención, engaño, emoción, imaginación y fingimiento. Como la capacidad para entender que los demás tiene sus propios pensamientos, ideas y sentimientos y que éstos pueden ser diferentes a los propios (ver **Tabla 2**).

Tabla 2. Resultados NEPSY-II

Atención auditiva	Total respuestas correctas PE=16
	Puntuación combinada PE=17
Estatua	PE=7
Teoría de la mente	PE=13

La información más interesante y completa para el tratamiento que se llevará a cabo, es la recabada mediante el cuestionario SENA. Cumplimentado por los padres del paciente (ver **Tabla 3**).

Tabla 3. Resultados SENA

Escalas de control	Puntuaciones normales
	Respuestas coherentes
Índices globales	Puntuación media en el índice global de problemas

	<p>Puntuaciones medias en los índices de problemas emocionales, conductuales y funciones ejecutivas</p> <p>Baja puntuación en el índice de recursos personales</p>
Escalas de problemas interiorizados	<p>Puntuaciones en la media</p> <p>Se descarta dificultades en cuanto a depresión, ansiedad, ansiedad social y quejas somáticas</p>
Escalas de problemas exteriorizados	<p>Puntuación ligeramente superior a la media en problemas de atención</p> <p>Se descartan dificultades en el resto de las escalas: hiperactividad-impulsividad, problemas de control de la ira, agresión y conducta desafiante</p>
Otros problemas	<p>Puntuación extremadamente alta en comportamiento inusual</p> <p>Se relaciona con un mayor nivel de desinterés por los otros</p>
Escalas de vulnerabilidad	<p>Se descartan problemas de regulación emocional</p> <p>Puntuación alta en rigidez</p> <p>Puntuación extremadamente alta en aislamiento</p>
Escalas de recursos personales	<p>Puntuaciones extremas en integración y competencia social y en disposición al estudio</p>

Puntuación en inteligencia emocional por
debajo de lo esperado

Definición operativa de los objetivos y las conductas a cambiar

Para finalizar el apartado de la formulación clínica del caso, es interesante realizar una operativización de los objetivos a conseguir durante el tratamiento y que técnicas pueden ser las más adecuadas para lograr alcanzarlos. En la **Tabla 4** se muestra la operativización de los objetivos y las técnicas empleadas.

Tabla 4. Objetivos y técnicas

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Conocer e identificar todas las emociones	Psicoeducación emocional
Aprender gestión emocional	Psicoeducación emocional Diálogo y reflexión sobre las emociones básicas
Aprender a manejar la frustración y la rabia	Técnicas de relajación Técnica del semáforo Rueda de la calma
Aprender la importancia de las normas	Psicoeducación Reflexiones sobre lo bueno y lo malo de las normas Economía de fichas
Mejorar las habilidades sociales, foco en la amabilidad y la empatía	Resolución de viñetas situacionales Rol-playing Dinámicas didácticas Rueda de solución de conflictos

Mejorar teoría de la mente	Inferencias pragmáticas Juegos para imaginar Juegos y escenificaciones Cuentos específicos
Mejorar el autoconcepto y la aceptación de uno mismo	Diálogo y reflexiones con etiquetas
Aumentar la flexibilidad cognitiva y encontrar diferentes alternativas	Psicoeducación Resolución de viñetas situacionales Ejercicios específicos

Tratamiento

Como ya se ha mencionado con anterioridad el tratamiento tiene dos objetivos principales bastante claros. En primer lugar, disminuir los problemas de comportamiento del menor que se producen cada mañana antes de ir al colegio y las dificultades en la gestión de la ira, fruto de una baja tolerancia a la frustración cuando las cosas no se hacen a su manera. En segundo lugar, resulta importante mejorar las habilidades sociales del paciente ya que se observa un alto grado de aislamiento y dificultades para comunicarse de manera amable con el resto.

En líneas generales la manera de intervenir se ha basado sobre todo en el modelo cognitivo-conductual. Por lo que se han tenido en cuenta las tres facetas que representan el modelo: la conducta, el pensamiento y la emoción. Aunque las técnicas utilizadas han sido adaptadas a la edad del menor y se ha intentado sobre todo que fuese algo dinámico y divertido para el paciente, se puede entrever fácilmente que se ha utilizado reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en resolución de problemas. Estas herramientas al menor se le

presentaron como “trucos” que le ayudarían a ir mejorando a medida que avanzaban las sesiones de terapia.

Todo el material utilizado (cuentos, viñetas, juegos, etc.) ha sido adaptado para una correcta comprensión por parte del paciente y también con el objetivo de que le resultasen llamativos. Además, las sesiones se han llevado a cabo en una sala preparada para niños con material infantil y con suficiente espacio de juego, para que se sintiese siempre motivado a acudir y no fuese considerado como una obligación. El juego como herramienta terapéutica ha sido una pieza fundamental durante todo el proceso.

Hay que señalar que la evaluación de las AA.CC fue anterior al inicio del tratamiento, conllevó una primera entrevista con los progenitores, sesiones de evaluación con J.G y una devolución de resultados a los padres, así como pautas de modificación de conducta para el ámbito familiar. La familia volvió al centro tiempo después para comenzar a trabajar las dificultades señaladas.

El tratamiento ha contado con un total de 32 sesiones desde septiembre de 2021 hasta junio de 2022 (un total de 9 meses). Al comienzo las sesiones tenían una periodicidad semanal, que se amplió a quincenal con el paso de los meses y la observación de mejora en el paciente. Las sesiones siempre tenían una duración de 50 o 60 minutos. A continuación, se pueden ver representadas las sesiones en la **Tabla 5**. En la tabla también se han incluido las sesiones anteriores destinadas a la realización del diagnóstico de AA.CC.

Tabla 5. Descripción de las sesiones de terapia

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS
1	Conocer el problema y recabar información pertinente	Entrevista semiestructurada con los padres y con el menor

2	Evaluación neuropsicológica	Pruebas y baterías pertinentes para la detección de AA.CC
3	Conocer y evaluar cuales son las principales necesidades y dificultades	Entrevista semiestructurada con los padres y con el menor
4	Trabajar y reflexionar acerca de las emociones, sobre todo la rabia.	Juego de caras para identificar emociones ¿Qué cosas me enfadan? ¿qué me dice la rabia? Pensamientos fríos vs. Calientes Trucos para vencer a la rabia
5	Trabajar y reflexionar sobre el cumplimiento de las normas	Cuento sobre las normas ¿Qué tienen de buenas las normas?
6	Recordar todo lo visto en anteriores sesiones	Reflexionar jugando Economía de fichas para los padres
7	Trabajar la asertividad	Dinámica de la asertividad: león, ratón y persona
8	Repasar economía de fichas Trabajar asertividad y empatía	Ejemplos de situaciones para resolver de forma asertiva Cuento “Otra cosa”
9	Repasar los avances y reforzarlos Trabajar sobre las emociones y la empatía	Tarjetas con situaciones para resolver de manera empática Juego sobre emociones (con dados)
10	Trabajar empatía Trabajar como conseguir cambiar de emoción	Se recuerda el concepto de empatía. Reflexión para ponerse en el lugar de los demás ¿cómo te sentirías tu? Cuento “Refunfuño” cap 1 y 2.

11	Trabajar la irritabilidad y el enfado Repasar economía de fichas	Libro “Cuando estallo” Recordar trucos para estar en calma “La caja de la calma” Ejemplo de situaciones que le enfadan y como resolverlas
12	Trabajar situación concreta de enfado Repasar economía de fichas	Buscar pensamientos positivos de la situación Técnica del semáforo
13	Trabajar sobre la rabia Repasar economía de fichas Trabajar concepto de sí mismo	Se recuerda técnica del semáforo y trucos para vencer a la rabia Etiquetas ¿cómo soy? ¿cómo me ven los demás?
14	Trabajar la flexibilidad cognitiva	Explicación sobre en qué consiste Se dan ejemplos de situaciones para ver como ser flexible Actividades para estimular la flexibilidad cognitiva
15, 16 y 17	Trabajar emociones Trabajar asertividad Repasar economía de fichas	Juego de mesa para emociones (reconocimiento, identificación, y conciencia emocional) Recordar y practicar como hablar de forma amable Tarjetas con situaciones y conflictos
18	Trabajar autoconcepto y autoestima	Tarjetas con situaciones para practicar Decir 3 cosas buenas sobre él y 3 cosas que no le gustan

19, 20, 21 y 22	Trabajar habilidades sociales básicas Trabajar teoría de la mente	Rol playing (presentación, mantener una conversación, respetar los turnos, etc) Inferencias pragmáticas
23, 24 y 25	Trabajar la frustración y la rabia Repasar economía de fichas Trabajar habilidades sociales	Recordar estrategias contra la rabia Caer bien vs. Caer mal
26	Trabajar pensamientos negativos Trabajar sobre el cumplimiento de normas	Lista de cosas que odia ¿cuáles se pueden evitar? Reflexión sobre las normas
27, 28 y 29	Trabajar emociones Trabajar teoría de la mente Trabajar asertividad	Libro “en la mente” Recodar estrategias de asertividad y resolución de conflictos Escenificación de situaciones con playmobil Dado de las emociones (buscar soluciones y emociones ante situaciones) Teoría de la mente “imagina”
30	Trabajar sobre la expresión de las emociones y la búsqueda de soluciones	Beneficios de hablar sobre lo que sentimos ¿Cómo proponer soluciones a mamá y a papá de forma calmada?
31	Trabajar teoría de la mente Trabajar emociones	Teoría de la mente “inferencias pragmáticas” Cultivando emociones 2
32	Trabajar gestión emocional Repasar economía de fichas	Definición de emociones y buscar soluciones cuando aparecen esas emociones

		Reflexión sobre la importancia de utilizar los trucos que se han trabajado para la rabia
33	Reflexionar y valorar su evolución	Ejemplos de situaciones donde ha hecho las cosas bien y como se ha sentido Reforzamos buenos comportamientos
34	Insistir en los trucos que se han visto de cara al verano Alta	Recordar y reforzar las veces que ha hecho uso de los trucos

El comienzo del tratamiento se centró en el conocimiento, manejo y gestión de las principales emociones básicas, obteniendo el menor unos conocimientos de base sobre los que poder trabajar posteriormente. La emoción que más problemas causaba, tanto al paciente como a sus padres, era el enfado o rabia. El niño tenía fuertes explosiones de ira al no saber gestionarla adecuadamente. A través del diálogo reflexivo el menor habló sobre las cosas que más le enfadaban y como la rabia le descontrolaba, se le dieron ciertas técnicas (“trucos”) para conseguir vencer esa ira (alejarse un momento de la situación, contar hasta 10 lentamente o apretar fuerte un cojín) que tuvieron que ser recordadas y reforzadas en varias ocasiones.

En cuanto a las normas, éstas fueron trabajadas a través de cuentos infantiles sobre normas y posteriores reflexiones (¿qué tienen de buenas las normas?). Se dieron por supuesto pautas a la familia, quienes como padres se encargaron de modificar y ajustar las normas a las necesidades que J.G tenía en su casa, de gran utilidad fue la aplicación de la economía de fichas; ampliamente utilizada para problemas de conducta. Fue un proceso complicado conseguir que el paciente interiorizase estas normas; pero lentamente por ejemplo dejó de

quejarse continuamente por la comida que no le gustaba y realizaba sus tareas en el tiempo estipulado.

En cuanto a las habilidades sociales, se tuvo que trabajar mucho la empatía. Durante la famosa dinámica de la asertividad (león, ratón, persona), el menor se identificaba con el león. El aprender a ser asertivos se trabajó sobre todo con viñetas situacionales en las que el paciente debía buscar la forma más asertiva de resolverlas. Mediante el cuento “Otra cosa” se reflexionó sobre la empatía, algo imprescindible para él ya que acostumbraba a ser poco amable con otras personas. En numerosas sesiones se abordó la teoría de la mente, las reflexiones se apoyaron en materiales como cuentos, escenificaciones con playmobils y ejercicios para aprender a ponerse en el lugar de los demás.

En ocasiones mostraba cierta tristeza por sentirse diferente al resto y en otros momentos parecía mostrarse orgulloso de creerse superior. Por lo que hubo que trabajar el concepto que tenía sobre sí mismo y la autoestima.

La terapia se dio por finalizada durante el mes de junio cuando comenzaron las vacaciones de verano ya que la familia salía del municipio. Al comienzo del nuevo año escolar la familia acude de nuevo para llevar un seguimiento, que se da actualmente con una periodicidad de 3 semanas o un mes aproximadamente.

Valoración del tratamiento

Adherencia al tratamiento y consecución de objetivos

En lo referente a la adherencia, aunque el menor acudía de manera puntual a las sesiones y no faltó a ninguna de ellas, el comienzo fue difícil. Ya que se mostraba poco motivado y poco colaborativo, al principio no entendía muy bien para que asistía a terapia y no quería hablar de lo que se trabajaba en las sesiones.

En las primeras sesiones fue esencial el trabajo en reestructuración cognitiva con el menor y pautas de modificación de conducta en el entorno familiar, ya que para él enfado le reportaba ciertos refuerzos positivos (conseguir lo que quiere, estar solo y que nadie le moleste o conseguir atención de los padres). Incluso verbalizó “si yo le gano a la rabia me quitáis algo que me gusta”. Fue un obstáculo que se superó con numerosas reflexiones acerca de las consecuencias negativas del enfado y los beneficios de luchar contra ella.

Con el paso de las sesiones el menor fue siendo más participativo y los avances fueron rápidos. Aprendió a identificar las situaciones que le enfadaban adecuadamente, aunque se resistió bastante a usar las técnicas aprendidas para luchar contra la rabia; terminó verbalizando que “luchaba contra la rabia como Godzilla”. Por lo tanto, se puede afirmar que se consiguió hacerle comprender la importancia de controlar la expresión de las emociones, como puede ser el enfado ya que pueden traer consecuencias muy negativas.

En lo referente a la importancia de las normas, fue extraordinario el papel de los padres. Se implicaron enormemente e hicieron uso de las pautas y recomendaciones que se les daban. Tuvieron que hacer un cambio radical en su manera de actuar, ya que hasta ahora no habían tenido el suficiente conocimiento sobre cómo comportarse ante las necesidades de un niño con AA.CC. El uso de la economía de fichas fue de gran utilidad y gracias al trabajo en equipo los cambios terminaron siendo bastante significativos.

Finalmente, se mostró muy colaborador al trabajar todo lo relacionado con las habilidades sociales (empatía, asertividad o teoría de la mente), con el trabajo en mejorar su flexibilidad cognitiva y con los ejercicios para trabajar su autoestima.

Dificultades encontradas

Fueron varias las dificultades encontradas durante la terapia. La más importante y la más difícil de solventar fue el cambio en la dinámica familiar. El cambio de actitud por parte

de los padres fue muy costoso, aunque es cierto que se mostraban colaboradores. Les resultó complicado debido a dificultad añadida de tener otros dos hijos más, no es sencillo poner límites diferentes para un solo hijo cuando la dinámica familiar implica a toda la familia.

Otra de las dificultades, fue la falta de colaboración por parte del centro escolar. Desde el cual no se hizo ningún tipo de adaptación para cubrir las necesidades requeridas por las AA.CC. Además de seguir insistiendo en que era un caso de autismo y no hicieron caso de los informes y pautas que se les entregó.

Finalmente, hay que destacar que una de las grandes limitaciones encontradas para hacer una buena valoración del tratamiento es la falta de medidas post-tratamiento. Hubiese resultado enriquecedor volver a administrar los cuestionarios utilizados en la evaluación inicial tras el tratamiento. Aunque se realizaron entrevistas con los progenitores como una medida de valoración, pues son ellos quienes mejor valoran los cambios conseguidos por su hijo.

Discusión y conclusiones

Este trabajo brinda en primer lugar, la oportunidad de conocer la realidad a la que se enfrentan cada día diversas familias que poseen miembros con ciertas necesidades especiales. En segundo lugar, se han podido observar las características, los pensamientos, las conductas y la personalidad de un niño muy especial que lucha cada día por adaptarse a un mundo que aún no tiene la suficiente información ni concienciación sobre sus necesidades y que le ha puesto a su corta edad muchos obstáculos. En tercer lugar, puede servir de guía a todos aquellos profesionales dedicados a la psicología clínica y que han tenido la suerte de conocer en su consulta un caso similar al de J.G.

Volviendo a la introducción de esta tarea, me resulta importante reflexionar de nuevo acerca de la inteligencia. Hemos conocido que este paciente posee un CI de 143, una

puntuación bastante superior a la media con relación a su edad; con todo lo expresado hasta aquí nos hemos dado cuenta de que esta cifra a los profesionales clínicos no les es de gran utilidad. Medir de una forma cuantitativa la inteligencia de una persona y compararla con una población similar en características ha quedado en el pasado. Por suerte aparecieron los modelos de Renzulli, Tannenbaum y Mönks que aportaron una visión más realista de este concepto añadiendo nuevos factores que influyen de manera significativa en el desarrollo intelectual, tanto de una manera positiva como negativa.

Se han generado a lo largo de los años muchos mitos y estereotipos sobre este colectivo, como, por ejemplo: que sobresalen en todas las materias escolares sin dificultad, que indudablemente alcanzarán su máximo desarrollo por los grandes recursos que poseen o que estos niños son más populares y felices que el resto. Estos mitos han sido muy extendidos y han perjudicado enormemente el avance e implantación de adaptaciones sobre todo dentro de las aulas escolares. Por otro lado, las familias y los profesores suelen tender a aumentar su nivel de exigencia, generando en el niño sentimientos de fracaso y frustración. Muchos de estos mitos no se sostienen al leer este trabajo. Se puede observar, por ejemplo, en las puntuaciones obtenidas en las pruebas que el menor no destaca en áreas numéricas, que posee bajos recursos personales, que tiene problemas conductuales y una fuerte tendencia al aislamiento.

Aunque queda mucho camino por recorrer en el estudio de las necesidades y la forma de intervenir con este tipo de población, destacar que la investigación destinada a encontrar aquellas características relevantes para detectar las AA.CC sí que ha sido fructífera. Cogiendo de base la clasificación de Gerson y Carracedo de la introducción, se puede observar que el caso clínico elegido para este trabajo presenta varias de las características enumeradas en la clasificación. Como por ejemplo una gran habilidad verbal, no pierde tiempo en cosas que no le interesan, gran capacidad para procesar información, fuerte sentido de la justicia,

perfeccionista y persistente en su punto de vista, despreocupación por las normas sociales, tenencia a la soledad, entre otras.

Hasta este punto el foco de atención se ha puesto en la conceptualización de las altas capacidades intelectuales y como ha ido avanzando el conocimiento sobre sus principales peculiaridades. Pero la atención del profesional de la psicología clínica deberá ser la detección, observación e intervención efectiva sobre las principales áreas problemáticas y necesidades encontradas. A lo largo del estudio hemos conocido a un niño con miedos e inseguridades, generados por la falta de comprensión de sus necesidades tanto en el hogar como el aula. Miedo y tristeza al verse diferente a los demás, expresados en verbalizaciones tales como “veo que soy muy diferente al resto de mi familia”. Se ha observado una cierta ansiedad, ya que ha tenido que aprender y enforzarse por adaptarse a un entorno que no ha sabido adaptarse a él, ha tenido que cambiar tanto su forma de pensar como de actuar. Mejorando notablemente sus habilidades sociales, sobre todo la amabilidad y la destreza para ponerse en el lugar de los demás.

En relación con lo anterior, el menor había adquirido ciertos comportamientos disruptivos que generaban gran malestar a sus progenitores. Aunque en un principio el enfado en el niño era visto como algo positivo que le reportaba ciertos beneficios, se consiguió reflexionar acerca de las consecuencias negativas que supone esta emoción. Seguidamente se ha trabajado sobre el resto de las emociones con el objetivo de conseguir una mejor gestión emocional fundamental para su correcto desarrollo. Con el transcurso de las sesiones al paciente no le resulta tan frustrante el cumplimiento de las normas, hacer tareas que no eran de su interés y fue costando menos acudir al colegio cada mañana. Esto último fue lo que más dificultades ha generado durante la terapia, debido a la existencia de factores externos que no se han podido controlar como puede ser la falta de compromiso por parte del centro a realizar adaptaciones para solventar sus necesidades.

En lo referente a la intervención, resaltar sobre todo la importancia del juego como herramienta a la hora de trabajar con niños pequeños. Conseguir que las sesiones sea algo divertido para los niños es esencial, ayuda a conseguir una fuerte alianza terapéutica y motiva a los menores a seguir trabajando y mejorando. En el caso concreto que nos atañe gracias a los juegos se han podido hacer un gran trabajo de conocimiento y gestión emocional, ha dado pie a simular escenificaciones sociales para practicar habilidades sociales, el dibujo y la externalización de la rabia han servido para que el niño se viese a sí mismo como Godzilla capaz de luchar contra todo; por último, se ha podido trabajar la teoría de la mente de una forma sencilla y adaptada a su edad.

Profundizar en la importancia de la preparación y estudio por partes de los profesionales en el trato con población infantil. Fundamental conseguir con la practica las aptitudes necesarias antes de enfrentarse a una intervención infantil como está, es vital hacerse expertos en el área y empapase de mucho conocimiento.

Finalmente, la intervención ha sido expuesta con el mayor número de detalles posibles con el objetivo de que pueda servir de guía para futuros tratamientos. Los pilares fundamentales han sido la psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición y resolución de problemas, herramientas cognitivo-conductuales que se han mostrado bastante eficaces. También se han tenido en cuenta a grandes rasgos ideas y conceptos de la corriente humanista valorando al paciente como un todo influido por su entorno y circunstancias cercanas, se han estudiado sus necesidades para desarrollar su potencial mucho mejor y se ha trabajado la aceptación incondicional de uno mismo.

En cuanto a las cuestiones futuras, sería interesante generar una guía de práctica clínica que abordase todas aquellas baterías, cuestionarios y tests eficaces para una buena evaluación y diagnóstico de las altas capacidades. Por otro lado, incluir todas aquellas técnicas, herramientas y materiales que realmente hayan sido efectivos en el manejo de las problemáticas

derivadas de las AA.CC. Resulta oportuno también hacer llegar a las aulas pautas y recomendaciones sobre el tema, y sobre todo concienciar de la importancia de su compromiso con el trabajo en equipo de ambos tipos de profesionales buscando siempre el bienestar del menor.

En conclusión, el trabajo aquí presentado brinda de una manera muy sencilla y concreta una primera visión sobre el concepto actual de las altas capacidades intelectuales y sus principales características. Aporta una línea de evaluación e intervención a seguir en casos similares, bastante detallada sesión por sesión, con herramientas y técnicas que se han mostrado útiles para el trabajo en población infantil. Para terminar, servirá como material de divulgación y concienciación para futuros profesiones de la psicología y la educación que quieran adentrarse en el mundo de las altas capacidades intelectuales.

Referencias bibliográficas

- Algaba Mesa, A., & Fernández Marcos, T. (2021). Características socioemocionales en población infanto-juvenil con altas capacidades: Una revisión sistemática. *Revista De Psicología y Educación*. <https://doi.org/10.23923/rpye2021.01.202>
- Arribas, D. y Corral, S. (2011). BAS-II. Escalas de aptitudes intelectuales. Madrid: TEA Ediciones.
- Artiles, C. (2022). El niño y la niña con altas capacidades intelectuales. *Pediatría Integral*.
- Artiles, C. y Jiménez, J. (Coords.) (2005). Volumen II. Procedimientos e instrumentos para la detección e identificación del alumnado con Altas Capacidades Intelectuales. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Bar-On, R. (2007). The impact of emotional intelligence on giftedness. *Gifted Education International*, 23(2), 122-137. <https://doi.org/10.1177/026142940702300203>
- Berché, J. (2003). *Guía para padres de niños superdotados*. Barcelona: Credeyta.
- Christopher, M. M., & Shewmaker, J. (2010). How does perfectionism relate to gifted and high-ability learners?. *Gifted Child Today*, 33(3), 21-30. <https://doi.org/10.1177/107621751003300307>
- Covarrubias, P. (2018). Del concepto de aptitudes sobresalientes al de altas capacidades y el talento. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 9(17), 53-67.
- Dąbrowski, K. (1966). The theory of positive disintegration. *International Journal of Psychiatry*, 2(2), 229-249.
- Equipo de CientoYMucho. (s.f). *Ayuda psicológica para adultos con altas capacidades*. <https://cientoymucho.com/psicoterapia-altas-capacidades-intelectuales-adultos/>

- 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 técnico. Madrid: TEA Ediciones.
- Fonseca, C. (2015). *Emotional intensity in gifted students: Helping kids cope with explosive feelings*. Sourcebooks, Inc.
- Gadner, H. (1995). *Inteligencias múltiples*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Gagne, F. (1991). Toward a differentiated model of giftedness and talent. En: Colangelo N, Davis GA, eds. *Handbook of gifted education*. (pp. 65-80).
- Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, M. T., & Mir, V. (2010). Altas capacidades en niños y niñas: Detección, identificación e integración en la escuela y en la familia. *Narcea ediciones*, Vol. 188.
- Guignard, J. H., & Zenasni, F. F. (2004). Les caractéristiques émotionnelles des enfants à haut potentiel. *Psychologie Française*, 49(3), 305-319.
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2004.07.001>
- Korkman, M., Kirk, U., and Kemp, S. (2014). NEPSY-II. Madrid: Pearson.
- Lamont, R. T. (2012). The fears and anxieties of gifted learners: Tips for parents and educators. *Gifted Child Today*, 35(4), 271–276.
<https://doi.org/10.1177/1076217512455479>
- Lebihain, L., & Tordjman, S. (2005). L'enfant surdoué dans tous ses états: de la symptomatologie à une prise en charge adaptée. En S. Tordjman (Ed.), *Enfants surdoués en difficulté. De l'identification à une prise en charge adaptée* (pp. 111-144). Rennes, Francia: Presses Universitaires de Rennes.

- McDowell (1984). Coping with social and emotional factors through various strategies: Help for the gifted student. *The Creative Child and Adult Quarterly*, 9(1), 18-27.
- Mönks, F. J. (1992). Development of gifted children: The issue of identification and programming. In F. J. Mönks & W. A. M. Peters (Eds.), *Talent for the future* (pp. 191–202). *Proceedings of the Ninth World Conference on Gifted and Talented Children*. Assen, The Netherlands: Van Gorcum.
- Mönks, F. J., and Mason, E. J. (2000). “Developmental psychology and giftedness: Theories and research,” in K. A. Heller, F. J. Mönks, R. J. Sternberg, and R. F. (Eds.), *International Handbook of Giftedness and Talent* (pp.141–157.)
- Murdock-Smith, J. (2013). Understanding the social and emotional needs of gifted children. *Rivier Academic Journal*, 9(2), 1.
- Peterson, J. S. (2009). Gifted and talented individuals do not have unique social and emotional needs. *Gifted Child Quarterly*, 53(4), 280-282.
- Renzulli, J. S. (1978). What makes giftedness? Reexamining a definition. *Phi Delta Kappan*, 60(3), 180.
- Revol, O., Louis, J., & Fournieret, P. (2004). L’enfant précoce: Signes particuliers. *Neuropsychiatrie de L’enfance et de L’adolescence*, 52, 148–53.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2003.10.004>
- Robert, G., Kermarrec, S., Guignard, J. H., & Tordjman, S. (2010). Alert symptoms and related disorders in gifted children. *Archives de pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie*, 17(9), 1363-1367.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.05.019>

Sabater, V. (1 de Febrero de 2022). *¿Cómo se detectan las altas capacidad intelectuales?*.

Lamenteesmaravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/como-se-detectan-las-altas-capacidades-intelectuales/>

Sternberg RJ. (1997) *Inteligencia exitosa. Como una inteligencia practica y creativa determina el éxito en la vida*. Paidós.

Tannenbaum, A. J. 1997. "The meaning and making of giftedness". In *Handbook of gifted education*, , 2nd ed., Edited by: Colangelo, N. and Davis, G. A. 27–42. Boston: Allyn & Bacon.

Tucker, B., & Haferstein, N. L. (1997). Psychological intensities in young gifted children. *Gifted Child Quarterly*, 41, 66-75. <https://doi.org/10.1177/001698629704100302>

Anexos

Modelo de consentimiento

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de los datos de participación en las sesiones de psicoterapia del menor. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES

Desde el **DATOS DEL CENTRO** ubicado en **DATOS DEL CENTRO** se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de la participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre los datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos los datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención se desea dejar de participar, rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar los datos con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia de mi hijo/a y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que los datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en que los datos que se deriven de las sesiones de psicoterapia de mi hijo/a sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En, a de de 20....

Firmado:

Don/Dña.:

Material interesante extraído de las sesiones

