

# **Implicación de la Mediación entre Padres y Profesores en la Eficacia de la Intervención Psicológica en la Infancia: a Propósito de un Caso**

## **Role Played by Mediation between Parents and Teachers in the Effectiveness of Child Psychological Intervention: A Case Report**

Aroa Caminero Ruiz

Centro de Psicología Álava Reyes, España

**Resumen.** En este trabajo se describe el importante papel de la colaboración y la mediación entre padres y profesores en la intervención psicológica infantil y los beneficios que se derivan de ella. Para ello, se presenta el caso de un niño de 6 años con TDAH que muestra conductas disruptivas en el ámbito familiar y escolar. La evaluación y tratamiento de elección estuvieron basados en el modelo de terapia cognitivo-conductual, siendo fundamental el entrenamiento a padres y profesores en el control de contingencias y la mediación entre ellos. *Palabras clave:* colaboración familia-escuela, mediación entre padres y profesores, TDAH, conducta disruptiva, entrenamiento a padres y profesores, control de contingencias.

**Abstract.** This study describes the important role of collaboration and mediation between parents and teachers in child psychological intervention and the benefits derived from it. For this matter, the case of a 6 year-old boy with ADHD who displays disruptive behaviors both in the family and school environments is presented. The assessment and treatment were based on cognitive-behavioral therapy, which consisted mainly in training parents and teachers in contingency management and mediation between them.

*Keywords:* family-school collaboration, mediation between parents and teachers, ADHD, disruptive behaviour, training for parents and teachers, contingency management.

Las intervenciones psicológicas en la infancia tienen singularidades y características específicas que las diferencian de las intervenciones con adultos ya que están directamente influidas por el nivel de desarrollo cognitivo de los niños, así como por las características situacionales y contextuales de esta etapa vital. En primer lugar, los niños muestran un menor nivel de desarrollo cognitivo que los adultos, de manera que en

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al Centro de Psicología Álava Reyes. Calle Arturo Soria 329 1º F. 28033, Madrid.  
E-mail: [acaminero@alavareyes.com](mailto:acaminero@alavareyes.com)

muchos casos no son plenamente conscientes de sus dificultades o no consideran que estas dificultades supongan un problema hasta que empiezan a tener consecuencias negativas para ellos (Moreno, 2012). Además, también cuentan con un menor grado de autonomía para demandar ayuda psicológica y suelen ser los adultos, generalmente los padres o los profesores, quienes toman la iniciativa de consultar a los profesionales. En este sentido, en un estudio realizado por el centro de psicología Álava Reyes sobre una muestra muy amplia de población, se encontró que en la mayor parte de los casos suelen ser ambos padres (54,8%) o la madre (30,9%) los que ven la necesidad de buscar ayuda psicológica para los hijos, mientras que en un 6% de los casos venían derivados directamente del colegio (Peralbo et al., 2010). Por otro lado, los niños dependen directamente de los adultos existiendo múltiples factores contextuales, familiares y escolares que escapan a su control y que afectan directamente a la naturaleza y severidad de sus problemas (Moreno, 2012). Sin embargo, estos factores también pueden actuar como variables de buen pronóstico permitiendo una amortiguación y mejoría de sus alteraciones, ya que una de las principales características de la conducta infantil es que los niños se comportan de forma diferente ante distintas personas y ante distintas situaciones. Por todas estas razones, la implicación e intervención de terceras personas (a parte del niño) para que el tratamiento psicológico infantil sea eficaz es imprescindible.

Siguiendo la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979), podemos afirmar que los diferentes ambientes que rodean al niño y la relación entre estos contribuyen a su desarrollo, siendo los dos principales escenarios de desarrollo infantil el contexto familiar y el escolar. En este sentido, en los últimos años diversos estudios han evidenciado que la intervención dirigida a padres es decisiva en el tratamiento de los problemas psicológicos de los hijos surgidos en edades tempranas, especialmente ante los problemas de comportamiento (Robles y Romero, 2011, Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher y Metevia, 2001) que además, como evidencian algunos estudios (Peralbo et al., 2010; Meléndez-Moral y Navarro-Pardo, 2009; Valero y Ruiz, 2003), es el motivo por el que se solicita ayuda psicológica infantil en el mayor porcentaje de los casos. Del mismo modo, se ha encontrado que las intervenciones basadas en la escuela también son eficaces, como ocurre por ejemplo en el caso de los niños con TDAH, sobre los que las modificaciones ambientales llevadas a cabo en el aula o el refuerzo diferencial por parte de los profesores tiene efectos muy beneficiosos (DuPaul y Stoner, 2003). Sin embargo, aunque la mayoría de las intervenciones psicológicas son unisistema (Mautone, Lefler y Power, 2011), es decir, que la intervención se dirige hacia el hogar o la escuela como contextos separados, generalmente no suelen ser suficientes. Esto es así, porque en muchos casos no pueden separarse los problemas que presentan los niños en uno u otro contexto, siendo la intervención que vincula a las familias con la escuela la más eficaz. Así, se ha observado que la coherencia entre el hogar y la escuela y la colaboración entre padres y maestros se asocia con un mejor desarrollo académico, social y emocional de los niños (Kohl, Lengua y McMahon, 2000). Se trata por tanto de que la familia y la escuela trabajen en la misma dirección y de un modo coordinado, acordando y estableciendo soluciones conjuntas a los problemas y alteraciones que presenten los niños y para ello, favorecer la colaboración entre ellos ha de ser un objetivo prioritario en el tratamiento psicológico infantil. Aunque esto sería lo ideal en la teoría, en la práctica no siempre es fácil conseguir que la familia y la escuela mantengan esta relación de colaboración y comunicación ante las dificultades infantiles. Así por ejemplo, en un estudio de Oliva y Palacios (1998), se encontró que la inmensa mayoría de los maestros de educación infantil daban importancia al contacto con los padres para su práctica profesional y que los padres de niños escolarizados en esta etapa creían que su colaboración con la escuela era muy importante. Sin embargo, la realidad encontrada fue que la colaboración entre padres y profesores en esta etapa era escasa y era cada vez más pobre y menos valorada conforme avanzaban los cursos (Sánchez y Romero, 1997; INCE, 2000). Por ello, además de entrenar tanto a padres como a profesores en estrategias psicológicas para que puedan actuar como “coterapeutas” en los distintos escenarios en los que se desarrolla el niño, un papel fundamental del psicólogo en la intervención terapéutica infantil será mediar en la relación familia-escuela para que esta asociación sea una realidad y actúe como variable de buen pronóstico en la intervención terapéutica.

En este sentido, una verdadera colaboración requiere que la familia y la escuela persigan los mismos objetivos y, para ello, es imprescindible establecer una comunicación eficaz entre ambos agentes que deberá estar marcada por una actitud de responsabilidad compartida y complementaria, donde padres y maestros establezcan una vía exenta de tensiones por el papel que cada uno de ellos desempeña y cuyo objetivo sea propor-

cionarse información mutuamente de manera regular con el objetivo de identificar los problemas existentes, analizarlos, implementar la intervención correspondiente y evaluar los resultados (Mautone, Lefler y Power, 2011). Así, es necesario que desde el inicio de la relación se reconozca la competencia y autoridad educativa del otro y que se comprenda y se respete la visión de ambas partes sobre el problema del niño creando un clima de apoyo mutuo. Para lograr esto, el trabajo del psicólogo suele ser imprescindible e incluso, puede ser necesario trabajar previamente con la familia y con la escuela de manera individual antes de las reuniones conjuntas entre ellos, especialmente cuando se tienen ideas preconcebidas y distorsionadas de una o ambas partes sobre la otra, así como cuando hay una discrepancia significativa entre las ideas de uno y otro sobre el problema o las prioridades del niño. En estos casos, el papel del psicólogo será mediar y crear un consenso entre ambas partes, entre otras cosas, llevando a cabo una intervención psicoeducativa tanto con la familia como con la escuela de manera que en ambos contextos se conozcan las verdaderas características, causas y factores de mantenimiento del problema que presente el niño. Del mismo modo, puede ser necesario trabajar con ellos la capacidad de empatía y las estrategias de comunicación asertiva para favorecer la colaboración entre ellos y evitar actitudes negativas o de exigencia. Además, la intervención del psicólogo también será fundamental cuando algunos padres o profesores sean resistentes a la colaboración, casos en los que las estrategias incluidas en la entrevista motivacional pueden ser eficaces (Miller y Rollnick, 2002).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la mediación entre la familia y la escuela en el tratamiento psicológico infantil trata de dotar tanto a la familia como a la escuela de los conocimientos y estrategias psicológicas, así como de las habilidades de comunicación y relación interpersonal necesarias en cada caso, tanto a través de actuaciones separadas como a través de encuentros entre las partes implicadas, con el objetivo de llevar a cabo una intervención coherente y en la misma dirección de trabajo en los dos principales contextos de desarrollo del niño para una mayor eficacia de la intervención terapéutica.

## Presentación del caso

### Identificación del paciente

Raúl (no corresponde a su verdadero nombre) es un niño de 6 años que cursa 1º de Educación Primaria. Vive con sus padres y es hijo único. El nivel sociocultural de la familia es medio y los padres muestran una relación positiva entre ellos, mostrándose como una familia unida.

### Motivo de consulta

Los padres de Raúl acuden a consulta motivados por los problemas de conducta que presenta en casa y en el aula desde hace aproximadamente un año. Estas dificultades interfieren negativamente en la dinámica familiar, ya que les cuesta mucho que obedezca y que acepte los límites y las normas, pero también le está afectando en el rendimiento escolar y en las relaciones interpersonales con sus iguales y con otros adultos.

### Historia del problema

Tras un embarazo sin cuestiones de especial relevancia, el parto de Raúl se produjo de forma natural y a término, pesando 3.500 kilogramos sin complicaciones médicas. El desarrollo psicomotor y lingüístico se desarrolló dentro de los parámetros normales, aunque en la actualidad, le describen como un niño movido y patoso. Los principales hábitos primarios y secundarios también se desarrollaron con normalidad.

Fue escolarizado en una guardería al año de edad, sin ningún problema significativo de adaptación aunque en casa desde muy pequeño ya intentaba salirse siempre con la suya e imponer sus deseos. Al comenzar la Educación Infantil, las profesoras comentaban que en los juegos le gustaba llevar la voz cantante y le costaba un poco

respetar la autoridad. Este año, ha comenzado la Educación Primaria y sus padres refieren que desde el colegio les manifiestan que Raúl muestra una atención muy lábil con dificultades para mantenerse concentrado en el aula y con tendencia a distraerse, dificultades para seguir instrucciones, así como muchos errores por despiste en las tareas escolares y olvidos o pérdidas frecuentes del material escolar. Sin embargo, lo más preocupante es su elevado nivel de impulsividad y de inquietud motora, así como las numerosas conductas disruptivas que presenta en el aula ya que se niega a realizar actividades que le requieren un esfuerzo mental sostenido y le cuesta mucho autorregular su comportamiento tanto hacia los profesores como hacia sus compañeros, lo que está condicionando en gran medida su integración social en el aula y la percepción que los profesores tienen hacia él, afectando también a su rendimiento y calificaciones escolar. Además, Raúl también muestra conductas impulsivas y desafiantes en casa que alteran enormemente la dinámica familiar, al igual que en las actividades extraescolares. Los padres se encontraban tremendamente angustiados por la situación en que estaba su hijo, especialmente porque creían que su hijo ya tenía la etiqueta de “niño problemático”.

## Evaluación

En la primera sesión, se realizó la entrevista clínica a los padres para la valoración inicial en la que ofrecieron la información expuesta en el apartado anterior. Además, también se les pidió que cumplimentaran un cuestionario de evaluación de la conducta en niños y también registros sobre la conducta en casa de Raúl. Tras esta primera sesión y con el consentimiento de los padres, se contactó telefónicamente con su tutora del colegio para obtener más información del contexto escolar y completar la valoración inicial. También se le pidió a la tutora que cumplimentara el cuestionario correspondiente de evaluación de conducta en niños. Con toda la información recogida de manera cualitativa proveniente de sus padres y su profesora y, tras observar los resultados de los cuestionarios (que se ofrecen a continuación), se consideró que en el caso de Raúl era necesario llevar a cabo también una evaluación neuropsicológica, pero no pudo realizarse inicialmente por razones conductuales obvias.

**Información cualitativa aportada por la tutora.** Para conocer de un modo más específico cuáles eran los problemas de Raúl en el aula, se contactó con la tutora telefónicamente. Su tutora informó que no respetaba las normas de la clase ni respetaba su autoridad, de manera que se negaba a trabajar cuando ella se lo pedía. Sólo realizaba en clase aquellas actividades que le apetecían y que no le suponían un esfuerzo cognitivo significativo, de modo que en muchas ocasiones mientras todos los niños hacían una actividad, él se quedaba apartado haciendo otra cosa. Lo mismo ocurría en el momento de la asamblea, ya que cómo Raúl se aburría y no quería permanecer en ella, la abandonaba y, ante la incapacidad de la profesora para mantenerle allí con el resto del grupo, le dejaba que saliese e hiciese otra cosa. Del mismo modo, en las relaciones con sus iguales, se mostraba inflexible, teniendo todos que jugar a lo que él quisiera y hacer lo que él dijera o por el contrario, se enfadaba y actuaba sin pensar, llegando incluso a agredir a algún compañero. En otras ocasiones, directamente prefería jugar solo a tener que ceder ante los demás, y por este motivo, también era incapaz de trabajar en grupo. Su comportamiento era mucho peor en la asignatura de gimnasia, donde la menor estructuración de la clase aumentaba el descontrol del niño que terminaba boicoteando la rutina de todos cuando no se le permitía hacer lo que él demandaba.

**Resultados de los cuestionarios.** En el Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, se utilizó la escala BASC (Reynolds et al., 2004) para padres y se obtuvieron puntuaciones en riesgo en las escalas clínicas relacionadas con la inquietud motora (Hiperactividad T.60), con Problemas de Atención (T.67) y una puntuación significativa en la escala Problemas de Conducta (T.81). En las escalas adaptativas evaluadas se observaba una baja adaptabilidad (T.34) y bajas Habilidades Sociales (T.31). Así, en las dimensiones globales se evidenciaba una tendencia a mostrar conductas poco controladas (Exteriorización de Problemas T.65) y bajas habilidades prosociales, organizativas y de carácter adaptativo (Habilidades Adaptativas T.32). En este mismo cuestionario para la tutora, eran significativas las puntuaciones en las escalas clínicas de Agresividad

(T.73), Problemas de Conducta (T.71) y la puntuación en Hiperactividad se situaba en riesgo (T.60). También era significativa su baja puntuación en Adaptabilidad (T.20) y en las dimensiones globales, la Exteriorización de Problemas (T.71) y sus escasas Habilidades Adaptativas (T.29).

**Resultados de los registros de conducta.** Para obtener información de la conducta del niño en el contexto familiar, se realizaron Registros de Conducta. Se entrenó a los padres para que registraran las conductas disruptivas de Raúl y las consecuencias que recibía por su parte. Asimismo, también debían anotar las situaciones antecedentes. El análisis de los registros indicaba que las situaciones que generaban las conductas disruptivas de Raúl estaban relacionadas con su baja tolerancia a la frustración y su bajo autocontrol, ya que Raúl presentaba fuertes estallidos emocionales cada vez que no quería hacer algo (como por ejemplo hacer los deberes), cuando no le permitían hacer algo (como ver la televisión todo el tiempo que él demandaba) o cuando tenía que esperar (por ejemplo, mientras su madre hablaba por teléfono). Los comportamientos del niño eran sistemáticos y similares en todas las situaciones, desafiando y desobedeciendo activamente a sus padres, aumentando cada vez más la gravedad de sus conductas, llegando incluso a agredir verbalmente a su madre. Las consecuencias o respuestas de los padres variaban según el estado emocional de los mismos, ya que por un lado le prestaban atención continuada durante todos estos episodios (refuerzo positivo) entrando en una guerra dialéctica de amenazas a las que Raúl respondía estallando aún más para probar a sus padres (ya que además, en numerosas ocasiones no cumplían sus amenazas lo que mermaba cada vez más su credibilidad y autoridad) y en otros momentos de mayor agotamiento físico y psicológico de los padres, mostraban un fuerte enfado acompañado de un estado de nerviosismo que terminaba en improperios o incluso en algún tortazo hacia el niño, aumentando la rabia de Raúl y provocando que finalmente sus padres le dejaran hacer lo que quisiera para evitar más confrontación.

## Análisis funcional

En el análisis funcional de la conducta se valoró que las respuestas parentales de atención ante los problemas de conducta de Raúl reforzaban involuntariamente los estallidos emocionales y los desafíos de Raúl, más aún cuando no eran sistemáticas ni coherentes, ya que el niño sabía que no existían unas consecuencias claras y sólo era cuestión de aumentar la intensidad de sus conductas disruptivas para conseguir lo que quería. La dinámica familiar se había convertido en un círculo vicioso en el que prácticamente, toda la atención que le brindaban era para regañarle o recriminarle sus comportamientos negativos, aumentando la probabilidad de aparición de estas conductas por reforzamiento positivo. Además, en muchas ocasiones le permitían este tipo de conductas para evitar más enfrentamientos. Esto mismo, ocurría también en el colegio, donde sus conductas desafiantes estaban muy reforzadas positivamente por los profesores, que le permitían hacer en clase lo que quisiese con tal de evitar el conflicto, por lo que Raúl no llegaba a interiorizar la necesidad de cumplir con las normas y de aprender a tolerar la frustración.

## Tratamiento

La intervención inicial para modificar y reducir la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas y desafiantes de Raúl se llevó a cabo con una terapia cognitivo-conductual, fundamentalmente basada en el entrenamiento a padres y profesores con técnicas operantes y manejo de contingencias, de modo que tanto los padres como los profesores (con la tutora como principal representante), actuarían de un modo conjunto, sistemático y coherente como coterapeutas en la intervención con el niño. El tratamiento tuvo una duración de seis meses y se aplicó en sesiones de una hora con los padres en nuestro centro con una frecuencia semanal de una sesión y contacto telefónico con la tutora siempre que fue necesario, sin una frecuencia fija.

## Objetivos

- Explicación del análisis funcional tanto a los padres como a la tutora.
- Proporcionar normas de conductas adecuadas en casa y en el colegio.
- Promover la colaboración estrecha entre los padres y profesores para actuar en ambos contextos en la misma dirección y con las mismas pautas.
- Favorecer una comunicación asertiva y eficaz entre los padres y el colegio.
- Entrenamiento a los padres y profesores en el refuerzo discriminativo de las conductas positivas y en la extinción de los comportamientos inadecuados.
- Enseñar al niño técnicas de modelado de conductas apropiadas, técnicas de resolución de problemas y habilidades de afrontamiento ante experiencias frustrantes.
- Realizar una evaluación neuropsicológica para confirmar o descartar un posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

## Intervención con los padres

Dada la conducta tan disruptiva del niño y que los padres inicialmente estaban muy dudosos con respecto al grado de implicación que mostraría el colegio en el caso de Raúl (estaban convencidos de que ya estaba “etiquetado” como un niño problemático y que sería difícil que cambiaran su percepción sobre él), se decidió empezar a trabajar con los padres. Para ello, se utilizó como base el programa desarrollado por Barkley (2013) para entrenarles en el manejo de problemas de conducta infantiles. Así, en la segunda sesión con los padres tras haber realizado la evaluación del caso, se les informó sobre las características, causas de origen y de mantenimiento del problema y sobre las repercusiones negativas de los problemas de conducta de Raúl. En general, se les explicó que los problemas que su hijo presentaba no se debían a una sola causa sino a la interacción de diferentes factores genéticos, psicológicos y sociales. Por un lado, el niño siempre había mostrado un carácter difícil desde muy pequeño y las conductas negativas podían ser el reflejo de factores temperamentales, así como de su elevada impulsividad y bajo autocontrol emocional (especialmente por su falta de estrategias para tolerar la frustración). Por otro lado, se les expuso que los comportamientos problemáticos del niño se estaban manteniendo en el tiempo en el ámbito familiar por las consecuencias que estaba obteniendo por parte de sus padres. Estas consecuencias eran las respuestas, comportamientos y actitudes que los padres emitían sin el ánimo de que provocaran este efecto, ya que el comportamiento de los padres actúa como determinante en el comportamiento de los hijos (García y García, 2010) y en este caso, los estallidos y conductas desafiantes de Raúl estaban siendo reforzadas con mucha atención por su parte y por el hecho de que bastaba con aumentar la intensidad de sus conductas disruptivas para conseguir hacer lo que quería. Así, se estaba cumpliendo la Teoría de la Coerción (Patterson et al., 1975; Patterson, 1977; Patterson, 1979) que explica que cuando el adulto cede ante las exigencias del niño con el objetivo de eliminar el problema, se produce la llamada “trampa de reforzamiento” aumentando la probabilidad de que la conducta del niño se repita en el futuro. Se les explicó que otro de los motivos que estaban manteniendo el problema era que no ponían normas y límites claros (Méndez, Espada y Orgilés, 2007). Una vez lo hubieron entendido, se les propuso una intervención que consistiría en entrenarles en estrategias operantes con el objetivo de que aprendieran a cambiar la forma en que aplicaban consecuencias e interaccionaban con su hijo para que, de este modo, Raúl también modificara su conducta.

Teniendo en cuenta las variables que estaban manteniendo el problema, en primer lugar fue necesario hacerles reflexionar sobre la necesidad de ponerle límites al niño para que tuviese claro cómo debía comportarse en cada situación. Para ello, las normas debían ser claras, cortas, específicas, comprensibles y razonables (Larroy, 2007) y debían aplicarlas mostrándose firmes y consistentes. En las siguientes seis sesiones, se les entrenó en la utilización de estrategias de modificación de conducta, especialmente en el refuerzo positivo de conductas adecuadas y la extinción de conductas inadecuadas. También se les entrenó en otras técnicas operantes como el tiempo fuera, el coste de respuesta y la economía de puntos, ya que el entrenamiento a padres en este tipo de

estrategias, ha resultado ser el tratamiento más eficaz en el caso de niños con problemas de obediencia (Froján, Calero y Montaña, 2006).

**Control de evolución.** A partir de la segunda semana y tras poner en marcha las normas en casa y las técnicas de modificación de conducta, ya empezó a observarse una disminución de la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas de Raúl en casa, debido a que sus padres le cortaban y le mandaban al baño cuando no obedecía o cuando mostraba la mínima falta de respeto o indicios de pataletas (aunque al principio tenían que cogerle por el brazo y llevarle ellos mismos con firmeza). De este modo, al cortarles antes, la intensidad de las situaciones no daba lugar a que la rabieta de Raúl fuese insostenible y sus padres no llegaban a desesperarse, pudiendo mantener más eficazmente la calma y la firmeza necesaria. El uso continuo de los registros permitió que los padres aprendieran a usar adecuadamente el refuerzo y la extinción, así como las distintas pautas y estrategias que se les iban dando durante las distintas sesiones y les sirvió para comprender que determinados comportamientos de Raúl estaban relacionados con sus reacciones, observando también que el cambio en su forma de actuar favorecía la aparición de conductas más ajustadas en el niño. Sin embargo, las conductas problema se seguían manteniendo en mayor proporción a la hora de los deberes, ya que le costaba mucho mantenerse atento y concentrado en las tareas.

### Intervención con la tutora y el colegio

Una vez que la conducta de Raúl en casa se hubo estabilizado y que los padres habían fortalecido su autoridad sobre el niño, se planteó la necesidad de trabajar también en el colegio siguiendo una misma línea de intervención, para lo que la colaboración entre padres y profesores iba a ser imprescindible. Para favorecer esta relación de colaboración mutua, se trabajó primero con los padres para debatir su creencia sobre la “eti-quetación” de Raúl en el colegio y para ponerse en el lugar del profesorado, recordándoles las dificultades que ellos también tenían con él en casa y ayudándoles a reconocer que el comportamiento que el niño exhibía en clase podía dar lugar a un elevado nivel de estrés para el profesorado, a pesar de lo cual, desde el colegio habían hecho muchos esfuerzos (aunque sin mucho éxito) por trabajar en clase con Raúl. Por otro lado, tras siete semanas de intervención con los padres, también se preparó a la tutora para su colaboración posterior con los mismos, describiéndole cómo la familia estaba participando activamente en el tratamiento y cómo ellos mismos también reconocían lo difícil que era trabajar con el niño. Al igual que en el caso de los padres, se le explicó a la tutora cuáles eran las variables que estaban manteniendo los problemas de conducta en el aula y le insinuamos la importancia que podría tener su colaboración en la intervención de Raúl ya que además, sería una de las personas que más beneficiaría el cambio de conducta del niño. En ese momento, la tutora reconoció haber probado diferentes estrategias sin resultado, mostrándose muy desbordada con el caso por lo que determinamos con ella (sin presionarla) el grado de implicación que estaba dispuesta a asumir. En un primer momento, se decidió llevar a cabo un informe diario de conducta (ya que requiere muy poco tiempo y recursos en su implementación) de modo que la propia tutora tendría que cumplimentarlo todos los días y se lo entregaría a la madre de Raúl para que el niño recibiese en casa las consecuencias oportunas. Además, se le fue enseñando a reforzar positivamente al niño en el aula y a extinguir las conductas inadecuadas, aplicando también el tiempo fuera cuando fuese necesario y factible en el aula.

**Control de evolución.** En el colegio, el comportamiento de Raúl mejoró tras la implementación de las pautas con la tutora, pero no se produjeron cambios tan visibles como en casa. Disminuyeron algunas conductas problema y en general, Raúl obedecía más pero seguía costándole mucho mantenerse concentrado en las tareas escolares y finalizarlas, así como seguir las normas en la clase de gimnasia debido a sus dificultades atencionales y a su elevada hiperactividad motora que le afectaban de un modo más negativo en este contexto. Esto podía deberse a que en el colegio las demandas cognitivas son más exigentes y el tiempo dedicado a realizar un esfuerzo mental sostenido y a permanecer quieto es mayor que en el ámbito familiar, dando lugar a un mayor abanico de situaciones frustrantes que el niño no era capaz de controlar.

## Evaluación neuropsicológica

Dado que la descripción de la sintomatología desatenta, impulsiva e hiperactiva problemática de Raúl en la historia clínica podía ser compatible con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de tipo combinado (American Psychiatric Association, 2000) y que esta problemática seguía interfiriendo de manera significativa en su rendimiento y actuación escolar (a pesar de que su conducta estaba algo más estabilizada), se comentó tanto a sus padres como a su tutora la conveniencia de realizar una evaluación neuropsicológica que se llevó a cabo en la décima semana de intervención mediante las siguientes pruebas: WISC-IV, Escala de inteligencia para niños IV (Weschler, 2005); CPT-II, Conners Continuos Performance Test II (Conners, 2004); CSAT, Tarea de atención sostenida en la infancia (Servera y Llabrés, 2004); Caras-R, Test de Percepción de diferencias Revisado (Thurstone y Yela, 2012), EMAV, Escala Magallanes de Atención Visual (García y Magaz, 2011); ENFEN, Evaluación Neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños (Portellano, Martínez y Zumárraga, 2009) y MFF-20, Test de Emparejamiento de figuras conocidas (Cairns y Cammock, 2005).

Además de la compatibilidad de la sintomatología clínica descrita tanto por los padres como por la tutora en la historia clínica, los resultados de las pruebas neuropsicológicas también fueron compatibles con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de tipo combinado (TDAH): capacidad intelectual media-alta representada en un perfil cognitivo heterogéneo en forma de Z caracterizado por la predominancia del razonamiento verbal y no verbal sobre las capacidades instrumentales (Fernández-Jaén, Martín Fernández-Mayoralas, Fernández-Perrone y Pardos-Veglia, 2012; Fernández-Jaén, Martín Fernández-Mayoralas, Fernández-Perrone, 2013); falta de persistencia y dificultades importantes para mantener la atención en las tareas, tendiendo a la dispersión y distracción con fallo en la atención sostenida (Barkley, 2006; Capdevila-Brophy y Artigas-Pallarés, 2006); baja latencia de respuesta y errores en las tareas por falta de reflexividad (Barkley, 2006; Capdevila-Brophy y Artigas-Pallarés, 2006); errores por no seguir instrucciones, pobre inhibición de respuestas dominantes y bajo rendimiento en tareas que requieren planificar y organizar la conducta para dar una solución, así como baja flexibilidad de conducta (Capdevila-Brophy y Artigas-Pallarés, 2006; Romero-Ayuso, 2006); descuidado y con tendencia a abandonar las tareas (Diamond, 2005).

**Intervención tras la evaluación.** Tras el análisis de los resultados de las pruebas, en la undécima consulta, se llevó a cabo una sesión psicoeducativa sobre el trastorno (tanto con los padres en el centro como con la tutora por teléfono) para explicarles las características cognitivas, afectivo-emocionales y motoras del diagnóstico, así como para informarles sobre las pautas recomendadas a seguir para trabajar a nivel escolar con él tanto en casa como en el aula. Aunque ya conocían y aplicaban las técnicas de modificación de conducta, fue necesario entrenarles durante las siguientes 5 sesiones en técnicas autoinstruccionales y en las acomodaciones educativas oportunas para favorecer el rendimiento escolar del niño. En este punto, fue imprescindible que los padres de Raúl y su tutora mantuviesen una comunicación regular para informarse sobre la puesta en marcha y la eficacia de las adaptaciones educativas en ambos contextos, así como de los avances o de las áreas de comportamiento donde debía centrarse el apoyo y para avisar ante cualquier incidencia (no lleva hechos los deberes, se ha negado a trabajar en clase...) con la mayor brevedad posible, para establecer las contingencias oportunas. Así, la tutora y la madre de Raúl tenían breves encuentros a la salida del colegio cuando se entregaban los informes diarios y comentaban los principales incidentes ocurridos en el aula, así como las consecuencias que había tenido su comportamiento en clase y cuáles debía tener esa tarde en casa. Aunque la respuesta de la tutora en el aula fue de gran implicación, hubo que seguir manteniendo la mediación entre ellos, ya que los padres en alguna ocasión mostraban cierta actitud de exigencia con respecto a la tutora y a las pautas acordadas, por lo que fue necesario entrenarles en estrategias de comunicación asertiva y seguir trabajando con ellos la capacidad de empatía para mantener el clima de colaboración y apoyo con el centro escolar. Además de todo lo anterior, también se consideró oportuno derivar al servicio de neuropediatría para una valoración médica complementaria, ya que los tratamientos más efectivos para el TDAH incluyen además de las estrategias conductuales y psicopedagógicas implementadas en el hogar y en la escuela, la medicación psicoestimulante (Barkley, 2006). La prescripción del neuropediatra en el caso de Raúl fue seguir un tratamiento farmacológico con metilfenidato.



## Intervención con el niño

Durante las siguientes 8 sesiones siguientes, también se trabajaron en consulta con el niño los siguientes aspectos: entrenamiento en autocontrol mediante autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977), con el objetivo de facilitar el afrontamiento de tareas escolares o situaciones frustrantes mediante la modificación del diálogo interno; entrenamiento en relajación (respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson adaptada a niños) y entrenamiento en resolución de problemas, practicando mediante role-playing las respuestas que debía mostrar ante situaciones complicadas que se presentasen en casa o en el aula. Dada la corta edad de Raúl, fue necesario que tanto sus padres como su tutora conociesen de primera mano estas técnicas, de modo que pudiesen recordárselas y pedirle que las aplicara en los momentos oportunos, utilizando para ello las pautas de modificación de conducta ya trabajadas con el objetivo de que el niño obtuviese un reforzamiento positivo cuando aplicase las técnicas aprendidas y tuviese consecuencias negativas cuando presentase estallidos emocionales y no se esforzara por controlarlos. Para ello, se llevó a cabo un trabajo coordinado tanto con los padres como con los profesores para que su actuación en ambos contextos fuese coherente y sistemática y esto generase en el niño la necesidad de cambio, es decir, la necesidad de controlar su conducta y su frustración mediante las técnicas psicológicas que se le enseñaron en consulta.

## Resultados tras la intervención conjunta

Tras trabajar con los padres mediante técnicas de modificación de conducta en una primera fase de la intervención con Raúl, su conducta mejoró en casa. Los padres reconocieron que con las orientaciones y las pautas la frecuencia e intensidad de los estallidos emocionales y de las conductas disruptivas habían disminuido. En el aula, con las pautas dadas a la tutora, la obediencia de Raúl había mejorado ligeramente pero seguía mostrando conductas inadecuadas, especialmente en la clase de gimnasia. Por ello, fue necesario realizar un verdadero trabajo conjunto entre los padres y el colegio para poder observar una disminución significativa en la intensidad y frecuencia de las conductas desafiantes y oposicionistas (como reflejaron los registros de conducta de los padres y los informes diarios de conducta de la tutora). Este trabajo conjunto consistió en la aplicación coherente y sistemática de las pautas de modificación de conducta en ambos contextos, así como en el conocimiento y entendimiento del diagnóstico y la puesta en marcha de las adaptaciones escolares oportunas (tanto en el aula como en casa durante el tiempo de realización de deberes). Todo esto se acompañó de otras técnicas psicológicas que se enseñaron al niño (y cuya aplicación era supervisada tanto por los padres como por la tutora) y de un apoyo farmacológico.

A los seis meses del tratamiento, se realizó una reevaluación con la escala BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004) para establecer una nueva línea base, encontrándose una mejoría con respecto a la evaluación inicial en las escalas problemas de conducta (T.58), adaptabilidad (T.42) y exteriorización de problemas (T.58) en el informe de los padres y en las escalas agresividad (T. 61), problemas de conducta (T.59) y exteriorización de problemas (T.57) en el cuestionario de la tutora. Estos resultados eran coherentes y correspondían a lo encontrado en los registros de conducta de los padres y los informes diarios del colegio.

## Discusión

Diversas investigaciones (Soutullo, 2004; González-Acosta, 2008; Sherman, Rasmussen y Baydala, 2008; Fundación CADAH, 2009) señalan que el principio general de actuación con niños con TDAH es que la familia y la escuela acuerden y establezcan soluciones conjuntamente. Sin embargo, dadas las características de la infancia, este principio podría extrapolarse a la mayor parte de los tratamientos psicológicos con niños (no sólo en casos de TDAH), en los cuales es imprescindible la participación de varios agentes para implementar la intervención y observar unos resultados positivos. El caso de Raúl ilustra la importante implicación que tiene esta colaboración familia-escuela para que la intervención psicológica sea lo más eficaz posible en la práctica

clínica diaria y, aunque actualmente su caso se encuentra en seguimiento (todavía se mantiene una consulta quincenal con los padres y un seguimiento mensual telefónico con la tutora), se espera encontrar que los beneficios derivados del trabajo conjunto entre la familia y la escuela se mantengan a largo plazo, si nos basamos para ello en algunas hipótesis que sería muy interesante comprobar en futuras investigaciones. La primera de ellas es que una vez establecida y bien construida la relación de colaboración entre ambos contextos, es más probable que se perpetúe en el tiempo (incluso en años o cursos posteriores) al sentar precedente y haberse obtenido unos beneficios objetivos de dicha relación. Esta mayor perdurabilidad de la relación permitiría una prevención de recaídas y hace al mismo tiempo más probable, la existencia de actuaciones adecuadas para otras dificultades que puedan surgir más adelante. Además, también permitiría el desarrollo de un estilo de crianza más adecuado caracterizado por la satisfacción tanto de los educadores como de los padres, cada uno de ellos en su rol. Por ello, dados los buenos resultados terapéuticos encontrados a corto y medio plazo (y posiblemente también a largo plazo) derivados de este tipo de colaboración entre la familia y la escuela, es fundamental que los psicólogos infantiles nos formulemos la mediación entre estos dos agentes de cambio como un objetivo terapéutico prioritario ya que, además, en la mayoría de los casos este tipo de relación no se establece de manera espontánea. Así, nuestro papel en la intervención psicológica infantil debe ser activo y diversificado, debiendo orientar nuestra actuación profesional en una doble dirección: hacia el niño que presenta las alteraciones y por supuesto, hacia los adultos responsables de su desarrollo para que éstos actúen como coterapeutas en los distintos escenarios de desarrollo y como un equipo cohesionado hacia la consecución de los mismos objetivos terapéuticos, mientras ejercemos como mediadores para garantizar la eficacia de nuestra intervención.

### Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4<sup>th</sup> Edition). Text Revision. Washington: Autor.
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. y Metevia, L. 2001. The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 926-941.
- Barkley R.A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R.A (2013). *Defiant Children: A clinician's Manual for Assessment and Parent Training* (3<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Brofenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Madrid: Paidós.
- Cairns, E.D. y Cammock, J. (2005). *Test de emparejamiento de figuras conocidas- 20 (MFF-20)*. Madrid: TEA.
- Capdevila-Brophy, C. y Artigas-Pallarés, J. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿Síntomas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad predominantemente inatento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología*, 42 (Supl.2), 127-134.
- Conners, C.K. (2004). *Conners' continuous performance test (CPT II): version 5 for Windows: technical guide and software manual*. New York: MHS.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology*, 17, 807-825.
- DuPaul, G. J. y Stoner, G. (2003). *TDAH en las escuelas: Estrategias de evaluación e intervención*, (2<sup>a</sup> ed.) Nueva York: Guilford Press.
- Fernández-Jaén, A., Martín Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A.L. y Pardos-Veglia, A. (2012). Habilidades sociales y de liderazgo en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: relación con las capacidades cognitivo-atencionales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (3), 136-146.
- Fernández-Jaén, A., Martín Fernández-Mayoralas, D., y Fernández-Perrone, A.L. (2013). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: del tipo inatento al tipo restrictivo. *Revista de Neurología*, 56 (Supl1), 77-84.

- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2006). Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia. En F. X. Méndez, J. P. Espada, y M. Orgilés (Eds.), *Terapia Psicológica con Niños y Adolescentes* (pp. 343-364). Madrid: Pirámide.
- Fundación CADAH (2009). *TDAH en el aula. Guía para docentes*. Santander: Autor.
- García, F. y García, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 365-384.
- García, E.M. y Magaz, Á. (2011). *EMAV: Escalas Magallanes de atención visual*. Cruces-Barakaldo: Grupo Albor-Cohs.
- González-Acosta, E. (2008). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- INCE (2000). *Sistema estatal de indicadores de la educación*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Kohl, G., Lengua, L. y McMahon, R. (2000). Parent Involvement in School Conceptualizing Multiple Dimensions and Their Relations with Family and Demographic Risk Factors. *Journal of School Psychology*, 38, 501-523.
- Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados*. Madrid: Pirámide.
- Mautone, J., Lefler, E. y Power, T. (2011). Promoting Family and School Success for Children With ADHD: Strengthening Relationships While Building Skills. *Theory into Practice*, 50, 43-51.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behaviour modification*. New York: Plenum Press
- Meléndez-Moral, J. y Navarro-Pardo, E. (2009). Desarrollo infantil y adolescentes trastornos psicológicos más frecuentes. *Interpsiquis. 10º congreso virtual de psiquiatría. Psiquiatría.com*.
- Méndez, F.X, Espada, J.P. y Orgilés, M. (2007) (eds.). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Miller, W.R y Rollnick, S. 2002. *Entrevista motivacional: Preparar personas para el cambio*, 2ª ed. Nueva York: Guilford.
- Moreno, I (2012). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En M. I Comeche, y M. A. Vallejo (Eds.), *Manual de conducta en la infancia*. (Vol. 1, pp. 27-37). Madrid: Dykinson.
- Oliva, A. y Palacios, J. (1998). Familia y escuela: Padres y profesores. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 333-350). Madrid: Alianza Editorial.
- Patterson, G., Reid, J., Jones, R. y Conger, R. (1975). *A social learning approach to family intervention*. Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Patterson, G. (1977). Accelerating stimuli of two clases of coercive behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 335-350.
- Patterson, G. (1979). *Living with children*. Champaign, IL: Research Press.
- Peralbo, A., Álava, S., Montaña, M., Escribano, E., Reyes, J., Pulido, D. ... Gállegos, E. (2010). *Estudio sobre la actividad terapéutica realizada con niños/as y adolescentes en el Centro de Psicología Álava Reyes*. Madrid: Centro de Psicología Álava Reyes.
- Portellano, J.A., Martínez, R. y Zumárraga, L. (2009). *ENFEN: Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños*. Madrid: TEA.
- Reynolds, C.R., Kamphaus, R.W., González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *BASC: Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes. Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27, 86-101.
- Romero-Ayuso, D. M (2006). Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología*, 42, 265-271.
- Sánchez, A. y Romero, A. (1997). La colaboración escuela-familia: un estudio de campo. *Investigación en la escuela*, 33, 59-66.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2004). *Tarea de atención sostenida en la infancia (CSAT)*. Madrid: TEA.
- Sherman, J., Rasmussen, C. y Baydala, L. (2008). The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A review of the literature. *Educational Research*, 50, 347-360.
- Soutullo, C. (2004). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*.

Madrid: Médica Panamericana.

Thurstone, L.L, Yela, M. (2012). *Caras-R: Test de percepción de diferencias Revisado*. Madrid: TEA.

Valero, L. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.

Wechsler, D. (2005). *WISC-IV: Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV*. Madrid: TEA.

Manuscrito recibido: 30/08/2014

Revisión recibida: 08/10/2014

Manuscrito aceptado: 14/10/2014