



**Departamento de Psicología y Antropología**

**TESIS DOCTORAL**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS  
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON  
HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y FAMILIA**

**Doctoranda: M<sup>a</sup> Isabel Montañez Gómez.**

**Director: Dr. D. Florencio Vicente Castro.**

**BADAJOS 2014**





**Departamento de Psicología y Antropología**

**TESIS DOCTORAL**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS  
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON  
HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y FAMILIA**

Tesis doctoral presentada por Dña. **M<sup>a</sup> Isabel Montañez Gómez**, dirigida por el Dr. D. **Florencio Vicente Castro**, Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura.

Visto Bueno para su defensa.

El Director del trabajo:

Fdo. Dr. Florencio Vicente Castro.

**BADAJOS 2014**





**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**  
Departamento de Psicología y Antropología  
Badajoz

El **Dr. D. Florencio Vicente Castro**, Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura **certifica** que:

La Tesis Doctoral titulada *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia* que ha sido realizada por Dña. **M<sup>a</sup> Isabel Montañez Gómez** reúne las condiciones de calidad, originalidad y rigor científico necesarias para su defensa pública según establece la legislación vigente para aspirar al grado de Doctor en Psicología.

Para que conste, Badajoz, a 15 de Julio de 2014.

El director de la tesis:

Fdo: Dr. Florencio Vicente Castro.



*"He descubierto que tras subir una montaña,  
sólo encontramos más cumbres que escalar"*

(Mandela, 1994)

A mis padres

A mis hermanas

A David

A todas las familias de *IMAGINA*





## AGRADECIMIENTOS

A mi director, el Dr. Florencio Vicente Castro, por ofrecerme la oportunidad de trabajar sobre un tema que me apasiona, por su apoyo en todo momento, su enorme cordialidad, sus excelentes orientaciones y que gracias a él he podido cumplir uno de mis proyectos personales más importantes.

A todos los colegios públicos, concertados y privados de educación primaria de la localidad de Badajoz, en especial a los equipos directivos por su disponibilidad y colaboración, gracias por hacer posible este proyecto.

A los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica 1 y 2 de la localidad de Badajoz, por su participación y ayuda incondicional, gracias a vosotros este camino ha sido más ameno.

De manera especial a todos los padres, madres, niños y niñas que han participado en el programa *IMAGINA* por compartir un pedacito de su vida conmigo y enseñarme lo que no está escrito. Vuestra participación, constancia, compromiso, ilusión, tiempo y paciencia son incalculables, sois la única razón por la que he emprendido este proyecto, siempre os llevaré en mi corazón.

A mis compañeros de investigación de la Universidad de Granada, a la Dra. Díaz-Piedra, a la Dra. Guglielmi, al Dr. Guillén-Riquelme, a la Dra. Hita-Yañez, al Dr. Vallejo, Rai, Gerardo, Alejandro, Diego, Tania, Carlos, Ana y Rafa de los que he aprendido el entusiasmo por este mundo.

Al Dr. Guillén-Riquelme y a Alejandro, por sus valiosas orientaciones cuándo más lo necesitaba.

A mis padres, Nicolás y Rosa, porque gracias a ellos se han hecho realidad todos mis sueños, por animarme cada día, por los valores y enseñanzas que me han transmitido durante mi vida, porque son parte de mí.

A mis hermanas, Nelly, Ángela y Beatriz, por su enorme apoyo, escucharme, animarme y por estar siempre ahí, sin vosotras no hubiera sido lo mismo.

A David, por su paciencia, por confiar en mí y por hacerme sonreír cada día, porque la vida nos pone obstáculos que superamos siempre juntos.

A Carolina, por su valioso tiempo, sus acertados consejos, contar conmigo en sus proyectos, por los momentos difíciles y por compartir. Me alegra que nuestros caminos se volvieran a cruzar.

A Ángel y Conchi, por su apoyo en todo momento.

A todos mis amigos y amigas, por sacarme un poco de la rutina y devolverme a la realidad, escucharme y darme consejos.





## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO</b> .....	9
<b>CAPÍTULO 1: EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INFANCIA</b> .....	11
1.1. El concepto de TDAH.....	11
1.1.1. Breve recorrido histórico y evolución del concepto.....	11
1.1.2. Definición y principales características.....	16
1.2. Etiología del TDAH.....	18
1.2.1. Factores genéticos.....	18
1.2.2. Factores neurobiológicos.....	19
1.2.3. Factores biológicos adquiridos.....	20
1.2.4. Factores psicosociales.....	21
1.3. Modelos teóricos explicativos actuales del TDAH.....	22
1.3.1. Modelos basados en la hipótesis de procesos cognitivos.....	22
1.3.2. Modelos basados en la hipótesis de procesos emocionales.....	23
1.3.3. Modelos basados en la hipótesis de dos o más vías.....	24
1.4. Epidemiología del TDAH.....	25
1.5. Comorbilidad del TDAH con otros trastornos.....	26
1.5.1. Trastornos emocionales.....	26
1.5.2. Trastornos del aprendizaje y de la comunicación.....	27
1.5.3. Trastornos del comportamiento.....	28
1.5.4. Otros trastornos relacionados.....	28
1.6. Evaluación y diagnóstico del TDAH.....	29
1.6.1. Áreas principales de valoración.....	29
1.6.2. Instrumentos de evaluación.....	32
1.6.2.1. Entrevista.....	32
1.6.2.2. Escalas y cuestionarios.....	34
1.6.2.3. Pruebas neuropsicológicas.....	35

1.6.3. Criterios diagnósticos.....	36
1.6.3.1. Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10).....	36
1.6.3.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR y DSM-5).....	38
1.7. Tratamiento del TDAH.....	39
1.7.1. Tratamiento farmacológico.....	40
1.7.2. Tratamiento psicológico.....	42
1.7.3. Tratamiento psicopedagógico.....	44
1.7.4. Tratamiento multimodal.....	45
<b>CAPÍTULO 2: FAMILIA Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....</b>	<b>49</b>
2.1. Contexto familiar y TDAH.....	49
2.1.1. Estilo educativo.....	50
2.1.2. Psicopatología parental.....	57
2.2. Impacto del TDAH en la familia.....	61
2.2.1. Estrés parental.....	62
2.2.2. Funcionamiento familiar y social.....	64
<b>CAPÍTULO 3: INTELIGENCIA EMOCIONAL.....</b>	<b>69</b>
3.1. Inteligencia Emocional.....	69
3.1.1. Breve recorrido histórico del origen del concepto.....	70
3.1.2. Definición de Inteligencia Emocional: emoción e inteligencia.....	72
3.2. Modelos de Inteligencia Emocional.....	78
3.2.1. Modelos de habilidades o capacidades.....	78
3.2.2. Modelos mixtos.....	80
3.3. Evaluación de la Inteligencia Emocional.....	87
3.3.1. Medidas de auto-informe.....	88
3.3.2. Medidas de habilidad o ejecución.....	90

3.4. Salud mental e Inteligencia Emocional.....	93
3.4.1. Inteligencia Emocional y estrés, depresión y ansiedad.....	94
3.4.2. Inteligencia Emocional y bienestar personal.....	100
3.5. La educación de la Inteligencia Emocional.....	103
3.5.1. Programas para desarrollar la Inteligencia Emocional.....	103
3.5.2. Desarrollo la Inteligencia Emocional en la familia.....	108

**CAPÍTULO 4: DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL INFANTIL Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....** 111

4.1. Desarrollo socioemocional durante la infancia.....	112
4.1.1. Principales características del desarrollo social.....	112
4.1.2. Principales características del desarrollo emocional.....	115
4.2. Dificultades socioemocionales del niño con TDAH.....	117
4.2.1. Principales dificultades sociales.....	117
4.2.2. Principales dificultades emocionales.....	120

**SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO.....** 125

**CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....** 127

5.1. Justificación del estudio.....	127
5.2. Objetivos de la investigación.....	129
5.3 Hipótesis del estudio.....	130

**CAPÍTULO 6: MÉTODO.....** 137

6.1. Diseño de la investigación.....	137
6.2. Participantes del estudio.....	139
6.3. Instrumentos del estudio.....	147
6.3.1. Instrumentos aplicados a los padres.....	147
6.3.2. Instrumentos aplicados a los niños.....	157
6.4. Procedimiento de la investigación.....	162

6.5. Análisis de datos del estudio.....	168
---	-----

**CAPÍTULO 7: DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PAUTAS EDUCATIVAS PARA FAMILIAS CON HIJOS CON TDAH.....**171

7.1. Fundamentación del programa.....	172
---------------------------------------	-----

7.2. Contexto y destinatarios del programa.....	174
---	-----

7.3. Objetivos, temporización, contenidos y actividades del programa.....	178
---	-----

7.4. Metodología, recursos y evaluación del programa.....	184
---	-----

7.5. Programas de intervención.....	187
-------------------------------------	-----

7.5.1. Programa de intervención para padres.....	188
--	-----

7.5.2. Programa de intervención para niños.....	209
---	-----

**CAPÍTULO 8: RESULTADOS.....**243

8.1. Efectos de la intervención en los padres.....	243
--	-----

8.1.1. Factores individuales en los padres.....	243
---	-----

8.1.1.1 Efectos de la intervención sobre la inteligencia emocional.....	244
---	-----

8.1.1.2. Efectos de la intervención sobre el bienestar psicológico.....	247
---	-----

8.1.1.3. Efectos de la intervención sobre habilidades sociales.....	249
---	-----

8.1.1.4. Efectos de la intervención sobre ansiedad.....	251
---	-----

8.1.1.5. Efectos de la intervención sobre depresión.....	253
--	-----

8.1.1.6. Efectos de la intervención sobre autoestima.....	255
---	-----

8.1.1.7. Efectos de la intervención sobre satisfacción familiar.....	257
--	-----

8.1.2. Factores relacionados con los hijos.....	258
---	-----

8.1.2.1. Efectos de la intervención sobre estilo educativo.....	259
---	-----

8.1.2.2. Efectos de la intervención sobre los problemas emocionales y conductuales de sus hijos.....	262
--	-----

8.1.2.3. Efectos de la intervención sobre síntomas de déficit de atención, hiperactividad y trastornos de conducta de sus hijos.....	267
--	-----



8.2. Efectos de la intervención en niños.....	271
8.2.1. Factores individuales en los niños.....	272
8.2.1.1. Efectos de la intervención sobre inteligencia emocional.....	272
8.2.1.2. Efectos de la intervención sobre la ansiedad.....	276
8.2.1.3. Efectos de la intervención sobre la depresión.....	278
8.2.1.4. Efectos de la intervención sobre la autoestima.....	279
8.2.1.5. Efectos de la intervención sobre la adaptación personal, social, escolar y familiar.....	281
8.2.2. Factores relacionados con los padres.....	286
8.2.2.1. Estilo educativo de los padres.....	287
8.3. Comparación de variables socio-emocionales según el sexo de los participantes.....	290
8.4. Resultados de la evaluación continua del programa.....	294
<b>CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN.....</b>	<b>305</b>
<b>CAPÍTULO 10: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>317</b>
10.1. Conclusiones del estudio.....	317
10.2. Limitaciones encontradas y propuestas de mejora del estudio.....	318
10.3. Líneas futuras de investigación.....	321
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>325</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>355</b>
Anexo 1: Cuestionario sobre datos socio-demográficos, clínicos y familiares.....	357
Anexo 2: Cuestionario de información acerca de su hijo/a.....	359
Anexo 3: Diario de sesiones. Adultos.....	363
Anexo 4: Ficha de Registro Diario de las Actividades Para la Vida Diaria del Manual Práctico de IE y Pautas Educativas para padres y madres.....	364
Anexo 5: Ficha de Registro Semanal de la Pauta Educativa propuesta en el Manual Práctico de IE y Pautas Educativas para padres y madres.....	365

Anexo 6: Ficha de registro del comportamiento del niño.....	366
Anexo 7: Cuestionario de Autoevaluación de los contenidos del programa. Sesiones 1-11 y 12-19. Adultos.....	367
Anexo 8: Manual práctico de IE y Pautas Educativas para padres y madres.....	369
Anexo 9: Diario sesiones. Niños. Grupal e individual.....	409
Anexo 10: Manual práctico de IE y Pautas Educativas para niños y niñas.....	411
Anexo 11: Ficha de Registro Diario de la actividad Para Practicar Todos los Días del Manual para niños y niñas.....	441
Anexo 12: Ficha de Registro Semanal de la actividad Aprendemos, Pauta propuesta en el manual para niños y niñas.....	442
Anexo 13: Cuestionario de Autoevaluación de los contenidos del programa. Niños.....	443
Anexo 14: Cuento. El elefante encadenado.....	444
Anexo 15: Cuento. El verdadero valor de un anillo.....	445
Anexo 16: Mejorando la autoestima.....	446
Anexo 17: Cuento. ¿ Zanahoria, huevo ó café? .....	447
Anexo 18: Cuento. ¿Por qué gritan las personas? .....	448
Anexo 19: Cuento. El jardín de rey.....	449
Anexo 20: La fiesta.....	450
Anexo 21: Aprendemos, Pauta 2: Panel de Autoinstrucciones.....	451
Anexo 22: Aprendemos, Pauta 3: Organizar el día.....	452
Anexo 23: Aprendemos, Pauta 4: ¡Empezando el día!.....	453
Anexo 24: Aprendemos, Pauta 5: Prepara la mochila del colegio.....	454
Anexo 25: Aprendemos, Pauta 6: Colaborar en casa.....	455
Anexo 26: Asertividad.....	456
Anexo 27: Aprendemos, Pauta 7: ¿Cómo estudio? .....	457
Anexo 28: Empatizando.....	459
Anexo 29: Aprendemos, Pauta 8: ¡A comer!.....	461
Anexo 30: Resolviendo conflictos.....	462
Anexo 31: Aprendemos, Pauta 9: ¡Así mejor!.....	463

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de la evolución histórica del concepto de TDAH.....	16
Tabla 2. Resumen de las áreas de valoración en el niño con TDAH.....	31
Tabla 3. Criterios diagnósticos del TDAH en la CIE-10.....	37
Tabla 4. Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-IV-TR.....	38
Tabla 5. Datos socio-demográficos de los participantes adultos: sexo, edad, estado civil y número de hijos.....	140
Tabla 6. Datos socio-demográficos de los participantes adultos: nivel académico, perfil profesional y nivel de actividad.....	141
Tabla 7. Datos sobre el embarazo y el parto de los niños con TDAH.....	142
Tabla 8. Datos socio-demográficos niños: sexo, edad, curso escolar y nº de hermanos.....	144
Tabla 9. Características del TDAH en niños: subtipos y medicación.....	145
Tabla 10. Relación de instrumentos de evaluación del pretest, postest y seguimiento aplicados a los padres.....	153
Tabla 11. Relación de material evaluación continua del programa. Padres.....	156
Tabla 12. Relación de instrumentos de evaluación del pretest, postest y seguimiento aplicados a los padres.....	160
Tabla 13. Relación de material evaluación continua del programa. Niños.....	162
Tabla 14. Listado de necesidades y potencialidades expresadas por los adultos destinatarios del programa.....	174
Tabla 15. Listado de necesidades y potencialidades de los niños destinatarios del programa.....	175
Tabla 16. Relación de centros de educación primaria de Badajoz.....	176
Tabla 17. Relación de centros y número de alumnado participante en el programa.....	177
Tabla 18. Estructura del programa <i>IMAGINA</i> . Padres.....	229
Tabla 19. Estructura del programa <i>IMAGINA</i> . Niños.....	236
Tabla 20. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de IE percibida en los grupos experimental y control de padres.....	244

Tabla 21. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de bienestar psicológico en los grupos experimental y control de padres.....	248
Tabla 22. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de habilidades sociales en los grupos experimental y control de padres.....	250
Tabla 23. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de ansiedad en los grupos experimental y control de padres.....	252
Tabla 24. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de depresión en los grupos experimental y control de padres.....	254
Tabla 25. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de autoestima en los grupos experimental y control de padres.....	255
Tabla 26. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de satisfacción familiar en los grupos experimental y control de padres.....	257
Tabla 27. Estadísticos descriptivos y cambios en el estilo educativo en los grupos experimental y control de padres.....	259
Tabla 28. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de problemas emocionales y conductuales en los grupos experimental y control de padres.....	263
Tabla 29. Estadísticos descriptivos y cambios en las puntuaciones de los síntomas de TDAH y problemas asociados en los grupos experimental y control de padres.....	268
Tabla 30. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de IE percibida en los grupos experimental y control de niños.....	272
Tabla 31. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de ansiedad en los grupos experimental y control de niños.....	276
Tabla 32. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de depresión en los grupos experimental y control de niños.....	278
Tabla 33. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de autoestima en los grupos experimental y control de niños.....	280
Tabla 34. Estadísticos descriptivos y cambios en la adaptación personal, escolar, social y familiar en los grupos experimental y control de niños.....	282
Tabla 35. Estadísticos descriptivos y cambios en el estilo educativo en los grupos experimental y control de niños.....	287

Tabla 36. Estadísticos descriptivos y resultados de la comparación de distintas variables socioemocionales en el grupo experimental de padres según el sexo.....	291
Tabla 37. Estadísticos descriptivos y resultados de la comparación de distintas variables socioemocionales en el grupo experimental de niños según el sexo.....	293
Tabla 38. Estadísticos descriptivos del nivel de cambio en el comportamiento de los niños percibido por los padres.....	295
Tabla 39. Información de los <i>Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa</i> . Padres.....	296
Tabla 40. <i>Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa</i> . Respuestas literales. Padres.....	297
Tabla 41. Información de los <i>Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa</i> . Niños.....	300
Tabla 42. <i>Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa</i> . Respuestas literales. Niños.....	300
Tabla 43. Información de los <i>Cuestionario de Valoración Global del programa</i> . Padres.....	301
Tabla 44. Información de los <i>Cuestionarios de Valoración Global del programa</i> . Niños.....	303

## LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de las Cuatro Ramas.....	80
Figura 2. Resumen principales componentes de los modelos mixtos.....	86
Figura 3. Relación de instrumentos de evaluación de IE.....	88
Figura 4. Fases del proceso de investigación.....	168
Figura 5. Gráfico de puntuaciones obtenidas en la dimensión de <i>Atención Emocional</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	245
Figura 6. Gráfico de puntuaciones obtenidas en la dimensión de <i>Claridad Emocional</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	246
Figura 7. Gráfico de puntuaciones obtenidas en la dimensión de <i>Reparación Emocional</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	247
Figura 8. Gráfico de puntuaciones en la <i>Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	249

Figura 9. Gráfico de puntuaciones en la <i>Escala Global de Habilidades Sociales</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	251
Figura 10. Gráfico de puntuaciones en la <i>Subescala Ansiedad/Rasgo</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	253
Figura 11. Gráfico de puntuaciones en la <i>Subescala Depresión/Rasgo</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	255
Figura 12. Gráfico de puntuaciones en la <i>Escala de Autoestima</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	256
Figura 13. Gráfico de puntuaciones en la <i>Escala de Satisfacción Familiar</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	258
Figura 14. Gráfico de puntuaciones del <i>Estilo Autoritario</i> los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	260
Figura 15. Gráfico de puntuaciones en el <i>Estilo Equilibrado</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	261
Figura 16. Gráfico de puntuaciones en el <i>Estilo Permisivo</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	262
Figura 17. Gráfico de puntuaciones en la <i>Escala Total de Dificultades</i> de los grupos experimental y control en la de las distintas fases del estudio.....	266
Figura 18. Gráfico de puntuaciones de la <i>Escala de Conducta Prosocial</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	267
Figura 19. Gráfico de puntuaciones de la <i>Escala Global</i> de síntomas del TDAH en los grupos experimental y control en las distintas fase del estudio.....	271
Figura 20. Gráfico de puntuaciones de la <i>Escala IE Total</i> en los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	275
Figura 21. Gráfico de puntuaciones en la <i>Escala Ansiedad/Rasgo</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	277
Figura 22. Gráfico de puntuaciones de la <i>Escala Total de Depresión</i> los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	279
Figura 23. Gráfico de puntuaciones del <i>Cuestionario de Autoestima</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	281

---

Figura 24. Gráfico de puntuaciones en el <i>Subfactor Inadaptación Personal</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	283
Figura 25. Gráfico de puntuaciones el <i>Subfactor Inadaptación Escolar</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	284
Figura 26. Gráfico de puntuaciones en el <i>Subfactor Inadaptación Social</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	285
Figura 27. Gráfico de puntuaciones en el <i>Subfactor Insatisfacción con el Ambiente Familiar</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	286
Figura 28. Gráfico de puntuaciones en el <i>Estilo Autoritario</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	288
Figura 29. Gráfico de puntuaciones en el <i>Estilo Equilibrado</i> de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	289
Figura 30. Gráfico de puntuaciones en el <i>Estilo Permisivo</i> del PEF de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.....	290
Figura 31. Gráfico de puntuaciones de la <i>Ficha de registro del comportamiento de los hijos</i> .....	295





# **INTRODUCCIÓN**



El *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) o *Trastorno Hiperactivo*<sup>1</sup>, término acuñado por la Organización Mundial de la Salud (1992), se presenta como una patología que se inicia durante la infancia y puede llegar a manifestarse hasta la edad adulta (Ramos-Quiroga et al., 2006). Asimismo, la frecuencia de este trastorno en las consultas de neuropediatría es elevada (Vaquerizo, 2008), la tasa de prevalencia mundial se sitúa en torno al 5% (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman y Rhode, 2007).

El *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*<sup>2</sup> presenta unas características nucleares como son la inatención, la hiperactividad e impulsividad y otras asociadas, principalmente, trastornos emocionales, de comportamiento, de aprendizaje, etc. (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006) que suponen un gran impacto en todas las áreas de la vida del niño<sup>3</sup> (cognitiva, emocional, social y comportamental). Debido a las consecuencias que el TDAH produce en su entorno más próximo, en la familia y en la escuela (Martin, 2005), la investigación acerca de este trastorno va adquiriendo mayor interés, esta situación se ve reflejada en el aumento de publicaciones a nivel nacional (Campos, Santacana, Olmos y Cebollero, 2006; Capdevila-Brophy, Navarro-Pastor, Artigas-Pallarés y Obiols-Llandrich, 2007; Ferreiro-Vilasante, Buceta-Cancela y Rial-Boubeta, 2013; Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2013; Miranda, Colomer, Fernández, y Presentación, 2012; Miranda, Fernández, García, Roselló y Colomer, 2011) e internacional (Antshel y Barkley, 2008; Barkley, 2009; Evans, Schultz, DeMars y Davis, 2011; Mrug et al., 2009; Pfiffner et al., 2007; Wodka et al., 2007) procedentes de distintos ámbitos educativos y sanitarios. Asimismo, las líneas prioritarias de investigación en TDAH se centran en los fundamentos neurobiológicos y genéticos, las funciones ejecutivas y la eficacia de los tratamientos (Cardo y Servera, 2008).

---

<sup>1</sup> A partir de aquí para referirnos al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o Trastorno Hiperactivo se utilizará el primer término mencionado, es decir, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

<sup>2</sup> A partir de aquí y a lo largo de todo el documento el término Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad aparece con las siglas TDAH.

<sup>3</sup> A efectos exclusivamente prácticos se utiliza en este documento el masculino gramatical a modo genérico, según los usos lingüísticos para referirse a personas de ambos sexos, a excepción de los momentos en los que sea necesario especificar el sexo de las personas, en este caso, utilizaremos el género gramatical masculino ó femenino según corresponda.

Diversos estudios empíricos apoyan la utilización de fármacos psicoestimulantes y no estimulantes, el tratamiento psicosocial y el combinado como tratamientos eficaces para el TDAH.

La literatura centrada en la eficacia del tratamiento psicosocial se ha basado en la investigación de dos contextos principalmente, el familiar y el escolar. La familia va a convertirse en un pilar fundamental para el niño que presenta TDAH ya que su diagnóstico precoz, pronóstico y tratamiento va a depender de ésta. Los estudios realizados sobre el contexto familiar indican que el entrenamiento a padres en técnicas de modificación de conducta producen mejoras en la reducción de síntomas, en los problemas de conducta, mejora la realización de tareas escolares en el hogar, disminuye el estrés familiar y mejora las habilidades parentales (Jarque, 2012). El entorno familiar puede actuar como factor de protección, como hemos señalado anteriormente, o como factor de riesgo, varios estudios señalan cómo la disfunción familiar está relacionada con la manifestación y/o mantenimiento de la sintomatología asociada al trastorno (Oh, Park, Suk, Song e Im, 2012; Steinhausen et al. 2013). Por lo tanto, parece relevante intervenir de manera directa con la familia de los niños con TDAH.

Asimismo, cómo se ha indicado, esta patología se puede manifestar a lo largo de todo el ciclo vital, aunque la severidad de los síntomas parece mejorar a medida que la persona va creciendo (Biederman y Faraone, 2005), existen ciertas dificultades emocionales, sociales y comportamentales (Albert et al., 2008; Fernández-Jaén et al., 2011; Schacht y Barkley, 2010) sobre las que es necesario intervenir desde la infancia para evitar que se agraven o se manifiesten en la adolescencia, juventud y edad adulta. Por lo tanto, la intervención realizada sobre el funcionamiento socioemocional y comportamental va a favorecer la calidad de vida de los niños con TDAH y de su familia.

Este proyecto surge del interés por profundizar en los aspectos teóricos y prácticos del TDAH relacionados con los ámbitos emocional, social y las conductas inadaptadas que se presentan en los niños y que va más allá de los síntomas nucleares del trastorno, así como, de las dificultades emocionales, sociales y educativas que surgen en sus familias. La presente

tesis doctoral describe el diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención desarrollado a partir de las necesidades y potencialidades expresadas por los padres de los hijos con TDAH, su objetivo es el desarrollo y/o potenciación de competencias y/o habilidades de IE y pautas educativas en el hogar, por ello, se plantean una serie de hipótesis relacionadas con la eficacia de un programa de intervención que incluye diversas variables socioemocionales y conductuales en los padres e hijos que son evaluadas antes de la intervención, después de la intervención y a los seis meses tras ésta. Para ello, esta investigación se estructura en dos partes que a su vez se dividen en varios capítulos. La primera parte corresponde al marco teórico en el que se expone la base teórica del trabajo de investigación, éste se encuentra formada por los cuatro primeros capítulos, por otro lado, la segunda parte, que se organiza en seis capítulos, describe y desarrolla el proceso empírico llevado a cabo en el estudio. Por último, se presentan las referencias y los anexos que complementan la información aportada en los marcos anteriores. A continuación se describe el contenido de cada parte.

En el marco teórico, el *capítulo primero* contempla ciertos aspectos relacionados con el TDAH durante la edad infantil, para ello, se expone información respecto al origen y definición del trastorno, sus causas y modelos explicativos, los principales datos epidemiológicos, los trastornos asociados, cómo se realiza su evaluación y diagnóstico y qué tratamientos se están aplicando en la actualidad. El *capítulo segundo* se basa en los factores del contexto familiar que influyen de manera bidireccional entre el niño con TDAH y su familia. El *capítulo tercero* está dedicado al concepto de inteligencia emocional, los principales modelos teóricos, la descripción de los instrumentos de evaluación más utilizados, su relación con la salud mental así como las principales características de los programas que desarrollan la inteligencia emocional y la importancia de la familia en su desarrollo y, en el *capítulo cuarto* se realiza una descripción del desarrollo socioemocional durante la etapa infantil así como la exposición de las principales dificultades que encuentran los niños con TDAH en este ámbito.

En el marco empírico, el *capítulo quinto*, se dedica a presentar el por qué se realiza este trabajo de investigación así como sus principales objetivos e hipótesis. El *capítulo sexto*,

explica el tipo de estudio que se llevó a cabo, qué variables contempla, las características principales de los participantes, el proceso llevado a cabo para la captación de los participantes así como los distintos momentos de evaluación e intervención, se describen los instrumentos utilizados así como los análisis estadísticos aplicados para valorar los resultados del estudio. El *capítulo séptimo* se basa en la descripción del diseño del programa así como sus características específicas, para ello se presentan sus fundamentos teóricos, se describe el lugar en el que se realizó así como las necesidades y potencialidades de los participantes del programa, su principal finalidad, cómo se materializaron los objetivos, en qué tiempo y cómo, qué se necesitaba para su implementación, qué criterios de evaluación tuvieron en cuenta, así como la descripción pormenorizada de las sesiones del programa aplicado a los padres y a los hijos. En el *capítulo octavo* se describen los efectos hallados en las diversas variables socioemocionales y comportamentales medidas a través de distintos análisis estadísticos a nivel de intragrupo y de intergrupo en los grupos formados por padres y por hijos, además se exponen los resultados de la comparación de ciertas variables según el sexo de los participantes y de algunos registros recopilados a lo largo del programa. En el *capítulo noveno* se realiza un análisis de los resultados obtenidos teniendo en cuenta las hipótesis de partida y en el *capítulo décimo* se concretan las conclusiones a las que se ha llegado partiendo de los objetivos de la investigación, las aportaciones de este trabajo a su campo de estudio así como las limitaciones que presenta con algunas propuestas para superarlas, por último, se exponen las líneas futuras de trabajo sobre este campo de estudio.







# **PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO**



# Capítulo 1

## EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INFANCIA

El TDAH se presenta como una patología neurobiológica de inicio en la edad infantil, cuenta con una población heterogénea y afecta a un elevado número de niños en edad escolar. Sus síntomas principales y asociados así como la severidad de éstos van a ser determinantes para el ajuste personal, social, académico y familiar del niño que lo padece. El conocimiento de este trastorno en profundidad y en toda su diversidad así como de las características generales y específicas que presenta, la detección precoz y la intervención temprana van a ser cruciales para mejorar su evolución y curso y minimizar el impacto sobre la vida de estos niños.

En el presente capítulo vamos a exponer los principales aspectos relacionados con el TDAH durante la infancia, para ello nos centraremos en los siguientes puntos: la evolución histórica del concepto de TDAH; en qué consiste el trastorno; cuáles son los factores que pueden encontrarse en el origen de esta patología; cuáles son los principales modelos que aportan datos explicativos de este trastorno; cómo afecta a la población infantil; con qué otros trastornos se presenta de manera más frecuente; cuáles son los aspectos más importantes a tener en cuenta en su valoración (áreas principales, instrumentos y criterios diagnósticos que se establecen durante la infancia y la adolescencia) y, por último, nos detendremos en los tratamientos que se están utilizando en la actualidad a la hora de abordar dicho trastorno.

### 1.1. El concepto de TDAH

La conceptualización del término TDAH ha variado a lo largo de los siglos debido a los hallazgos realizados por distintos autores así como a los acontecimientos históricos que han tenido lugar. A continuación, vamos a destacar algunos de éstos, asimismo, vamos a exponer las principales características que presenta este trastorno.

### **1.1.1. Breve recorrido histórico y evolución del concepto**

Los antecedentes del concepto de TDAH podemos hallarlos en la cultura anglosajona, por un lado, en los escritos de Crichton (1798), en ellos, se habla de la atención, de los trastornos de la atención y se da una descripción de la “*alteración mórbida*” entendida como la incapacidad de atender con la constancia adecuada sobre cualquier objeto. Por otro lado, Clouston (1899) habla de la hiperexcitabilidad que la describe como la excesiva reactividad a estímulos emocionales y mentales, este trastorno ha sido considerado como el precedente de la hiperactividad.

Otro precedente de este trastorno lo podemos encontrar en la obra del psiquiatra alemán Hoffman (1845), un libro de poemas infantiles en la que el autor realiza una descripción de dos casos de TDAH que corresponden a dos personajes de dos poemas distintos, un niño que presentaba todas las características del predominio hiperactivo-impulsivo y otro niño con predominio inatento.

Por otro lado, en Francia, Bourneville (1897) en su libro sobre tratamiento médico y pedagógico describe un tipo de niños con importantes déficits a nivel cognitivo que presentan inquietud psicomotora, inatención y desobediencia.

En la misma línea Demoor (1901), en Alemania, introduce el concepto “*corea mental*” que él define como un problema que presentan algunos niños y que consiste en los cambios bruscos del estado de ánimo, déficits en la inhibición conductual y en la atención sostenida, necesidad de movimiento de manera constante y necesidad de cambios en su entorno.

El TDAH fue descrito por primera vez por el pediatra inglés Still (1902) en tres conferencias realizadas en Londres, lo definió como un síndrome que se manifiesta en niños y que se caracteriza por la presencia de conductas impulsivas y agresivas y labilidad emocional asociadas a la falta de atención. Estos comportamientos según Still, tenían su origen en “*defectos del control moral*” que se relacionaban con la moral familiar y con malformaciones congénitas.

Unos años más tarde, Philippe y Boncourt (1907) comienzan a hablar del “*escolar inestable*” y lo describen como aquel niño que presenta dificultades de aprendizaje relacionadas con déficits atencionales para escuchar, responder y comprender. Estos autores introducen el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos del desarrollo psicológico infantil.

Asimismo, Tredgold (1908) señaló que las conductas desordenadas del TDAH podrían estar causadas por una disfunción cerebral adquirida durante el periodo perinatal que afecta al área del comportamiento.

El primer autor que atribuye a la hiperactividad la etiqueta de síndrome es Heuyer (1914) en su tesis titulada “*Los niños anormales y los delincuentes juveniles*”. En ésta, el autor señala la asociación entre un determinado número de síntomas como son el déficit de atención, la hiperactividad, el comportamiento perverso con un pronóstico negativo, ya que según Heuyer estos síntomas describen una serie de etapas de inadaptación familiar, escolar y socio-laboral que llevaría a estos niños a la delincuencia y al vagabundeo.

A partir de la epidemia mundial de encefalitis letárgica durante el 1917 y 1918, millones de personas quedaron afectadas por alteraciones neurológicas. La descripción clínica de esta epidemia en niños y adolescentes como era la hiperactividad, problemas de atención y memoria e inestabilidad emocional (Ebaugh, 1923; Hohman, 1922; Streker y Ebaugh, 1924) se asemejaba a la realizada por Still para los pacientes con TDAH.

Más tarde, el psicólogo francés Wallon (1925) describe cuatro estadios del desarrollo psicomotor del niño: el impulsivo, el emotivo, el sensoromotor y el proyectivo, para este autor es necesario que el niño supere todos los estadios para tomar conciencia de sí mismo y adquirir la inteligencia práctica. Para Wallon la hiperactividad supone que no se ha finalizado alguno de estos estadios del desarrollo motor de manera adecuada.

Por otro lado, Vermeylen (1926) realizó el primer estudio en el que se introdujeron variables de tipo neurocognitivo, asimismo, fue el primero en plantear la etiopatogenia

psicogenética de la hiperactividad. Éste propuso dos categorías de niños: los armónicos y los disarmónicos. Señalaba que los niños disarmónicos, los niños hiperactivos se encontrarían dentro de este grupo, obtendrían unos resultados más pobres en las pruebas que medían concentración y puntuaciones mejores en las pruebas que medían memoria, razonamiento e imaginación.

Los autores Kramer y Pollnow (1930) señalaron dentro de la psicosis infantil un síndrome al que denominaron “*trastorno hipercinético*” de origen desconocido que consistía en problemas para articular el habla, distrabilidad e inquietud extrema.

A partir de los hallazgos de Khan y Cohen (1934) se consideró el TDAH como resultado de un daño en el cerebro por lo que comenzó a denominarse “*síndrome de lesión cerebral humana*”. Estos autores encontraron síntomas similares a los del TDAH en niños que habían padecido lesiones o infecciones cerebrales.

Por otra parte, Bradley (1937) utilizó la benzedrina, un derivado anfetamínico, en el tratamiento de los niños hiperactivos y descubrió que resultaba eficaz para mejorar los síntomas de atención y el comportamiento de los niños con TDAH.

Strauss y Lehtinen (1947) introdujeron el término “*síndrome de disfunción cerebral infantil*” con el que describieron a aquellos niños con trastornos de conducta en los que no se apreciaba patología cerebral alguna lo que hizo resaltar el papel de los factores neurológicos como causa de las alteraciones comportamentales de estos niños. Más tarde, este término pasó a denominarse “*daño cerebral mínimo*” ya que los problemas que presentaban estos niños no estaban siempre causados por discapacidades psíquicas o lesiones cerebrales, con el tiempo y a falta de evidencias, el término se convirtió en “*disfunción cerebral mínima*” (Burks, 1960; Mackeith y Bax, 1963; Paine, Werry y Quay, 1968). Clements y Peters (1962) describieron la “*disfunción cerebral mínima*” como aquella caracterizada por hiperactividad, déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en la segunda edición (DSM-II), la Asociación Americana de Psiquiatría (1968) introduce el término “*reacción hiperkinética de la infancia y la adolescencia*”, esta denominación se centra en las características motoras del trastorno.

Más tarde, Douglas (1972) señaló que la dificultad de mantener la atención y la impulsividad, asociadas a una deficiente autorregulación, era la clave de estos trastornos, a partir de los trabajos de esta autora se abandona la sobreactividad motora como síntoma clave y los aspectos conductuales centrándose en la parte cognitiva del trastorno.

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades en la novena versión, la CIE-9 (OMS, 1975), utiliza el término “*trastorno hiperkinético de la infancia*” para denominar a este trastorno. Por otra parte, en la décima versión, la CIE-10 (OMS, 1992), se propone el término “*trastornos hiperkinéticos*” que se incluye dentro del apartado trastornos de comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia de dicha clasificación.

A partir del DSM-III (APA, 1980) se introduce el término “*déficit de atención con y sin hiperactividad*” que se centra en los aspectos cognitivos, en concreto, en los problemas atencionales. En el DSM-III-R (APA, 1987) sólo se establecieron los criterios diagnósticos para el “*déficit de atención con hiperactividad*”, dejando apartado el término “*déficit de atención sin hiperactividad*”. Asimismo, en el DSM-IV (APA, 1994) se mantiene únicamente el término “*déficit de atención con hiperactividad*” y se introducen tres subtipos (inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado) que se mantienen en la revisión, en el DSM-IV-TR (APA, 2000). En 2013, aparece la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. El DSM-5 ha actualizado la definición del trastorno para describir con mayor precisión la experiencia de los adultos afectados, a través de la adaptación de los criterios para los adultos, el DSM-5 (APA, 2013) tiene por objeto garantizar que los niños puedan continuar recibiendo atención durante toda su vida, si fuera necesario.

A continuación, en la Tabla 1 vamos a destacar la conceptualización del TDAH a lo largo del tiempo desde la primera descripción realizada por Still (1902) hasta nuestros días.

Tabla 1. Resumen de la evolución histórica del concepto de TDAH.

<b>Autores, año</b>	<b>Concepto</b>
Still (1902)	<i>Defectos del Control Moral.</i>
Philippe y Boncour (1907)	<i>Escolar Inestable.</i>
Tredgold (1908)	<i>Deficientes Mentales, grupo de no idiotas.</i>
Hohman (1922) Ebaugh (1923)	<i>Síndrome de Inestabilidad Psicomotriz.</i>
Streker y Ebaugh (1924)	<i>Trastorno de Conducta Postencefálico.</i>
Khan y Cohen (1934)	<i>Síndrome de Impulsividad Orgánica.</i>
Strauss y Lethinen (1947)	<i>Síndrome de Lesión Cerebral.</i>
Clements y Peters (1962)	<i>Disfunción Cerebral Mínima.</i>
DSM-II (1968)	<i>Reacción Hiperkinética en la infancia y la adolescencia.</i>
Douglas (1972)	<i>Déficit Atencional.</i>
OMS( 1975): CIE-9	<i>Síndrome Hiperkinético de la Infancia.</i>
APA (1980): DSM-III	<i>Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.</i>
APA(1987): DSM-III-R	<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.</i>
OMS (1992): CIE-10	<i>Trastornos Hiperkinéticos.</i>
APA (1994): DSM-IV APA (2000): DSM-IV-TR APA (2014): DSM-5	<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.</i>

Fuente: Revisión documental. Elaboración propia.

Cómo podemos observar, el concepto de TDAH cuenta con una larga trayectoria que empieza a configurarse a partir del siglo XVIII, aunque es a principios del siglo XX cuando comienza a constituirse como una entidad clínica. La definición de TDAH ha ido cogiendo forma a través de la aparición de distintas características comunes que presentan varios niños y adolescentes en distintos momentos y lugares a lo largo del tiempo y cuya sintomatología principal se centra en la inatención, hiperactividad e impulsividad pudiendo aparecer estos síntomas de manera individual o combinada.

### **1.1.2. Definición y principales características**

Según el DSM-IV (APA, 1994) este trastorno se define como un patrón persistente de comportamientos que reflejan desatención y desinhibición conductual (impulsividad e hiperactividad) y que resulta desadaptativo en relación con el nivel de desarrollo del niño. La sintomatología interfiere con el funcionamiento del niño en al menos dos ambientes distintos.



El TDAH cada día está suscitando mayor interés tanto en el ámbito clínico como en el investigador. El panorama actual sobre el TDAH se desarrolla en torno al debate sobre su etiología, diagnóstico y tratamiento.

Este trastorno se presenta al inicio de la infancia y puede manifestarse hasta la edad adulta, las características específicas de este trastorno como son la inatención, la hiperactividad e impulsividad (Biederman y Faraone, 2005) así como la comorbilidad que presenta con otros trastornos, conllevan importantes consecuencias sobre la vida social, familiar y escolar de los niños que lo padecen.

Los principales síntomas que presenta el TDAH se manifiestan en distinto grado según la edad, el contexto en el que se encuentre o actividad que realice la persona que presenta TDAH. Esta sintomatología se presenta de la siguiente manera.

El *déficit de atención* de estos niños se refleja a través de la dificultad para mantener la atención en las actividades diarias, la evitación de actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, poca atención a los detalles, pérdida de concentración rápidamente, desorden, olvidos y tendencia a pérdidas de manera frecuente.

La *hiperactividad* se muestra en el exceso de actividad motora (golpear con los dedos, mover las manos y pies) y/o cognitiva (hablan cuando no es necesario y en exceso) en situaciones inadecuadas e incluso durante el sueño.

La *impulsividad* se observa en la rapidez en el procesamiento de la información y en la emisión de la respuesta, la impaciencia, dejan las actividades que realizan sin terminar, falta de organización de las actividades, interrumpen constantemente, no respetan los turnos de palabra o en el juego, presentan dificultades para seguir normas o reglas, no piensan en las consecuencias de sus actos entre otros aspectos.

El grado en el que se presentan los síntomas, su severidad e impacto sobre el ámbito personal, social, académico y familiar del paciente, se consideran los elementos fundamentales para su diagnóstico y tratamiento.

Una vez conocidos los hitos históricos de la conceptualización de TDAH y la definición actual así como sus principales síntomas, vamos a deternos en las posibles causas que se encuentran en la base de dicho trastorno.

## **1.2. Etiología del TDAH**

El origen del TDAH es aún desconocido, actualmente se considera que se trata de un trastorno de naturaleza heterogénea que cuenta con una base neurobiológica y una importante predisposición genética en la que interactúan los factores ambientales. Existe cierta controversia acerca de la relevancia y predominio de estos factores así como en la interacción entre éstos. Por ello, debemos entender la etiología de este trastorno desde una perspectiva multifactorial.

A continuación, vamos a describir de manera breve los principales factores asociados a las causas del TDAH basándonos en diversos estudios éstos son: los factores genéticos, los factores neurobiológicos (en este apartado incluiremos los aspectos neurofisiológicos, neuroanatómicos y neuroquímicos), los factores biológicos adquiridos y para terminar señalaremos los factores psicosociales.

### **1.2.1. Factores genéticos**

Los estudios realizados en familias, entre gemelos y pacientes adoptados han mostrado el papel que desempeña la genética en la etiología del trastorno. Los estudios genéticos señalan una elevada prevalencia de TDAH entre padres y hermanos de pacientes con TDAH (Faraone et al., 2010; Lasky-Su, 2008; Thapar, Langley, Owen y O'Donovan, 2007).

Las investigaciones realizadas con los padres biológicos, adoptivos y población general señalan que existe una mayor probabilidad de presentar TDAH en los padres biológicos, un 18%, frente al 6% en padres adoptivos y 3% en población general (Sprich et al., 2000).

Hallazgos similares encontramos en las investigaciones realizadas con hermanos de pacientes, en un estudio realizado por Gillis, Gilger, Pennigton y DeFries (1992) los resultados establecieron una correlación de 0,86 en gemelos monocigóticos y de 0,29 en gemelos dicigóticos. Asimismo, según la revisión realizada por Faraone et al. (2005) los hermanos gemelos monocigóticos presentan una heredabilidad estimada del 76%.

Diversas investigaciones sobre genética molecular señalan que los principales genes relacionados con la sintomatología del TDAH son el transportador y receptor de dopamina (DA) y el transportador de la noradrenalina (NA).

En concreto, varios estudios consideran los siguientes genes involucrados en la transmisión del TDAH: el gen transportador de la dopamina, DAT 1, (Asherson et al., 2007; Cook et al., 1995; Sánchez-Mora et al., 2012), el alelo del receptor de dopamina, DRD 4, (Ebstein, 1996), asimismo, otros estudios incluyen el transportador de serotonina, SLC6A4, (Gizer, Ficks y Waldman, 2009), la catecol-o-metiltransferasa, COMT, (Thaper et al., 2005), el receptor 1B de serotonina, HTR1B, (Hawi et al., 2002; Quist et al., 2003), la proteína asociada al sinaptosoma de 25 kDa, SNAP25 (Feng et al., 2005), los receptores adrenérgicos  $\alpha$  2A y  $\alpha$  1A, ADRA2A y ADRA1A, (Elia et al., 2009; Roman et al., 2003). Estos y otros genes están siendo investigados para poder concretar la etiología del trastorno.

### **1.2.2. Factores neurobiológicos**

Respecto a los factores neurobiológicos que se relacionan con la etiología del TDAH nos encontramos alteraciones funcionales, estructurales y químicas en el cerebro de los pacientes.

Teniendo en cuenta los factores neurofisiológicos se postula que el origen del trastorno está relacionado con la disfunción de la corteza prefrontal (Mulas et al., 2006; Solanto, 2000) y de sus conexiones frontoestriadas. Los estudios de neuroimagen funcional señalan la existencia de la reducción en el metabolismo o en el flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo (Baving, Laucht y Schmidt, 1999; Mediavilla-García, 2003), regiones encargadas de regular la inhibición motora, cognitiva y emocional

(Pliszka, Liotti y Woldorff, 2000), la planificación, la memoria de trabajo a corto plazo y la flexibilidad cognitiva.

Por otro lado, los estudios sobre neuroimagen estructural sugieren que existen unos factores neuroanatómicos basados en una disminución en el volumen de varias regiones cerebrales en concreto, áreas prefrontales, núcleo caudado y el glóbo pálido (Almeida, Ricardo-Garcell, Prado y Martínez, 2009; Bush, Valera y Seidman, 2005; Seidman, Valera y Makris, 2005). En diversos estudios volumétricos sobre población infantil se han encontrado un volumen inferior en la corteza prefrontal dorsolateral y regiones conectadas a ésta (núcleo caudado, el núcleo pálido, el giro cingulado anterior y el cerebelo) de los niños que presentan TDAH en comparación con los niños controles (Castellanos, 2002).

Por último, respecto a los factores neuroquímicos del TDAH algunos autores sugieren que el TDAH podría deberse a la inmadurez de los sistemas de neurotransmisión, en particular el sistema monoaminérgico (Mediavilla-García, 2003) y/o que existe un funcionamiento defectuoso de transmisión de la dopamina y noradrenalina (Arnsten, Steere y Hunt, 1996; Solanto, 2002) que explica la falta de control para suprimir respuestas inhibitorias y el déficit de determinadas funciones ejecutivas como son la memoria de trabajo, la interiorización del lenguaje, la autorregulación, la motivación del afecto y la planificación.

### **1.2.3. Factores biológicos adquiridos**

Varios investigadores señalan que el TDAH puede desarrollarse o estar influenciado por factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal (Millichap, 2008). Así, encontramos por un lado, la incidencia de complicaciones prenatales como son: el uso de medicamentos; el consumo de drogas como alcohol (Knopik et al., 2005), tabaco (Milberger, Biederman, Faraone, y Chen, 1996) cocaína y heroína principalmente; los sangrados; la exposición intrauterina al plomo y al zinc; infecciones intrauterinas y parasitarias y estrés y ansiedad de la madre. Por otro lado, respecto a las dificultades perinatales podemos encontrar: el nacimiento prematuro; la anoxia y el parto prolongado. Y por último, las causas postnatales más frecuentes son: bajo peso al nacer; traumatismos craneoencefálicos; hipoxia; deficiencia nutricional; meningitis; infecciones del sistema nervioso central y

malformaciones (Amor et al., 2005).

Por otra parte, algunos autores sugieren que la ingesta de azúcar y aditivos alimentarios como colorantes, conservantes y potenciadores de sabor entre otros, pueden intervenir en la sintomatología del TDAH, aunque los resultados no son concluyentes sólo se apoyan en determinados niños pequeños que presentan hipersensibilidad hacia los aditivos (Ortega, et al., 2006).

#### **1.2.4. Factores psicosociales**

Los factores psicosociales parecen influir en la evolución del trastorno más que en su origen, entre éstos nos encontramos principalmente la inestabilidad familiar, los trastornos psiquiátricos en los progenitores, problemas con los iguales, paternidad y estilo de crianza inadecuado, las relaciones negativas entre padres e hijos, los niños institucionalizados y adoptados y familias con un bajo nivel socioeconómico (Thapar, Cooper, Jefferies y Stergiakouli, 2012) que veremos de manera más detenida en el capítulo siguiente.

Algunos estudios sitúan la importancia de variables de protección como son la cohesión familiar, la ausencia de conflictos familiares, la dedicación por parte de los padres en la crianza de los hijos, el estilo educativo (Raya, Herreruzo y Pino, 2008) en las familias de los niños que puedan presentar TDAH.

La diversidad de factores que se encuentran relacionados con el origen del TDAH tanto los procedentes de la herencia genética como los adquiridos durante el desarrollo humano permite hacer una idea de la complejidad del trastorno a la hora de establecer el diagnóstico y tratamiento así como de su prevención. Los factores de riesgo y los factores protectores van a jugar un papel destacado en este tipo de trastornos.

### **1.3. Modelos teóricos explicativos actuales del TDAH**

A lo largo de la literatura podemos encontrar diversas clasificaciones y modelos que explican el mecanismo etiológico del TDAH, por ello, vamos a destacar los modelos actuales que se apoyan en estudios recientes siguiendo tres líneas de trabajo principales. Por un lado, vamos a señalar los autores que se basan en la hipótesis cognitiva, por otro lado, destacaremos aquellos estudios que se centran en la hipótesis motivacional y, por último, nos centraremos en las hipótesis basadas en dos o más vías.

#### **1.3.1. Modelos basados en la hipótesis de procesos cognitivos**

Los modelos que se basan en la hipótesis cognitiva plantean que las alteraciones neuroanatómicas y neurofuncionales de los pacientes con TDAH se deben al déficit en una o varias de las funciones ejecutivas.

Diversos estudios sugieren que los síntomas del TDAH se deben a un déficit primario en las funciones ejecutivas. El lóbulo frontal es la estructura cerebral encargada de tomar la información de todas las demás estructuras del cerebro y coordinarlas para actuar de forma conjunta (Golberg, 2002). Entre las funciones ejecutivas relacionadas con el área prefrontal del lóbulo frontal nos encontramos las siguientes: motivación, atención sostenida, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, razonamiento, formación de conceptos, regulación emocional y control de impulsos. Estas funciones son entendidas como aquellas capacidades que permiten planificar, organizar, dirigir la conducta hacia un objetivo, centrarse en una tarea, inhibir las distracciones, permite la flexibilidad y la autorregulación incluyendo componentes conductuales y motivacionales. Como podemos observar estas funciones se diversifican en distintas capacidades que permiten el adecuado desempeño de distintas tareas y la adaptación al entorno.

En la revisión realizada por Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington (2005) los resultados de distintos estudios señalan un deterioro significativo en todas las áreas de la función ejecutiva, sobre todo, en las medidas de inhibición de respuesta, vigilancia, memoria de trabajo y planificación en los pacientes con TDAH.

En esta línea, el *Modelo de Autorregulación* de Barkley (1997) propone que el principal factor que explica el deterioro que se produce en el TDAH es un déficit en la inhibición de respuesta, este déficit involucra tres procesos que están relacionados entre sí: la inhibición de la respuesta prepotente inicial a un evento, la interrupción de una respuesta en curso y la protección frente a las distracciones. La inhibición incluye la alteración secundaria de cuatro habilidades ejecutivas y de control motor, estas son: la memoria de trabajo, la autorregulación del afecto-motivación-activación, la internalización de expresión y la reconstitución (el análisis del comportamiento y la síntesis).

Otros de los modelos basados en la hipótesis cognitiva es el *Modelo Cognitivo-energético* (Sergeant, 2000; Sergeant, Oosterlaan y Van Deer Meere, 1999), se basa en la idea de que los factores energéticos son fundamentales para explicar los déficits de rendimiento de los niños con TDAH. Éste modelo presenta tres niveles: el primer nivel es el cognitivo e incluye los mecanismos computacionales de la atención; el segundo nivel es el arousal, la activación y el esfuerzo y, el tercer nivel que es de control y está relacionado con el funcionamiento ejecutivo.

Aunque encontramos numerosas evidencias a favor de la función deficiente del lóbulo frontal en el TDAH, se desconocen cuáles son exactamente los déficit neuropsicológicos básicos que presenta (Sánchez-Carpintero y Narbona, 2001).

### **1.3.2. Modelos basados en la hipótesis de procesos emocionales**

Cuando hablamos de los modelos basados en la hipótesis de los procesos emocionales nos centramos en los trabajos que explican el TDAH a partir de la alteración de los procesos asociados al sistema de recompensa debido a la afectación en los circuitos estriado-talámico-corticales, en concreto, nos referimos a las vías neuronales que conectan la región del estriado ventral (especialmente el núcleo accumbens) con regiones de la corteza frontal y orbito-frontal. Estos modelos surgen a partir de las deficiencias de los modelos cognitivos a la hora de explicar las características cognitivo-conductuales de pacientes con TDAH.

El *Modelo de Aversión a la Demora* de Sonuga-Barke, Taylor, Sembi y Smith (1992), indica que los niños con TDAH, por un lado, presentan preferencia por la recompensa inmediata, aunque sea pequeña, que la recompensa mayor pero demorada, les resulta muy difícil posponer las recompensas, por otro lado, tienen dificultad para trabajar adecuadamente durante largos periodos de tiempo.

Resultados similares presentan varios estudios cuyos hallazgos señalan que los niños que presentan TDAH tienen dificultad para esperar recompensas o estímulos que les motiven y para trabajar durante un espacio de tiempo prologado en comparación con niños controles (Kuntsi, Oosterlaan y Stevenson, 2001; Luman, Oosterlaan y Sergeant, 2005; Scheres, Milham, Knutso y Castellanos, 2007; Tripp y Alsop, 2001).

### **1.3.3. Modelos basados en la hipótesis de dos o más vías**

Actualmente están surgiendo otros modelos cuya explicación sobre la etiología del TDAH la basan en la heterogeneidad del trastorno, por ello, señalan la existencia de dos vías o más vías asociadas a distintos mecanismos neurobiológicos cognitivos y afectivos en la explicación de la sintomatología del TDAH.

Uno de los modelos basados en la doble vía es el *Modelo Dual* de Sonuga-Barke (2002, 2003), éste es una ampliación del *Modelo de Aversión a la Demora*, anteriormente señalado, se basa en la alteración de los circuitos de recompensa y a la vez contempla un déficit ejecutivo en la capacidad de control inhibitorio de la conducta.

Por otro lado, el Modelo de Nigg y Casey (2005) señala que las deficiencias en el desarrollo de las operaciones realizadas por el circuito fronto-estrial y el circuito fronto-cerebral que se encargan de detectar y predecir cuándo se producen los eventos importantes en el contexto y su interacción con el circuito fronto-amígdalar en la asignación de significado emocional a estos eventos, podrían disminuir el desarrollo del control cognitivo y afectivo y otras operaciones mentales mediadas por la corteza prefrontal, el resultado de estas alteraciones podría explicar los síntomas que encontramos en los niños con TDAH.



Éstos y otros trabajos de investigación están proponiendo diversos planteamientos para explicar el origen del TDAH, en realidad no se trata de modelos contrapuestos, más bien nos encontramos ante modelos que se complementan en la explicación de la etiología del TDAH que debido a sus características, heterogeneidad y particularidad en la sintomatología que presentan los pacientes, hace muy difícil llegar a una explicación consensuada por parte de los diversos autores que estudian su origen.

El TDAH además de plantear dificultades para esclarecer su etiología, su incidencia en niños es cada vez mayor. A continuación, vamos a detenernos en exponer algunos de los datos más significativos de la trayectoria de este trastorno.

#### **1.4. Epidemiología del TDAH**

El TDAH representa uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes que se presenta durante la infancia (Cardo et al., 2011) en los distintos países y culturas, asimismo, se entiende como una enfermedad que abarca todo el ciclo vital.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) se estima que la tasa de prevalencia se sitúa entre 3 y 7% de niños en edad escolar. En la revisión realizada por Polanczyk et al. (2007) los datos de prevalencia mundial se sitúan en torno al 5,29%. En España, estos datos son similares, entre el 3 y 6% (Criado-Álvarez y Romo-Barrientos, 2003), así los estudios más recientes sobre el número de casos que presentan TDAH encuentran los siguientes resultados: Cardo, Servera y Llobera (2007) en Mallorca sobre una muestra de 1.509 niños de entre 6 a 11 años, hallaron una tasa de prevalencia del 4,6%; Rodríguez et al. (2009) en Castilla y León encontró una tasa del 6,66% en una muestra de 1.095 niños y adolescentes de entre 6 y 16 años y en el estudio realizado por Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso y Artiles (2012) en Canarias en una muestra de 2.365 alumnos de entre 6 y 12 años se presentó un porcentaje de prevalencia del 4,9%. Hay que tener en cuenta que estas cifras sobre prevalencia varían en función de la clasificación diagnóstica utilizada, el origen de la muestra, la persona que informa, la metodología, así como el sexo y la edad del paciente.

Por otra parte, los datos epidemiológicos señalan que el trastorno se presenta con mayor frecuencia y severidad respecto a los síntomas entre niños que entre niñas, la ratio oscila entre 4:1 en muestras comunitarias y 9:1 en niños en edad escolar en muestras clínicas (APA, 1994). En función del subtipo, el combinado es el más frecuente en ambos sexos seguido del inatento y, por último, el hiperactivo. Asimismo, el subtipo inatento es más frecuente en niñas que en niños (Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos, 2001).

Respecto a la evolución del trastorno varios autores señalan que se mantiene constante a lo largo de la adolescencia y la edad adulta (Aragónés et al., 2010) aunque los síntomas tienden a atenuarse con la edad, sobre todo los síntomas de hiperactividad.

Vamos a continuar este capítulo presentando otra de las características más frecuentes en el TDAH, como es la presentación de otros trastornos asociados que complican los síntomas nucleares y deterioran aún más la calidad de vida de estos pacientes.

## **1.5. Comorbilidad del TDAH con otros trastornos.**

Diversos estudios hallados señalan que el TDAH presenta algún trastorno psiquiátrico comórbido (Ambrosini, Bennett y Elia, 2013; Díez, Figueroa y Soutullo, 2007). Según varios autores los trastornos más frecuentes son los trastornos emocionales (ansiedad, del estado de ánimo), los trastornos de aprendizaje y los trastornos del comportamiento (negativista desafiante y disocial). La presencia de comorbilidad influye sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del TDAH (Jensen et al., 2001).

### **1.5.1. Trastornos emocionales**

La tasa de niños con TDAH deprimidos según algunos autores se eleva hasta el 57% de los casos (Angold y Costello, 1993) esta comorbilidad conlleva mayores niveles de deterioro psicosocial (Biederman et al., 2008) ya que la sintomatología propia del TDAH empeora de manera significativa.

Generalmente los síntomas depresivos en estos niños se asocian con baja autoestima, estado de ánimo irritable, pérdida de interés o placer en las actividades, cambios de apetito y

de peso, fatiga, sentimientos de inutilidad, culpa y dificultades de sueño (Spencer, Biederman y Mick, 2007). Estos síntomas depresivos varían en función de la edad y el sexo del paciente. Entre los 6 y 12 años se presentan especialmente síntomas relacionados con la irritabilidad, timidez, enuresis, encopresis, terrores nocturnos e inseguridad principalmente (Mesman, Bongers y Koot, 2001). En las niñas el trastorno depresivo tiene un inicio más temprano, mayor duración y complicación que en los niños (Pliska, 2003).

Por otro lado, la comorbilidad del TDAH con los trastornos de ansiedad se presenta en torno a un 20-25% (Pliszka, 1998; Tannock, Ickowicz y Schachar, 1995) según algunos autores, los síntomas ansiosos que podemos encontrar en estos pacientes son principalmente miedo a dormir solos, separarse de los padres, preocupación excesiva por la salud de su familia y malestar físico, así los trastorno de ansiedad más frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad por separación. Estos síntomas se presentan en mayor proporción en niñas y en el subtipo inatento (Díez et al., 2007). Los niños con TDAH y ansiedad presentan una peor adaptación a su entorno escolar y personal y un deterioro de las relaciones familiares y con los iguales, aunque las características de este trastorno comórbido pueden hacer disminuir la impulsividad de estos pacientes.

### **1.5.2. Trastorno de aprendizaje y de la comunicación**

Alrededor del 70% de los niños con TDAH presentan dificultades de aprendizaje (Mayes, Calhoun y Crowell, 2000), estas dificultades se contemplan en la lectoescritura: problemas de comprensión de textos, escriben textos con menor número de palabras, utilizan frases cortas, cometen más errores sintácticos y repiten las mismas palabras, la grafía es irregular, los textos descuidados, por lo tanto, sus composiciones escritas son de peor calidad (Miranda, Baixauli y Colomer, 2013), la velocidad lectora es inadecuada, las dificultades en el lenguaje se observan en el uso del vocabulario ya que utilizan menos palabras y dificultades en la fluidez verbal.

Por otra parte, encontramos dificultades en la asignatura de matemáticas: problemas para realizar el cálculo, elección adecuada de reglas mnemotécnicas y dificultad para la resolución de problemas por la carencia de atención, organización y planificación que requieren (DuPaul y Volpe, 2009).

Estas dificultades y carencias se observan en el bajo rendimiento académico (Birchwood y Daley, 2012) que en ocasiones les lleva a repetir curso y al fracaso escolar (Biederman et al., 2004).

### **1.5.3. Trastornos del comportamiento**

Los trastornos del comportamiento se presentan entre el 30 y el 50% de los niños con TDAH (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991). Por un lado, el trastorno más comórbido con el TDAH es el negativista desafiante que se presenta en el 10% de los casos (Angold, Costello y Erkanli, 1999). Las conductas más frecuente se traducen en comportamientos disruptivos como desobediencia, molestar a los iguales, pelearse, hablar de manera excesiva, reclamar atención de manera constante, discutir con adultos de manera constante, mentir y baja tolerancia a la frustración. Por otra parte, la prevalencia de TDAH con el trastorno disocial se sitúa entre el 20-50% de los casos (Lahey, Loeber, Burke y Rathouz, 2002), éste se manifiesta a través de comportamientos agresivos, hostiles que presentan un carácter heterogéneo ya que puede ir desde una rabieta hasta la destrucción de material, robo y absentismo escolar (Taurines et al., 2010). Los niños con TDAH que presentan comorbilidad con los trastornos del comportamiento suelen tener peores relaciones sociales, familiares y académicas (Gorman et al., 2006; Gresham, MacMillan, Bocian, Ward y Forness, 1998).

### **1.5.4. Otros trastornos relacionados con el TDAH**

El TDAH presenta comorbilidad con otros trastornos además de los señalados anteriormente, a continuación vamos a destacar algunos de éstos. Por un lado, nos encontramos que el TDAH se asocia con trastornos del sueño (Owens, 2005). Estos niños presentan principalmente dificultad para quedarse dormidos, movimiento de piernas y/o extremidades, resistencia a irse a la cama, sueño agitado, despertares nocturnos, excesiva somnolencia diurna, dificultad para despertarse por las mañanas, etc. (Domínguez-Ortega y Vicente-Colomina, 2006). Los trastornos del sueño conllevan cambios de humor, retraimiento social, agresión, hiperactividad y problemas académicos principalmente. Por otra parte, los niños con TDAH presentan elevadas tasas de trastornos de tics, que pueden contribuir a la disfunción social debido a las características (movimientos o verbalizaciones) propias del

trastorno (Spencer et al., 1999). El 12% de los pacientes con TDAH presenta un trastorno de tics (Spencer et al., 2001). Por último, la experiencia clínica y los resultados de distintos estudios indican que el trastorno por uso de sustancias presenta una elevada comorbilidad con el TDAH (Lee, Humphreys, Flory, Liu y Glass, 2011; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). En estos casos de comorbilidad es muy importante la identificación de los problemas asociados para que el tratamiento incluya estos aspectos (Artigas-Pallarés, 2003), incluso hay que actuar de manera prioritaria sobre algunos de estos trastornos antes de centrarse en los síntomas propios del TDAH en algunos casos como medida para mejorar la calidad de vida de estos niños.

En el siguiente apartado vamos a dar paso a la exposición de las principales áreas, instrumentos y criterios diagnósticos que se están utilizando para valorar los principales aspectos que presenta este trastorno.

## **1.6. Evaluación y diagnóstico del TDAH**

Actualmente no existe ninguna prueba específica que pueda asegurar el diagnóstico correcto del TDAH. Para realizar una exhaustiva evaluación que permita obtener un diagnóstico lo más adecuado posible con el objetivo de establecer un tratamiento eficaz para el paciente que presenta TDAH y, prevenir complicaciones y descartar otras patologías, es necesario que diversos especialistas realicen una serie de pruebas clínicas y médicas.

Para ello, vamos a partir de la recogida de datos a través de la valoración de distintas áreas que integran la información más relevante acerca de los distintos ámbitos de la vida personal, social, escolar y familiar del paciente, asimismo, utilizaremos distintos instrumentos de evaluación estandarizados y nos basaremos en los sistemas de clasificación internacional que establecen los criterios diagnósticos para este trastorno.

### **1.6.1. Áreas principales de valoración**

Según las guías de práctica clínica internacionales (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry-AACAP, 2007; American Academy of Pediatrics-AAP, 2001; National Collaborating Centre for Mental Health-NICE, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines

Network-SIGN, 2009) para realizar un diagnóstico adecuado del TDAH, es necesario recoger la información de distintas áreas que deben incluir la edad de inicio, los principales síntomas así como su intensidad, frecuencia y duración, el contexto en el que aparecen los síntomas, su evolución hasta la actualidad así como la historia familiar, escolar y social del niño que presenta TDAH (Montañés-Rada et al., 2010).

Por lo tanto, para poder realizar un estudio lo más completo posible de las características del paciente con TDAH los especialistas van a examinar los siguientes aspectos:

En primer lugar, se realizará un análisis de los antecedentes familiares para explorar los factores genéticos que puedan encontrarse en el origen del trastorno. Por lo tanto, se solicitará información acerca de experiencias previas y actuales de TDAH tanto de los padres como de los hermanos.

Por otro lado, se centrarán en los antecedentes personales, en esta área, se realizará un seguimiento hasta la actualidad de los posibles factores que han dado lugar al trastorno para ello, se analizará la historia obstétrica y perinatal, en ésta se recogerá la información relacionada con el embarazo (prematuridad, retraso en el crecimiento intrauterino, enfermedades de la madre durante el embarazo, consumo de drogas durante el embarazo, etc.), con el parto (sufrimiento fetal, prolapso de cordón, cesárea, desprendimiento de placenta, vueltas de cordón y distocia de hombros, etc.) y con el postparto (adaptación extrauterina: malformaciones, parámetros cardiovasculares y neurológicos y edad gestacional). Asimismo, se recogerá la historia médica del paciente (alimentación, sueño, hábito intestinal, higiene, enfermedades, intervenciones, hospitalizaciones, medicación, etc.).

Una vez que recabada la información anterior es importante conocer cómo ha sido el desarrollo evolutivo del niño, es decir, si el paciente ha tenido un desarrollo físico, psicológico y motor adecuado a su edad. Por ello, se recogerá información acerca de la exploración física (temperatura, estatura, peso, la tensión arterial, frecuencia cardiaca, perímetro del cráneo, piel, cabeza, nariz, boca, ojos, oídos, ganglios, cuello, tórax, abdomen, espalda y columna, extremidades superiores e inferiores y genitales), la exploración neurológica (funciones

corticales, pares craneales, motricidad, coordinación, marcha, estática, reflejos y sensibilidad) y de la exploración psicopatológica (apariencia física, nivel madurativo, orientación en el tiempo, lugar y personas, contacto, conciencia, memoria, atención, lenguaje, pensamiento, afectividad y estado de ánimo, sensopercepción, nivel cognitivo, psicomotricidad, comportamiento) para descartar la existencia de otras enfermedades que puedan ser la causa o empeorar la sintomatología presente.

Por último, es importante conocer el funcionamiento psicosocial a través de la historia familiar (conflictos familiares, estilo educativo, relación padres-hijos, nivel socioeconómico familiar, historia de abusos o maltratos), la historia escolar (necesidades educativas que pueda presentar el niño en la actualidad y en el pasado) y la historia social (relaciones sociales), se recogerá en este apartado los factores de riesgo y de protección en el contexto familiar, escolar y social.

En la Tabla 2, se exponen las principales áreas de valoración que se utilizan en el estudio del paciente con TDAH.

Tabla 2. Resumen de las áreas de valoración en el niño con TDAH.

<b>ÁREAS DE VALORACIÓN</b>			
<i>Antecedentes familiares</i>	<i>Antecedentes personales</i>		
<b><i>Antecedentes genéticos</i></b> -Pruebas genéticas. -Patrón de transmisión de patologías.	<b><i>Historia obstétrica y perinatal</i></b> -Desarrollo del embarazo. -Desarrollo del parto.	<b><i>Historia médica</i></b> -Estado de salud. -Enfermedades. -Intervenciones. -Hospitalizaciones. -Tratamientos farmacológicos.	<b><i>Desarrollo evolutivo: físico, psicológico y motor</i></b> -Exploración física. -Exploración neurológica. -Exploración psicológica.
<i>Funcionamiento psicosocial</i>			
<b><i>Historia familiar</i></b> -Estructura familiar. -Funcionamiento familiar. -Comunicación familiar. -Estilo educativo parental. -Relación padres-hijos. -Relación entre hermanos. -Nivel socioeconómico familiar. -Nivel educativo familiar.	<b><i>Historia escolar</i></b> -Datos de escolarización. -Nivel educativo. -Necesidades educativas. -Rendimiento académico.	<b><i>Historia social</i></b> -Relaciones con los iguales. -Relaciones con adultos. -Habilidades sociales.	

Fuente: Revisión documental. Elaboración propia.

A continuación, expondremos algunos de los instrumentos de evaluación que se utilizan en este contexto.

### **1.6.2. Instrumentos de evaluación**

La evaluación del TDAH en niños y adolescentes precisa la recopilación de la información procedente de las áreas de valoración señaladas anteriormente, para ello, deben utilizarse distintos instrumentos y fuentes. Respecto a los instrumentos estandarizados para detectar el TDAH y otros problemas relacionados, vamos a disponer de una serie de herramientas como son: entrevistas, observación directa, escalas, cuestionarios, pruebas neuropsicológicas, etc. Para poder recopilar esta información, son necesarias tres fuentes principales como son familia, el profesorado y el propio niño. Estas pruebas y fuentes ofrecen una visión general sobre la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas que presentan los pacientes.

#### **1.6.2.1. Entrevista**

Existen diversos tipos de entrevistas que se utilizan para la evaluación de los trastornos que pueden presentarse durante la infancia y la adolescencia. En este momento, vamos a señalar, de forma breve, algunas de las más aplicadas en nuestro medio, éstas van a recoger información detallada acerca de la sintomatología actual que presenta el paciente. Algunos de estos instrumentos son:

*Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV)* (Herjanic y Reich, 1982; Herjanic, Herjanic, Brown y Wheatt, 1975; Reich, 2000; Reich, Leacock y Shanfeld, 1997) es una entrevista estructurada para niños y adolescentes basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994) que identifica una amplia gama de patologías (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista-desafiante, trastorno de abuso de sustancias: alcohol, tabaco y otros, depresión mayor/distimia, manía/hipomanía, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por fobias sociales y específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno disfórico premestruar, trastorno de estrés postraumático, trastorno de la alimentación, somatización, trastornos de la eliminación, trastornos de identidad de género y síntomas psicóticos). Consta de tres versiones, una para niños entre los 6



y los 12 años (DICA-C), otra para adolescentes de entre 13 a 17 años (DICA-A) y otra para padres (DICA-P). Esta entrevista dispone de una versión al castellano (Ezpeleta, Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997).

*Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)* (Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas y Klaric, 1984; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, Schwab-Stone, 2000) es una entrevista diagnóstica estructurada que evalúa más de treinta trastornos psicopatológicos de los más comunes en niños y adolescente. Presenta dos formas, una para padres de niños y jóvenes de entre 6 a 17 años (DISC-P) y otra para jóvenes de entre 9 a 17 años (DISC-Y). El DISC-IV utiliza los criterios diagnósticos como se especifica en el DSM-III-R (APA, 1987), DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1992) para detectar las siguientes patologías: trastornos de ansiedad (agorafobia, ansiedad generalizada, ansiedad excesiva, trastorno obsesivo-compulsivo, pánico, estrés postraumático, la ansiedad de separación, fobia social, fobia específica); trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico, episodio depresivo mayor, episodio maníaco/hipomaníaco); trastornos de conducta (déficit de atención/hiperactividad, negativista-desafiante, otros trastornos del comportamiento); trastorno por abuso de sustancias (abuso y dependencia de alcohol, nicotina, marihuana y otras sustancias) y otros trastornos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, enuresis/encopresis, pica, esquizofrenia, mutismo selectivo, síndrome de Tourette y otros trastornos por tics, tricotilomanía). Este instrumento dispone de una versión al castellano desarrollada por Bravo et al. (2001).

*Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients* (Barkley, 1987) es una entrevista semiestructurada que se realiza a los padres de los niños que presentan TDAH. Este instrumento permite obtener información sobre la historia del niño en una gran diversidad de aspectos a través de seis apartados: historia del desarrollo, la historia médica, la historia de tratamientos anteriores, la historia escolar, la historia familiar y la historia social.

Éstas y otras entrevistas estructuradas, semiestructuras o abiertas son el método más utilizado para obtener información sobre las distintas características que presentan los niños y adolescentes en el contexto de la evaluación clínica de los trastornos más frecuentes y en concreto, en la valoración del TDAH.

### 1.6.2.2. Escalas y cuestionarios

Como complemento a las entrevistas existen diversas escalas y cuestionarios específicos para medir el TDAH que nos aportan información acerca de los principales síntomas que presenta el paciente. La información aportada por la familia y el profesorado acerca de la valoración de la conducta es un componente esencial en la evaluación y diagnóstico del TDAH (Barkley, 1987). Entre los instrumentos utilizados en éste ámbito vamos a describir el objetivo de algunos de los más representativos, estos son:

*Child Behaviour Checklist (CBCL)* (Achenbach, 1991a) y el *Teacher's Report Form (TRF)* (Achenbach, 1991b) son instrumentos de cribado que permiten valorar la presencia de trastornos comórbidos.

*Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R)* (Conners 1997a; Conners, Sitarenios, Parker y Epstein 1998a) y *Conners' Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R)* (Conners 1997b; Conners, Sitarenios, Parker, Epstein y 1998b) se centran en detectar la presencia de TDAH mediante la evaluación de la información recogida a través de los padres y profesores, además este instrumento es sensible a los cambios provocados por el tratamiento.

*Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Goodman, 1997) es un instrumento cuya finalidad es el cribado de trastornos de salud mental (se ampliará información en el capítulo 6).

*Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)* (Farré y Narbona, 1998) se trata de una herramienta de cribado y evaluación de los síntomas de TDAH y otros trastornos de conducta que pueden coexistir con el síndrome (se describirá de manera más exhaustiva en el capítulo 6).

*ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998; Servera y Cardo, 2007) es una escala de cribado y evaluación del TDAH, cada ítem representa cada uno de los síntomas del TDAH según criterios del DSM-IV.

Estos instrumentos permiten orientar el diagnóstico ya que analizan los principales síntomas que presentan los niños con TDAH.

### 1.6.2.3. Pruebas neuropsicológicas

Las pruebas neuropsicológicas que se van a realizar en los pacientes de TDAH van a estar principalmente centradas en detectar el efecto que tiene este trastorno sobre los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y comportamentales del paciente. Existen diversos instrumentos que permiten recoger información focalizada en los déficits específicos que presenta el TDAH, vamos a destacar algunos de los más utilizados en la evaluación de este trastorno para niños entre los 6 y los 12 años aproximadamente.

Por un lado, se utilizan instrumentos que evalúan inteligencia en general éstos son: la *Weschler Intelligence Scale for Children IV (WISC-IV)* (Weschler, 2003), aporta información acerca de la capacidad intelectual general del niño, su funcionamiento en comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento y la *Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)* (Kaufman y Kaufman, 1997) es una medida de la habilidad cognitiva y conocimientos académicos a través de la evaluación de la capacidad de procesamiento mental o inteligencia.

Por otra parte, se evalúan tareas de atención sostenida y selectiva, concentración, focalización del estímulo y control inhibitorio, memoria operativa, flexibilidad mental, resistencia a la interferencia, autorregulación, planificación y resolución de problemas: el *Color Stroop Test and Word Test* (Golden, 1978, 2001), mide la atención selectiva a través de la habilidad para resistir la interferencia de tipo verbal; el *Perception of Differences Test* (Thurstone y Thurstone, 1941; Thurstone y Yela, 2012) **evalúa** la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias; el *D2, Test of Attention* (Brickenkamp y Zillmer, 1998) se centra en la velocidad de procesamiento, la atención selectiva y la concentración mental; el *Rey-Osterrieth, Complex Figure Test* (Osterrieth, 1944; Rey, 1997) se centra en el nivel de desarrollo intelectual y perceptivo-motor, la actividad perceptiva, atención, memoria visual inmediata, esfuerzo de memorización y rapidez de funcionamiento mental; *Conners' Continuous Performance Test (CPT)* (Conners, 1995) ofrece una medida de la atención

sostenida, selectiva y el control inhibitorio de respuestas; el *Wisconsin Card Sorting Test* (WSCT) (Grant y Berg, 1999) mide la flexibilidad cognitiva y la capacidad de categorización y el *Matching Familiar Figures Test-20* (MFF-20) (Buela-Casal, Carretero-Dios y De los Santos-Roig, 2002; Cairns y Cammock, 1978) evalúa el estilo cognitivo reflexibilidad-impulsividad.

Existen diversidad de materiales que podemos utilizar para valorar de manera general y específica las distintas dificultades y potencialidades que presentan los niños con TDAH.

Para finalizar este apartado, vamos a explorar dos sistemas de clasificación que se utilizan en la actualidad y que hemos comentado en el primer apartado de este capítulo, ya que, por un lado, han formado parte de la constitución y explicación del concepto de TDAH y por otro, son un referente para los distintos profesionales en el diagnóstico de este trastorno, ya que describen de manera exhaustiva la sintomatología que presentan estos niños. Sin embargo, el TDAH es uno de los trastornos más polémicos, por la falta de acuerdo respecto a los criterios diagnósticos.

### **1.6.3. Criterios diagnósticos**

En la actualidad existen dos sistemas de clasificación principales que utilizan los profesionales de la salud y que permiten establecer unos criterios específicos a través de la agrupación de síntomas descriptivos que presenta el TDAH para realizar el diagnóstico y establecer las bases del tratamiento.

#### **1.6.3.1. Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10)**

En la CIE-10 (OMS, 1992) se abandona la diferenciación entre psicosis y neurosis utilizadas en las ediciones anteriores para dar paso al término trastorno. En esta décima edición nos encontramos el TDAH dentro del grupo de Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y la Adolescencia (F90-98), en concreto, en el subgrupo denominado Trastornos Hipercinéticos (F90) que contempla el Trastorno de la Actividad y de la Atención (F90.0), el Trastorno Hipercinético Disocial (F90.1), Otros

Trastornos Hipercinéticos (F90.8) y el Trastorno Hipercinético Sin Especificación (F90.9).

A continuación en la Tabla 3 se exponen los síntomas concretos que ofrece esta clasificación, incluye por un lado los criterios relacionados con la inatención, hiperactividad e impulsividad, por otra parte, especifica la edad de inicio, frecuencia, consecuencias en la vida de la persona que lo padece y el diagnóstica diferencial.

Tabla 3. Criterios diagnósticos del TDAH en la CIE-10.

<p><b>1. Inatención. Al menos 6 síntomas de inatención han persistido al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares, el trabajo y en otras actividades.</li> <li>• Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.</li> <li>• A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.</li> <li>• Imposibilidad persistente de cumplimentar el trabajo escolar asignado u otras tareas (no debido a conducta de oposición o fallo en comprender las instrucciones).</li> <li>• Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</li> <li>• A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.</li> <li>• A menudo pierde objetos necesarios para tareas o actividades, tales como material escolar, lapiceros, libros, juguetes o herramientas.</li> <li>• Se distrae fácilmente ante estímulos externos.</li> <li>• Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.</li> </ul> <p><b>2. Hiperactividad. Al menos 3 síntomas de hiperactividad han persistido al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.</li> <li>• Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</li> <li>• A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes y adultos pueden solo estar presente sentimientos de impaciencia).</li> <li>• Es inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.</li> <li>• Exhibe persistentemente un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.</li> </ul> <p><b>3. Impulsividad. Al menos 1 de los siguientes síntomas de impulsividad han persistido durante al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.</li> <li>• A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.</li> <li>• A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (conversaciones, juegos).</li> <li>• Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.</li> </ul> <p><b>4. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.</b></p> <p><b>5. Los criterios deben cumplirse en más de una situación (p.ej., la combinación de inatención e hiperactividad debe estar presente en casa y escuela, o en escuela y otro ambiente donde el niño sea observado, como en la consulta (se requiere información de más de una fuente).</b></p> <p><b>6. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.</b></p> <p><b>7. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.</b></p>
--

Fuente: OMS (1992).

### 1.6.3.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR y DSM- 5)

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) dentro del apartado de Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia y, en concreto, en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, nos encontramos el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ver Tabla 4).

Tabla 4. Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-IV-TR.

<p><b>A.</b> o bien 1 ó 2:</p> <p><b>1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</b></p> <p><b>Falta de atención</b></p> <p>a. a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.</p> <p>b. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.</p> <p>c. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.</p> <p>d. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargo u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones).</p> <p>e. a menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.</p> <p>f. a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).</p> <p>g. a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas)</p> <p>h. a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.</p> <p>i. a menudo es descuidado en las actividades diarias.</p> <p><b>2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</b></p> <p><b>Hiperactividad</b></p> <p>a. a menudo mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en el asiento.</p> <p>b. a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo.</p> <p>c. a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).</p> <p><b>Hiperactividad</b></p> <p>d. a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.</p> <p>e. a menudo “está en marcha” o actúa como si “tuviera un motor”.</p> <p>f. a menudo habla en exceso.</p> <p><b>Impulsividad</b></p> <p>g. a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.</p> <p>h. a menudo tiene dificultades para guardar turno.</p> <p>i. a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).</p> <p><b>B.</b> Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.</p> <p><b>C.</b> Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).</p> <p><b>D.</b> Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p><b>E.</b> Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).</p>
---

Fuente: APA (2000).

En esta clasificación se contemplan tres subtipos: el tipo predominantemente inatento (si se satisfacen los criterios A1 pero no los de A2 durante los últimos seis meses), el tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (si se satisfacen los criterios A2 pero no los de A1 durante los últimos seis meses) y el tipo combinado (si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses).

Por otra parte, el actual DSM-5 (APA, 2013) presentará una serie de cambios respecto a los anteriores en la clasificación del TDAH. En primer lugar, esta patología se situará dentro del grupo de Trastornos del Neurodesarrollo. Estas modificaciones se presentarán en la línea de: la longitud de los síntomas (en el criterio A se planea incluir más síntomas para describir la hiperactividad-impulsividad y ampliar la descripción de los síntomas y así poder detectar también el TDAH en adultos); los umbrales para el diagnóstico en adultos (se reduce a 4 en caso de individuos de 17 años en adelante); la edad de inicio (en el criterio B en el que se sitúa la edad de 12 años para el inicio del problema, en lugar de los 7 años, además exige sólo la presencia de síntomas no el deterioro antes de los 12 años); la aparición de los síntomas y el deterioro que presentan (en el criterio C se plantea que los síntomas sean aparentes en dos o más contextos, en el criterio D no exige estrictamente un deterioro en todas las situaciones); los criterios de exclusión (en el criterio E los criterios de exclusión de los trastornos generalizados del desarrollo se han eliminado) y por último, el concepto subtipo se sustituye por especificador (Sibley, Waxmonsky, Robb y Pelham, 2013).

Una vez que se ha evaluado al niño y se ha establecido el diagnóstico, uno de los últimos pasos va a ser la implementación del tratamiento más adecuado que minimice las dificultades y fomente las potencialidades que se presentan en el paciente y su entorno.

### **1.7. Tratamiento del TDAH**

En la actualidad existen diferentes tipos de tratamiento para el abordaje del TDAH, teniendo en cuenta de que se trata de un trastorno crónico en la mayoría de los casos y la comorbilidad que presenta, es necesario realizar un adecuado plan de tratamiento lo más completo posible, así como evaluarse y modificarse de manera periódica dicho tratamiento para ver los resultados que se están consiguiendo, con el fin de adaptarlo a las necesidades

personales, familiares, sociales y emocionales de los pacientes. A continuación, vamos a describir algunos de los tratamientos más eficaces según la literatura existente en este ámbito.

### **1.7.1. Tratamiento farmacológico**

Desde que Bradley en 1937 descubriera el efecto beneficioso de los estimulantes sobre la conducta hipercinética ha habido una larga trayectoria hasta comenzar con el uso de medicamentos para el tratamiento del TDAH. El tratamiento farmacológico actual de elección para el TDAH incluye dos tipos de fármacos casi de manera exclusiva, el metilfenidato y la atomoxetina en niños a partir de los seis años y en adolescentes. De manera puntual, se administran otros medicamentos como son algunos agentes adrenérgicos (clonidina) y antidepresivos (bupropión, venlafaxina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino oxidasa, entre otros) aunque éstos no tienen indicación autorizada para el TDAH en nuestro país.

A partir de los años 60 comenzó a sintetizarse el metilfenidato, éste fármaco se incluye dentro de los psicoestimulantes, su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina en la neurona presináptica, por lo tanto, incrementa la concentración de estas monoaminas en el espacio extraneuronal mejorando la neurotransmisión postsináptica en el sistema nervioso central (Txakartegi y Fernández, 2006). El metilfenidato parece actuar preferentemente en la corteza prefrontal. En ensayos controlados con placebo y doble ciego, en niños y adultos, un 65-85% de los pacientes con TDAH presentó respuestas clínicas a metilfenidato en comparación con el placebo que se presenta entre el 4 y 30% (Wilens y Spencer, 2000). Actualmente podemos encontrar tres formulaciones diferentes del metilfenidato. Éstas son:

*Metilfenidato de liberación inmediata.* Se administra en varias tomas, la última debe ser antes de las 4 de la tarde, la dosis inicial es de 5 mg una o dos veces al día que pueden corresponder con el desayuno y la comida. La dosis y frecuencia se va aumentando en 5-10 mg semanalmente, con un máximo de 60 mg/día. Se caracteriza por una rápida absorción tras la administración oral con un efecto entre 2 y 4 horas.



*Metilfenidato de liberación modificada.* Se administra una vez al día por la mañana, la dosis inicial es de 5mg/día, se ajusta la dosis a intervalos semanales en incrementos de 5 mg. Éstas cápsulas tienen un componente de liberación inmediata de entre un 30-50% en la dosis y un componenete de liberación modificada entre 50- 70% de la dosis, con efecto a los 30 minutos tras la ingesta de la cápsula y una duración de unas 8 horas.

*Metilfenidato de liberación prolongada.* Se administra una vez al día por la mañana, la dosis inicial es de 18 mg/día, se va ajustando la dosis a intervalos semanales en incremento de 18mg hasta un máximo de 54 mg/día. Tras la administración oral su liberación es gradual a lo largo de unas 12 horas.

Por otra parte, nos encontramos la atomoxetina, que es un fármaco no psicoestimulante inhibidor selectivo del transportador presináptico de la noradrenalina. Se administra en una dosis única por la mañana o divida en dos tomas. En niños y adolescentes con un peso inferior de 70kg, la dosis inicial es de 0,5 mg/día durante 7 días, se podrá aumentar gradualmente hasta alcanzar la dosis de mantenimiento de 1,2 mg/kg/día. En niños y adolescentes con un peso superiro a 70kg se puede inicia con 40mg/día durante 7 días hasta llegar a una dosis de mantenimiento de 80mg/día, con una dosis máxima de 100 mg/día. Es necesario volver a evaluar la necesidad del fármaco tras un año de tratamiento. Puede ser adecuado mantener el tratamiento hasta la edad adulta. Se recomienda utilizar este fármaco en pacientes con tics, ansiedad, trastornos del sueño y con riesgo de abuso de sustancias.

En el estudio realizado por Pelham et al. (2001) los resultados indicaron que los niños que estaban en tratamiento con metilfenidato tanto de liberación inmediata como prolongada obtuvieron mejores puntuaciones en los comportamiento en el aula y productividad académica así como en comportamiento social en el entorno natural y en el laboratorio que el grupo placebo.

Asimismo, Wolraich et al. (2001) realizaron una investigación en la que compararon un grupo de niños a los que se les administraba metilfenidato de liberación inmediata y prolongada en comparación con otro grupo de placebo, los resultados mostraron que los niños

a los que se les administraba metilfenidato presentaban una reducción significativa de los síntomas de TDAH según sus padres y profesores.

En la revisión realizada por Ryan, Reid, Epstein, Ellis y Evans (2005) sobre 42 estudios acerca del análisis de la situación y tendencias de la investigación de la intervención farmacológica sobre el funcionamiento académico de los niños y adolescentes con TDAH, los resultados sugieren que: la información sobre los participantes de los estudios es limitado; que relativamente pocos estudios han investigado los efectos de medicamentos psicotrópicos entre la población adolescentes; los tipos de medicamentos investigados son limitados; las medidas dependientes a menudo carecen de sofisticación; los tratamientos se han limitado a intervenciones a corto plazo y las intervenciones realizadas con un tipo de medicamentos (metilfenidato y atomoxetina) han mostrado un efecto beneficioso moderado en todas las áreas académicas para niños y adolescentes con TDAH.

Éstos y otros estudios sugieren que la aplicación del tratamiento farmacológico en niños con TDAH mejora la sintomatología que permite mejorar el área académica y de relaciones sociales del niño. Sin embargo, hay que tener en cuenta que a la hora de administrar fármacos la existencia de los efectos secundarios. El trabajo llevado a cabo por Yildiz, Sismanlar, Cakin, Karakaya y Agaoglu (2011) en la que se comparaba la seguridad, la eficacia, la tolerabilidad y los efectos de la atomoxetina y el metilfenidato en niños con TDAH, encontraron que los efectos adversos más frecuentes en el grupo de atomoxetina fueron anorexia, náuseas, nerviosismo, pérdida de peso, dolor abdominal y somnolencia, el grupo de metilfenidato informó con más frecuencia de anorexia, nerviosismo, insomnio, dolor de cabeza, náuseas y pérdida de peso.

### **1.7.2. Tratamiento psicológico**

La intervención psicológica en el tratamiento del TDAH incluye diferentes terapias. Los tratamientos psicológicos que han demostrado mayor eficacia en la intervención con TDAH según la evidencia científica son la terapia conductual, el entrenamiento a padres y el entrenamiento en habilidades sociales (Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013).

En la investigación realizada por Barkley, Copeland y Sivage (1980) acerca de la eficacia de un procedimiento de autocontrol en un aula con niños con TDAH, encontraron que el paquete de autocontrol fue eficaz para mejorar la conducta disruptiva y la atención en las tareas durante el trabajo individual.

Bor, Sanders y Markie-Dadds (2002) utilizaron dos variantes del programa de intervención conductual familiar Triple P, una versión mejorada y otra estándar, y lo aplicaron a distintas familias con hijos con trastornos del comportamiento y dificultades de atención e hiperactividad. Los resultados indican niveles significativamente más bajos de problemas de comportamientos de los niños y de paternidad disfuncional en comparación con el grupo de lista de espera en los dos grupos en los que se se aplicó el programa de intervención.

En el estudio realizado por Hartman, Stage y Webster-Stratton (2003) en el que se evaluó la eficacia de un programa de entrenamiento para padres con niños con problemas de conducta con o sin problemas de atención, los hallazgos indicaron una disminución significativa en las observaciones negativas de las madres en las interacciones de crianza con sus hijos y la disminución de los problemas de conducta de los niños de acuerdo con informes de las madres y observaciones independientes en el hogar.

En la investigación realizada por Antshel y Remer (2003) en la que se llevó a cabo un entrenamiento en habilidades sociales en niños con TDAH, los hallazgos indican que este entrenamiento llevó a mejoras en el informe de cooperación y la afirmación en las habilidades según sus padres y mejoras en las habilidades de empatía según los propios niños.

El entrenamiento neurocognitivo supone una intervención diseñada para mejorar las funciones atencionales de los niños que presentan TDAH. En esta línea de trabajo, Shalev, Tsal y Mevorach (2007) probaron la eficacia de una intervención basada en un programa computerizado de entrenamiento de la atención progresiva (CPAT). Los resultados de este estudio indican que los participantes mostraron una mejoría significativa en la atención y el rendimiento académico en comparación con el grupo control.

### **1.7.3. Tratamiento psicopedagógico**

El alumnado con TDAH muestra menor compromiso académico y mayores tasas de comportamientos disruptivos y de falta de atención en el aula (Vile, DuPaul, Jitendra, Volpe y Cleary, 2006). La intervención psicopedagógica se centra principalmente en la mejora del rendimiento académico del alumnado que presenta TDAH, su principal objetivo es favorecer las competencias académicas y potenciar el uso de los recursos educativos (organización, técnicas de estudio, apoyo educativo, normas en el aula, adaptaciones curriculares, etc.) en el contexto escolar.

DuPaul, Ervin, Hook y McGoey (1998) evaluaron los efectos de la tutoría entre iguales de toda la clase sobre el comportamiento en el aula y el rendimiento académico de estudiantes con TDAH. Los resultados indican que cuando se compara con actividades de instrucción típicas, la tutoría entre iguales aumenta la participación activa en las tareas académicas y reduce el comportamiento disruptivo en la mayoría de los participantes. El 50% de los estudiantes diagnosticados con TDAH mostró mejoras en el rendimiento académico, en matemáticas o la ortografía durante la tutoría entre iguales. Los autores sugieren que este tipo de estrategia parece eficaz para abordar las dificultades de rendimiento escolar y comportamiento asociadas con el TDAH en el ambiente de educación. Asimismo, la intervención de tutoría de los padres con alumnado que presentan TDAH parece que favorece el rendimiento de lectura en el hogar de los estudiantes (Hook y DuPaul, 1999).

A través de un programa de ordenador, Clarfield y Stoner (2005) investigaron los efectos sobre la fluidez en la lectura oral y la dedicación a la tarea en niños con TDAH. Los resultados sugieren que el programa computarizado era eficaz para mejorar los resultados sobre la lectura de manera directa e indirectamente disminuía el comportamiento fuera de la tarea.

Las intervenciones académicas que se utilizan para mejorar el desempeño académico del alumnado que presenta TDAH recoge modificaciones en la metodología del profesorado, la tutoría entre iguales, el uso de la enseñanza asistida por ordenador (DuPaul y Weyandt, 2006), la tutoría de los padres en el hogar, la ayuda con la tarea, el uso de estrategias de expresión escrita y la toma de notas en el aula (DuPaul, 2007).

Por otro lado, existen diversos programas como son el Programa Paraprofesional Irvine (Kotkin, 1998) que incluye diversos tipos de intervención (asesoramiento al profesorado sobre la gestión eficaz en el aula, refuerzo escolar, intervención especializada con el alumnado, etc.) y el Programa de Competencias Académicas y de Comportamiento (ABC) (Pelham et al., 2005) que parte del cumplimiento de unas reglas como son completar las tareas y las actitudes de los niños hacia la instrucción. Ambos programas parecen ser beneficiosos tanto para el comportamiento en el aula como para mejorar el rendimiento académico del alumnado.

#### **1.7.4. Tratamiento multimodal**

A partir de las intervenciones anteriores surge otra perspectiva que se orienta hacia la combinación de distintos tratamientos que dan lugar al enfoque multimodal.

En los años 90 el Instituto Nacional de Salud Mental Infantil y diversos equipos de investigación comenzaron un estudio para evaluar las distintas opciones de tratamiento que existían hasta el momento. Para ello, llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el participaron 579 niños de edades comprendidas entre los 7 y los 9,9 años durante 14 meses que fueron asignados a distintos grupos (control farmacológico, tratamiento conductual, un tratamiento multimodal de TDAH que combinaba fármacos con terapia conductual y atención estándar en la comunidad). Los resultados mostraron reducciones en los síntomas principales del TDAH pero con diferencias significativas entre los tratamientos. Así, las intervenciones con fármacos y el combinado fueron superiores al tratamiento conductual y la atención estándar en la comunidad para la mejora de los síntomas principales del TDAH. Para otras áreas de funcionamiento como son las habilidades sociales, rendimiento escolar, relaciones familiares, comportamiento oposicionista, ansiedad y depresión, los resultados sugieren que el el tratamiento multimodal presenta ventajas sobre los tratamientos individuales de fármacos, tratamiento conductual y sobre la atención estándar en la comunidad (Jensen et al., 2001; Swanson et al., 2008a, 2008b; MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b, 2004).

Miranda, Presentación y Soriano (2002) evaluaron la eficacia de un programa multicomponente en el contexto del aula de 50 niños diagnosticados con TDAH, para ello, realizaron un entrenamiento al profesorado de 29 de estos niños que consistía en la

capacitación en el uso de técnicas de modificación de conducta, estrategias de comportamiento cognitivo y estrategias de gestión de instrucción. Los resultados señalaban que los padres y profesores encontraron mejorías en los síntomas primarios y en las dificultades de comportamiento así como un aumento de los resultados académicos.

En la misma línea, Dopfner et al. (2004) realizaron un estudio con 70 niños con edades comprendidas entre los 6 y los 10 años diagnosticados con TDAH para evaluar la eficacia de una intervención individualizada y multimodal con un enfoque de tratamiento adaptativo en el que se iban añadiendo intervenciones en función de la eficacia del tratamiento o se cambiaba el tratamiento utilizado por otro. Los resultados indican que durante el tratamiento los problemas de conducta definidos y los síntomas comórbidos se redujeron de manera significativa, en las calificaciones realizadas por el profesorado de estos niños el tratamiento combinado resultó más eficaz. Según este estudio la terapia de conducta y el tratamiento combinado (medicación, terapia de conducta y psicoeducación) son intervenciones efectivas dentro de una estrategia de tratamiento multimodal adaptado de manera individual al paciente.

Otros autores como So, Leung y Hung (2008) diseñaron una investigación para comparar la eficacia de un tratamiento a base de metilfenidato frente a un tratamiento conductual combinado en el que se incluía metilfenidato y tratamiento conductual en la práctica clínica. Durante 6 meses administraron estos tratamientos a grupos de 90 niños con una media de 8 años edad diagnosticados con TDAH asignados al azar a cada grupo experimental. Los hallazgos de este estudio señalan que el tratamiento combinado en dosis bajas fue significativamente más eficaz que el metilfenidato administrado de forma aislada sobre los síntomas principales del TDAH y la conducta de los niños. Según los autores, este estudio proporciona evidencia empírica de que el tratamiento combinado puede ofrecer beneficios adicionales para el tratamiento de TDAH.

Por otro lado, existen otros tratamientos que se basan en la medicina alternativa y complementaria para el afrontamiento del TDAH, algunos de estos son: los tratamientos dietéticos como puede ser añadir alimentos beneficiosos como ácidos grasos como omega 3 y, eliminar alimentos que puedan ser perjudiciales tales como colorantes y conservantes,

homeopatía, optometría, plantas medicinales, neurofeedback o biofeedback EEG, psicomotricidad, estimulación auditiva y osteopatía (Gálvez, 2010).

Actualmente la investigación alrededor del neurofeedback o biofeedback EEG está mostrando ser una alternativa de tratamiento para el TDAH (Fox, Tharp y Fox, 2005). Monastra, Monastra y George (2002) realizaron un estudio sobre los efectos del metifenildato de liberación inmediata, biofeedback EEG y el estilo de crianza en niños diagnosticados con TDAH. Estos autores encontraron que sólo los pacientes que habían recibido biofeedback EEG mantuvieron los efectos beneficiosos sobre la atención y el comportamiento de los niños en comparación con los que recibieron medicación.

La literatura científica ha evidenciado la presencia de un mayor número de estudios dirigidos a analizar la eficacia de la medicación estimulante, en concreto, el metilfenidato, frente a otro tipo de intervenciones (Jarque, 2012). El tratamiento farmacológico se está adaptando cada vez más a las necesidades de los pacientes, la eficacia de este tratamiento sobre los síntomas principales del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad) ha sido ampliamente demostrada, sin embargo, algunos autores destacan las limitaciones que presentan estas intervenciones. Como hemos señalado anteriormente el tratamiento psicosocial, psicopedagógico y la combinación de tratamientos (medicación estimulante junto a la intervención psicosocial) permite mejorar la conducta, el rendimiento académico y en general el entorno personal, familiar y educativo de estos pacientes. Podemos señalar por lo tanto que los profesionales deberán evaluar de forma exhaustiva las necesidades y potencialidades que presenta el paciente en todas las áreas de la vida del paciente y aplicar el tratamiento lo más completo y eficaz posible que beneficie lo máximo posible la calidad de vida del paciente y de su entorno más próximo.

Debemos entender este trastorno de manera global ya que las distintas dificultades que presentan abarcan a todas las áreas de la vida del niño y de su entorno más próximo como veremos en los capítulos siguientes.





# Capítulo 2

## FAMILIA Y DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

La familia va a ser uno de los pilares fundamentales para el niño con TDAH, el contexto familiar va a ser el lugar donde va a desarrollar su personalidad de forma completa y dónde va a adquirir principalmente valores, normas y comportamientos. Durante la infancia se va a establecer una relación positiva o negativa entre los miembros de la familia, es decir, esta relación va a favorecer o dificultar el desarrollo del niño. En el caso de niños con TDAH es de especial interés que este contexto sea lo más adaptado posible a las características que presenta el paciente, así el ambiente más adecuado será aquel en el que existan pautas y modelos de referencia positivos, seguridad, tranquilidad, comprensión y afecto.

En este capítulo vamos a centrarnos en el núcleo familiar en el que se desenvuelve la vida del niño con TDAH para ello, vamos a exponer las principales características que presentan estas familias, teniendo en cuenta por un lado los factores familiares que pueden interactuar en la evolución del trastorno y por otro, vamos a analizar las principales consecuencias en la vida de los padres y hermanos de los niños que presentan este trastorno.

### **2.1. Contexto familiar y TDAH**

En el capítulo anterior señalábamos cómo ciertos factores psicosociales interactúan con los genéticos en la explicación etiológica del TDAH. En este momento vamos a destacar ciertas características que se presentan dentro del núcleo familiar de niños con TDAH. Este contexto en sí mismo integra un importante número de factores protectores frente a las dificultades que se presentan en la vida de los hijos con TDAH, pero también puede convertirse en un núcleo en el que aparezcan importantes factores de riesgo que van a influir en el desarrollo del trastorno, así como el mantenimiento o manifestación de los síntomas como veremos en este apartado.

Podemos encontrar niños en los que el TDAH es predominantemente de aparición en edades tempranas y que está determinado por factores de riesgo biológicos en el que el ambiente contribuye de manera menor. Asimismo, existen niños en los que el entorno familiar se convierte en el principal determinante de los síntomas combinado con la predisposición del niño. Este capítulo está dedicado a analizar el contexto familiar de estos niños. En otros niños la combinación de importantes factores biológicos y ambientales lleva a la manifestación del trastorno. Asimismo, puede considerarse la existencia de niños en los que el predominio de factores ambientales protectores permiten un desarrollo y adaptación al entorno más adecuado del niño con predisposición genética de TDAH, aunque esta vía no ha sido investigada como tal ya que es muy difícil encontrar muestras clínicas o comunitarias con estas características.

Por lo tanto, la disfunción familiar puede entenderse como un factor de riesgo que interactúa con la naturaleza biológica del niño en la presentación, potenciación y evolución de los síntomas del TDAH (Johnston y Mash, 2001). El entorno familiar va a considerarse un importante predictor de la salud mental de los niños (Thompson et al., 2007). Por lo tanto, la comprensión de los múltiples factores del contexto que influyen en la expresión de los síntomas que presentan los niños con TDAH permite entender las contribuciones ambientales que influyen en las vías individuales del desarrollo del trastorno (Deault, 2010).

A continuación describiremos algunos de los factores familiares que pueden influir en la evolución y curso del TDAH.

### **2.1.1. Estilo educativo**

El presente apartado realiza una revisión acerca de la investigación en el área de habilidades de crianza y el desarrollo de los niños con TDAH. El estilo de disciplina supone un importante factor del ambiente familiar que puede influir en el curso del TDAH, éste incluye la disciplina, el control, el afecto, la respuesta a las necesidades y la comunicación en la interacción padre/madre-hijo. Diversos estudios se han centrado en este aspecto de la práctica de crianza de los hijos ya que están relacionados con una amplia variedad de problemas conductuales, sociales y emocionales de estos niños. La calidad de la interacción

padre/madre-hijo durante la primera infancia afecta a las relaciones sociales y al ajuste del comportamiento del niño (Scaramella y Leslie, 2004).

La interacción temprana entre padre-hijo influye en la capacidad de autocontrol desarrollada por los hijos. En el estudio realizado por Olson, Bates y Bayles (1990) observaron las relaciones padre-hijo en el control de impulsos de los niños en el hogar durante los primeros dos años. Los resultados indicaron que las interacciones padre-hijo cognitivamente estimulantes en el segundo año predijeron modestamente medidas cognitivas posteriores de no impulsividad y capacidad para demorar la gratificación, así como el apego a la madre (aunque sólo para los niños y no para las niñas).

En la revisión realizada por Danforth, Barkley y Stokes (1991) sobre las relaciones funcionales y los posibles efectos recíprocos que tienen lugar durante las interacciones entre padres e hijos con TDAH, los hallazgos señalan que la medicación y el entrenamiento de los padres pueden ser eficaces porque interrumpen las interacciones coercitivas mediante la reducción de la tasa de conductas aversivas, lo que supone una reducción de la frecuencia de las conductas que se refuerzan negativamente. Los autores concluyen que los niños hiperactivos y sus padres comparten el mismo contexto y ambos ejercen una influencia en el comportamiento del otro.

El trabajo desarrollado por Johnston (1996) examinó las interacciones entre padres e hijos y las características de los padres en familias con niños sin problemas, familias con niños con TDAH y comorbilidad con bajo nivel de conducta oposicionista-desafiante y familias con niños con TDAH y comorbilidad con nivel alto de conducta oposicionista-desafiante. A través de la observación y los informes diarios de los padres los resultados señalan que las puntuaciones más altas en problemas se dieron en el grupo de TDAH con un nivel alto de comorbilidad con la conducta oposicionista-desafiante. Asimismo, los informes diarios indican que los padres de los grupos con TDAH utilizan estrategias negativas reactivas y pautas de crianza menos positivas en comparación con el grupo control.

El estilo de disciplina agresivo se asocia con la hiperactividad de los niños, así lo exponen los autores Woodward, Taylor y Dowdney (1998) en su trabajo acerca de la relación entre el estilo de crianza en la vida familiar y la hiperactividad infantil. Los resultados de este estudio mostraron que el afrontamiento inadecuado de los padres y el uso de métodos de disciplina agresivos estaban significativamente relacionados con la hiperactividad de los hijos. Los autores concluyen que la calidad de la crianza ofrecida a los hijos hiperactivos puede contribuir a los problemas de conducta destacando la necesidad de analizar las actitudes de crianza y el comportamiento de las figuras paternas en el curso, pronóstico y resultados del tratamiento de los niños con hiperactividad.

Keown y Woodward (2002) examinaron la calidad de las relaciones entre padres, madres e hijos y el funcionamiento familiar de niños en edad preescolar con hiperactividad de inicio temprano y lo compararon con una muestra comunitaria. Según los hallazgos de este estudio, el estilo de crianza y los factores de la vida familiar se encuentran asociados con la hiperactividad durante la primera infancia, así como con problemas conductuales en los niños. En concreto, en esta investigación se encontraron tasas más altas de prácticas disciplinarias laxas, menor eficacia de afrontamiento de los padres, bajas tasas de comunicación padre-hijo y menor sincronía de la madre en las interacciones con el niño que se asociaron con hiperactividad. Según los autores los hallazgos sugieren que la manera en las que las figuras parentales interactúan con sus hijos en edad preescolar con hiperactividad va a contribuir al desarrollo de problemas de comportamiento.

En el estudio acerca de la relación entre la emoción expresada de los padres y el TDAH y trastornos del comportamiento disruptivo en niñas de 6 a 12 años, Peris y Hinshaw (2003) indicaron que los resultados muestran que la elevada expresión emocional de las madres se asoció tanto con TDAH como con agresividad (aunque en menor medida que con el TDAH).

Lange et al. (2005) realizaron un estudio diseñado para comparar los informes de los padres de las familias de los niños con TDAH o con trastornos emocionales, con familias comunitarias acerca de una serie de aspectos del funcionamiento psicosocial: estrés, apoyo y calidad de vida, funcionamiento actual de la familia, estilo de crianza de los hijos y

satisfacción con la familia de origen y la actual y funcionamiento parental actual y pasado. Los hallazgos sugieren que los dos grupos clínicos mostraron niveles más altos de estrés y niveles más bajos tanto de apoyo social y calidad de vida que el grupo control. Los grupos clínicos mostraron déficit en el funcionamiento familiar actual e informaron de menor satisfacción con la crianza en su actual familia como en su familia de origen que el grupo control. Asimismo, los padres de niños con TDAH informaron de mayores niveles de estilo educativo autoritario.

En un estudio desarrollo por Seipp y Johnston (2005) se analizó la capacidad de respuesta y la reactividad de madres de hijos entre 7 y 9 años con TDAH y conducta de oposición, madres de hijos con TDAH y madres de niños sin problemas durante las interacciones de juego y limpieza. Los resultados indican que las madres de hijos con TDAH y conducta oposicionista fueron menos sensibles, utilizaban estrategias de disciplina más reactivas en la crianza e informaron de más hostilidad que las madres de hijos sin problemas, y las madres de hijos con TDAH no difieren de las de los otros grupos ya que no eran significativamente más sensibles que las madres de hijos con comorbilidad ni significativamente menos sensibles que las madres de hijos sin problemas. Este estudio se basa en investigaciones previas concluyendo que las diferencias en la crianza o estilo de disciplina asociado con el TDAH con comorbilidad con conductas de oposición pueden ser atribuidas a las características maternas o las características del hijo.

McLaughlin y Harrison (2006) evaluaron las relaciones entre las características conductuales y demográficas de los niños con TDAH y las características de las madres en la comprensión de la efectividad de las prácticas de crianza utilizadas. Para ello, se pidió a las madres que evaluaran la gravedad de la conducta disruptiva de su hijo, su sentido de la competencia parental, la percepción del aislamiento social y las prácticas de crianza de los hijos. Los resultados indicaron que una mayor severidad de la conducta disruptiva del niño y una menor sensación de competencia parental se asociaron con la menor efectividad de las prácticas de crianza más allá de los efectos de la edad del niño, si era hijo único, el número o la gravedad de la conducta del niño y el aislamiento social. Los autores destacan una relación significativa entre la mayor gravedad de la conducta del niño y las prácticas de crianza menos eficaces.

Los padres de los niños con TDAH presentan menos confianza en sí mismo, menos afecto en la interacción con sus hijos y utilizan el castigo corporal más a menudo que los padres de niños sin TDAH (Alizadeh, Applequist y Coolidge, 2007). Los resultados del estudio desarrollado por Tripp, Schaughency, Langlands y Mouat (2007) en el que evaluaron la competencia y calidad de las interacciones padre-hijo de niños con TDAH y niños sin problemas durante la ejecución de actividades de resolución de problemas y juegos, señalan diferencias significativas entre los grupos de niños con TDAH y control durante la resolución de problemas en las medidas que se realizaron sobre la calidad de la interacción, en el calor, compromiso y comunicación con los padres. Así la interacción de las familias del grupo control fue más cálidas, más comprometidas y con una comunicación más eficaz que las familias de niños con TDAH.

En la investigación llevada a cabo por Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner y Roselló (2007) sobre los métodos de disciplina, encontraron que las madres de niños con TDAH utilizaban estrategias más emocionales, por lo que se presentaban como más autoritarias y con mayor irritabilidad y frustración que las madres de niños sin TDAH, sobre todo si el TDAH presentaba comorbilidad con el trastorno oposicionista-desafiante, aunque independientemente del subtipo que presentaba el niño.

En un trabajo desarrollado por Raya, Herreruzo y Pino (2008) se expone la relación existente entre los distintos factores que componen el estilo de crianza de padres y madres (compromiso, comunicación y distribución de rol del padre, apoyo de la madre y disciplina y autonomía de ambos progenitores) y la hiperactividad de los hijos. Los resultados apuntan que una combinación de puntuaciones altas en: compromiso y distribución de rol por parte del padre junto con puntuaciones bajas en: comunicación del padre, apoyo de la madre y disciplina y autonomía de ambos progenitores, influyen significativamente en el aumento de la probabilidad de que se dé una puntuación en la zona de riesgo del instrumento de evaluación de la hiperactividad utilizado. De este modo, las variables actúan como predictoras de una alta probabilidad de puntuar en la zona de riesgo cuando presentan puntuaciones bajas y como predictoras de una alta probabilidad de puntuar en la zona de baja hiperactividad cuando las

puntuaciones son altas. El estudio señala que existen pocas diferencias entre los estilos de crianza de padres y madres.

Por su parte, Landau, Amiel-Laviad, Berger, Atzaba-Poria y Auerbach (2009) realizaron un estudio en el que analizaron los patrones de interacción entre padres, madres e hijos con siete meses en riesgo familiar de TDAH y lo compararon con familias sin riesgo durante el juego infantil. Los padres fueron instruidos para abstenerse de intervenir en la medida de lo posible. Los niños del grupo de riesgo no diferían de aquellos del grupo de comparación en la frecuencia de la necesidad de ayuda o involucrar a los padres en el juego, sin embargo, recibieron una respuesta de sus madres en menor frecuencia que los niños del grupo de comparación o ninguna respuesta a las necesidades de los niños.

Schroeder y Kelley (2009) analizaron las relaciones entre el funcionamiento ejecutivo, el entorno familiar y las prácticas parentales en los niños diagnosticados con TDAH y niños sin TDAH. Para ello, compararon a un grupo de padres con hijos entre los 6 y los 12 años con y sin TDAH. Los padres de niños diagnosticados con TDAH informan que sus hijos exhiben mayores problemas de regulación del comportamiento y habilidad metacognitivas, y describen sus entornos familiares como menos organizados y con más conflictos familiares. Los padres de niños sin TDAH informan de mayores niveles de cohesión familiar, organización y expresividad y menores niveles de conflictos familiares y mayor control del comportamiento de sus hijos. Los resultados sugieren que los niveles más altos de conflicto familiar junto a la menor organización en el hogar se relaciona con los informes de los padres sobre las dificultades de comportamiento y de las funciones metacognitivas de los niños.

Según Presentación, Pinto, Meliá y Miranda (2009) es importante tener en cuenta la relación que existe entre el estrés que produce la crianza de los hijos con TDAH y el uso de técnicas de disciplina inadecuadas por parte de la familia, que potencian la gravedad de los síntomas de TDAH y la aparición de trastornos de conducta.

En el estudio desarrollado por Kaiser, McBurnett y Pfiffner (2011) el objetivo fue evaluar los efectos principales de: la severidad del TDAH y de la crianza positiva o negativa de los padres y madres sobre las habilidades sociales y el comportamiento agresivo de los hijos con TDAH; la crianza como posible mediador de la relación entre la severidad del TDAH y las habilidades sociales y la conducta agresiva y, la severidad del TDAH como moderador potencial de la relación entre los padres y las habilidades sociales del niño y el comportamiento agresivo. Los hallazgos sugieren que la crianza y la severidad del TDAH se asocian de forma independiente con las habilidades sociales y el comportamiento agresivo de los niños. El aumento de la severidad del TDAH fue asociado con menor habilidad social y alto comportamiento agresivo y las prácticas de crianza también sirvieron como un importante e independiente predictor de las habilidades sociales y agresión. Los niveles más altos de la crianza positiva materna fueron vinculados con mayores habilidades sociales del niño y una menor agresión infantil, mientras que una mayor crianza negativa materna se asoció con menores habilidades sociales del niño y mayor agresividad infantil. La crianza paterna sólo se asoció con los resultados de las habilidades sociales del niño, así los niveles de mayor crianza positiva se relaciona con mayores habilidades sociales del niño, mientras que los niveles más altos de crianza paterna negativa estaba vinculada a niveles más altos de agresión infantil. Las asociaciones entre la crianza de los hijos el padre y la agresión infantil no fueron significativas. Según los autores, la evidencia de que la crianza de los hijos es un mediador de la relación entre los resultados de severidad de TDAH del niño sugiere que los cambios en los síntomas del niño también pueden mejorar las prácticas de crianza de los hijos lo que puede provocar mejoras en los síntomas del niño.

Las variables de crianza influyen en el desarrollo socioemocional de los niños con TDAH. En el trabajo desarrollado por Oh et al. (2012) acerca de los factores que afectan a la autoestima y a la competencia social de los niños con TDAH encontraron que la actitud de crianza cariñosa y comorbilidad del niño fueron los predictores más importantes de la autoestima, la actitud de crianza de rechazo fue el predictor más importante de la competencia social. Estos autores concluyen que los niveles más altos de la actitud de crianza cariñosa de la madre y la condición de no comorbilidad de los niños predice una mayor autoestima de los



niños, por otro lado, mayores niveles de rechazo de la actitud de crianza hijos predicen una competencia social más baja en los niños.

Cómo se observa a lo largo de las distintas investigaciones, el estilo educativo de los padres de niños con TDAH se presenta como más autoritario que el de los padres de niños sin TDAH (Moghaddam, Assareh, Heidaripoor, Rad y Pishjoo, 2013) o también como muy permisivo.

Por lo tanto, es muy importante conocer y potenciar las habilidades parentales de los adultos que conviven con los niños con TDAH de manera que la educación y crianza de sus hijos sea lo más adecuada posible. Estas prácticas de crianza van a influir de manera importante en el desarrollo y estabilidad de los problemas de comportamiento de los niños así como la comorbilidad con otros trastornos y/o agravamiento de los síntomas que presentan sus hijos y que influyen en la manera directa en el óptimo desarrollo de la vida familiar.

### **2.1.2. Psicopatología parental**

En algunas ocasiones vamos a encontrar familias en las que alguna de las figuras parentales o ambas presentan TDAH u otras patologías, éstas suponen un factor de riesgo importante para los niños con TDAH respecto a la aparición de trastornos asociados que complican el diagnóstico, el curso e intervención sobre el TDAH.

La investigación realizada por Kashdan et al. (2004) examinó la relación entre la ansiedad y depresión de los padres, el TDAH infantil, los síntomas de comportamiento oposicionista-desafiante de los hijos y el funcionamiento familiar. Los resultados del estudio indican que la ansiedad de los padres estaba relacionada de forma única con la disciplina parental intrusiva y negativa, la ansiedad social, la disminución del calor parental y la participación positiva con sus hijos.

La comorbilidad de los niños con TDAH con los trastornos del comportamiento o trastorno oposicionista-desafiante se asocia con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y la dependencia de estimulantes/cocaína materna y trastornos del comportamiento

durante la infancia paterna y los problemas con el consumo de alcohol actual del padre según informaron las madres (Chronis et al., 2003).

Los niños con TDAH que presentan comorbilidad con trastorno de ansiedad presentan un entorno familiar con menor cohesión entre los miembros, una comunicación más pobre, más conflictos, mayor dependencia y dificultad para la autonomía de los niños que las familias con TDAH y familias comunitarias. Asimismo, las madres de los niños con TDAH con ansiedad presentan TDAH y tienden a una mayor incidencia de abuso de sustancias (alcohol) (Kepley y Ostrander, 2007). En la misma línea, encontramos que la comorbilidad de ansiedad de niños con TDAH está significativamente asociada con la ansiedad materna, las prácticas de crianza inadecuada y la sobreprotección (Pfiffner y McBurnett, 2006).

Pfiffner, McBurnett, Rathouz y Judice (2005) señalan que la comorbilidad con trastorno oposicional-desafiante y trastorno de la conducta en los niños con TDAH se asocia de manera significativa con la disciplina negativa/ineficaz de la madre. La comorbilidad del TDAH se relaciona de forma significativa con la falta de calidez materna y la participación, la disciplina negativa/ineficaz paterna y con el trastorno de personalidad antisocial paterno. El riesgo de trastorno de conducta parecía estar relacionado con padres sin trastorno antisocial. Además la disciplina consistente parece importante para abordar la comorbilidad con el trastorno oposicional-desafiante y trastornos de conducta pero la psicopatología parental y la calidad de la relación entre madre e hijo podrían suponer un riesgo específico para la comorbilidad con trastornos de conducta. Los esfuerzos por prevenir y/o tratar el trastorno de la conducta no deben considerar la única disposición de la estructura y disciplina prudente, sino también las cualidades afectivas de la relación entre el cuidador principal y el niño.

Wilens et al. (2005) evaluaron el efecto del TDAH y el abuso de sustancias en los padres de niños con TDAH. Para ello, realizaron cuatro grupos basándose en la situación de los padres: niños con padres sin ningún trastorno; niños con padres con TDAH, niños con padres con trastorno de abuso de sustancias y niños con padres con TDAH y trastorno de abuso de sustancias. El TDAH y el abuso de sustancias de los padres fueron utilizados para predecir el TDAH de la descendencia. Los resultados del estudio indican distintas tasas de niños con

TDAH: 3% en los niños de padres sin trastornos (grupo control); 13% en niños de padres con trastorno de abuso de sustancias; 25% en niños de padres con TDAH y 50% en niños con padres con TDAH y trastorno de abuso de sustancias. Según los autores estos datos experimentales apoyan la hipótesis de que el TDAH de los padres y el trastorno por abuso de sustancias se asocian con el TDAH de los hijos.

En el estudio desarrollado por Harris, Boots, Talbot y Vance (2006) los hallazgos indican que las madres de niños con TDAH subtipo combinado y comórbido con trastorno distímico, informan de tasas más altas de ansiedad y depresión que las madres de los niños que presentan TDAH combinado.

Psychogiou, Daley, Thompson y Sonuga-Barke (2007), evaluaron la asociación síntomas del TDAH de niños en edad escolar y adultos sobre las prácticas de crianza específicas sobre los niños de las madres y padres. Los resultados indican que los síntomas del TDAH infantil se asociaron con un aumento en la crianza negativa de los hijos, asimismo, los síntomas del TDAH en las madres fueron en general asociados con la disminución de la participación y la crianza positiva. Por otra parte, los problemas de conducta del niño y las características agresivas adultos se asociaron con aumento de la crianza negativa de los hijos. Uno de los hallazgos más significativos de este estudio según los autores fue que los efectos del TDAH infantil sobre la crianza fueron mejorados cuando las madres también tenían altos niveles de síntomas de TDAH aunque en el caso de los padres no se encontró este efecto incluso se encontró lo contrario, es decir, los padres con niveles altos de TDAH potenciaron los efectos del TDAH infantil.

En la investigación llevada a cabo por Mokrova, O'Brien, Calkins y Keane (2010) acerca de la relación entre el TDAH maternal y paternal, las prácticas de crianza de los hijos que requiere la inhibición de impulsos, la atención sostenida y la consistencia y el nivel de caos en casa, los resultados sugieren que las prácticas de crianza de los hijos que requieren la inhibición de la respuestas inmediatas y la capacidad de enfocar la atención en un niño puede verse comprometida en los padres con los síntomas del TDAH en niveles no clínicos. Según

las autoras, los padres que experimentaron mayores niveles de síntomas de TDAH informaron de una mayor desorganización en el hogar. Las madres informaron de un mayor caos en casa cuando ellas, sus parejas o sus hijos tenían niveles más altos de síntomas de TDAH. Por otra parte, para los padres sólo sus propios síntomas de TDAH predijeron mayores niveles de caos en casa. Los síntomas del TDAH materno se asociaron positivamente con disciplina inconsistente y respuestas que no apoyaban a las emociones negativas de los niños, estas asociaciones estaban mediadas por el caos en casa. Los niveles más elevados de síntomas de TDAH en padres predijeron la disciplina más inconsistente, baja implicación, un bajo nivel de apoyo y un alto nivel de respuestas que no apoyan las emociones negativas de los niños.

Steinhausen et al. (2013) compararon la psicopatología y personalidad entre los padres de niños con TDAH y padres control. Para ello, realizaron grupos de padres en función de la presencia y duración del TDAH. Los hallazgos indican que los padres con TDAH persistente durante toda la vida fueron más anormales en todas las dimensiones de la psicopatología del TDAH y en las dimensiones de personalidad de neuroticismo y baja conciencia. Las puntuaciones en los distintos instrumentos administrados a los padres con TDAH se acercaron a los de los padres con TDAH persistente y ambos grupos lograron mayores puntuaciones en psicopatología que los padres con TDAH remitido o sin TDAH. Los autores señalan que existe una clara evidencia de que es principalmente el TDAH en los padres en lugar del TDAH en el niño el que tiene impacto en el funcionamiento de los padres.

Los resultados de los estudios expuestos anteriormente nos indican la necesidad de detectar de manera precoz la psicopatología que presentan los progenitores de los niños con TDAH así como la comorbilidad que presentan sus hijos e intervenir sobre estos aspectos ya que son importantes variables que repercuten de manera negativa sobre la calidad de vida familiar.

## 2.2. Impacto del TDAH en la familia

Las familias que integran un hijo con TDAH deben afrontar los problemas que se derivan de los síntomas propios del trastorno y de los asociados. Las consecuencias del TDAH afectan no sólo al niño, sino también a los padres, madres y hermanos, causando perturbaciones en la familia y el funcionamiento marital (Harper, 2005).

A lo largo de la literatura encontramos como los padres y madres expresan que tener un hijo con TDAH genera sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, incluso en los padres y madres más competentes (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003). Asimismo esta situación de malestar se extiende a los hermanos de estos niños que experimentan sentimientos de tristeza e indefensión y se sienten como víctimas (Kendall, 1999).

En el estudio realizado por Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Sigenthaler-Hierro y Jara-Jiménez, (2006) en familias con niños con TDAH subtipo combinado encontraron que en las áreas analizadas: sentimiento y actitudes de los padres, vida social de la familia, relación de pareja, relaciones con los iguales y hermanos se muestra un deterioro importante.

Como señalan Johnson y Mash (2001) la naturaleza estresante, exigente e intrusiva de las características del TDAH infantil es propensa a evocar reacciones negativas en los otros miembros de la familia e influye de manera negativa en las relaciones familiares y el funcionamiento psicológico de los padres.

A la hora de analizar el impacto familiar hay que tener en cuenta, por una parte, las características del niño que presenta TDAH, es decir, su edad, sexo, subtipo, síntomas nucleares, comorbilidad con otros trastornos así como su personalidad y, por otro, las características de los padres y madres de éstos como son sexo, edad, estilo educativo, personalidad, psicopatología.

A continuación vamos a destacar algunos de los estudios que plantean las consecuencias que pueden darse en una familia en la que existe un paciente con TDAH.

### **2.2.1. Estrés parental**

Cómo hemos citado anteriormente, los padres y madres de los niños con TDAH están expuestos a más desafíos que los progenitores de niños sin TDAH por lo que son más susceptibles a padecer estrés, ansiedad, depresión, entre otros problemas (Pouretamad, Khooshabi, Roshanbin y Jadidi, 2009). En este apartado vamos a destacar aquellos estudios enfocados en el estrés que se produce en los padres y madres que conviven día a día con el TDAH.

En el trabajo desarrollado por Anastopoulos, Guevremont, Shelton y DuPaul (1992) acerca del grado por el cual el estrés parental está relacionado con el TDAH de los niños y con otras circunstancias ambientales, los resultados mostraron que el comportamiento agresivo, oposicionista-desafiante del niño y la psicopatología materna eran predictores especialmente potentes del estrés parental. Además la severidad global de los síntomas de TDAH, el estado de salud del niño y de la madre emergieron como predictores significativos. Los hallazgos muestran que existen niveles extremadamente elevados de estrés parental en las familias con hijos con TDAH. Los autores sugieren que según estos hallazgos las características del niño y de los padres, más que las circunstancias de la familia y el entorno, se asocian con mayores niveles de estrés de los padres y madres de hijos con TDAH.

Podolski y Nigg (2001) evaluaron el papel de la angustia y el afrontamiento parental en relación con el TDAH infantil en madres y padres de niños entre los 7 y 11 años. Los padres de niños con TDAH expresaron más insatisfacción en su rol que los padres del grupo control. Los hallazgos señalan que los padres de niños con TDAH subtipo combinado e inatento no se diferenciaron significativamente en el nivel de angustia. Por otra parte, los resultados indican que para las madres, la falta de atención infantil y los problemas de conductas de oposición, pero no la hiperactividad, contribuyeron únicamente al papel de la angustia, a la insatisfacción relacionada con la crianza de los hijos. Por otra parte, para los padres la angustia en el papel de la crianza se asoció únicamente con las conductas oposicional o agresiva del niño, pero no con la severidad de los síntomas del TDAH. El afrontamiento parental con una mayor utilización de replanteamientos positivos se relacionó con una mayor satisfacción de los roles tanto para las madres como para los padres.

En el estudio realizado por Joyner, Silver y Stavinoha (2009) acerca de cómo el funcionamiento ejecutivo de los hijos con TDAH podría estar relacionado con el estrés que experimentan los padres, los autores parten de la hipótesis de que las calificaciones más altas de disfunción ejecutiva de los niños se relacionan con el estrés parental. Los hallazgos sugieren que la evaluación de los padres de la función ejecutiva de sus hijos está relacionado con el estrés que experimentan sus padres, sobre todo con respecto a sus percepciones sobre los comportamientos desafiantes de sus hijos.

Tzang, Chang y Liu (2009) realizaron un estudio sobre la relación entre el TDAH subtipo combinado y el subtipo inatento y el estrés de los padres. Según los hallazgos, el TDAH subtipo combinado se asocia con psicopatología de los padres (la suma de depresión, desapego y disminución del sentido de competencia) y más estrés en la crianza y estrés ambiental (suma de la relación conyugal, restricción de rol y la puntuación en salud) que los padres de subtipo inatento. La edad de la madre, el diagnóstico de comorbilidad del niño y los padres con escasa comprensión del TDAH, estaban asociados de forma significativa con el subtipo combinado en relación con el subtipo inatento.

El déficit de autorregulación conductual, cognitiva y emocional observada en los niños con TDAH explica la asociación entre la severidad de los síntomas del TDAH y el estrés parental. En la investigación realizada por Graziano, McNamara, Geffken y Reid (2011) encontraron que la severidad de la hiperactividad/impulsividad, pero no la falta de atención, estaba relacionada con el estrés de los padres. Según los resultados, la asociación entre la hiperactividad/impulsividad y el estrés de los padres se explica por la percepción de los niveles de agresión, la labilidad emocional y las dificultades en el funcionamiento ejecutivo de los niños.

En el meta-análisis realizado por Theule, Wiener, Tannock y Jenkins (2012) acerca de la relación entre el estrés parental y el TDAH en los niños, se analizaron un total de 44 artículos (22 publicados y 22 no publicados) los resultados de los estudios confirmaron que los padres de niños con TDAH experimentan más estrés que los padres de niños sin TDAH y que la gravedad de los síntomas del TDAH se asocian con el estrés de los padres. Las autoras señalan

que los problemas asociados de los niños y la sintomatología depresiva de los padres predijeron el estrés parental. Tanto la sintomatología hiperactiva-impulsiva como la falta de atención fueron predictivos del estrés en la crianza de los hijos, aunque los síntomas de déficit de atención están asociados con menos ruptura familiar. Por otra parte, los síntomas externalizantes e internalizantes en esta población estaban relacionados con el estrés parental. Se encontró poca diferencia en el estrés de padres y madres, pero el género del niño fue un moderador importante del estrés, los niveles de estrés menores en los padres y madres se encontraron en mayor proporción en las niñas.

Las distintas investigaciones que relacionan el estrés parental con el TDAH infantil señalan la importancia que tienen las consecuencias de la educación y convivencia con niños con TDAH sobre la salud mental de los padres y madres y el clima familiar positivo por lo que el estrés parental y otros problemas derivados de esta situación (ansiedad y depresión) se deben tener en cuenta a la hora de plantear intervenciones para las familias de estos niños.

### **2.2.2. Funcionamiento familiar y social**

En el estudio de las consecuencias del TDAH sobre el contexto familiar se incluye aquella literatura que se centra en aquellos aspectos de la dinámica familiar y las relaciones interpersonales que tienen lugar dentro y fuera de la familia. Así, podemos encontrar problemas de interacción entre el niño con TDAH y los distintos miembros del núcleo familiar. Un ejemplo de ello es la dificultad que presentan los niños con TDAH a la hora de prestar atención a las demandas y/o la inhibición de respuestas impulsivas que provoca que sean menos sensibles a las solicitudes de los padres, esta situación puede provocar estilos educativos parentales ineficaces (Oh et al., 2012).

Brown y Pacini (1989) realizaron un estudio acerca de las percepciones de los padres de niños con TDAH con respecto a su entorno familiar y depresión parental en comparación con un grupo clínico y otro grupo control sin discapacidad. Los autores encontraron que los padres de los niños con TDAH percibieron su entorno familiar con menos apoyo, más estresante, menos cohesión, altamente conflictivo y con baja autonomía y expresividad en comparación con los padres de los otros dos grupos. Específicamente, los padres de niños con TDAH vieron



sus familias con poco nivel de relaciones interpersonales que los otros grupos de comparación. Las puntuaciones de depresión indicaron una gran frecuencia de sintomatología depresiva entre los padres de niños con TDAH. Además, más padres de niños con TDAH estaban separados o divorciados que en los otros grupos. Los datos hallados sugieren diferencias entre la depresión de madres y padres y diferencias en las percepciones que tienen de la familia. Así el aumento de depresión en las madres se relacionó con menor logro y aspiraciones intelectuales, la depresión de las madres se relación con la disminución de actividades familiares, por otro lado, la depresión en los padres se relacionó con un mayor control y mayor frecuencia de actividades de la familia.

Por otra parte, Donenberg y Baker (1993) realizaron un estudio para determinar el impacto sobre el funcionamiento familiar de niños con conducta externalizante (TDAH, agresivos), autistas y niños sin problemas significativos. Los resultados indican que en comparación con los padres de niños con un desarrollo normal, los padres con hijos con conducta externalizante informaron de un impacto más negativo sobre la vida social, más sentimientos negativos acerca de la paternidad y mayor estrés relacionado con la interacción con los niños.

En el estudio realizado por Kendall, Leo, Perrin y Hatton (2005) se encontró en una muestra de familias con niños y adolescentes con TDAH que el aumento de los problemas de conducta del niño estaban relacionados con el conflicto en las interacciones familiares a través del estado emocional de la madre. Los resultados sugieren que el nivel de angustia materno puede mediar la relación entre los problemas de comportamiento infantil y los conflictos familiares. Asimismo, los resultados indican que el aumento de edad de los niños con TDAH está directamente relacionado con el incremento de los conflictos familiares independientemente del grado de problemas de conducta del niño. Los autores concluyen que la angustia materna es una variable mediadora potencial entre los problemas de comportamiento infantil y los conflictos familiares.

En la investigación desarrollada por Rogers, Wiener, Marton y Tannock (2009) los resultados revelaron información importante acerca de las dificultades que enfrentan las

familias de los niños con TDAH. Los padres de niños con TDAH informan de baja autoeficacia en su capacidad para ayudar a sus hijos, se siente menos apoyado por la escuela y los maestros y tienen la percepción de tener menos tiempo y energía para la participación en la vida académica de los niños en comparación con los padres de niños sin TDAH. Las madres de los niños con y sin TDAH informaron de niveles similares de participación en las cuestiones relacionadas con la escuela de sus hijos. Los padres de los niños con TDAH, por otro lado, informaron de estar más alejados del aprendizaje de sus hijos y del uso de un estilo más coercitivo y punitivo con respecto al rendimiento de sus hijos en comparación con los padres de hijos sin TDAH. Los autores señalan que el uso de presión académica por parte de los padres como respuesta a los comportamientos de sus hijos con TDAH mantiene un ciclo de estrés familiar e interacciones negativas.

Foley (2011) realizó un estudio acerca de la presencia de la adversidad familiar y la disfunción familiar en familias con niños diagnosticados con TDAH en comparación con familias con hijos sin TDAH. Los resultados muestran que las familias de niños con TDAH tenían niveles significativamente más altos de disfunción familiar que las familias con hijos sin TDAH. Los resultados sugieren que los padres de los niños con diagnóstico de TDAH tienen más dificultades para mantener la organización familiar y la cohesión independientemente de los recursos disponibles y la situación económica.

En nuestro entorno, destacamos el trabajo desarrollado por Miranda-Casas, Presentación-Herrero, Colomer-Diago y Roselló (2011) acerca de las percepciones de satisfacción con la vida de niños con TDAH y de sus padres con variables conductuales de riesgo y protección y, determinar el poder predictivo de estas variables. Centrándonos en los datos obtenidos por las percepciones de los padres, los resultados del estudio muestran que los problemas de conducta de los hijos permiten que se mantenga una relación negativa y significativa con la satisfacción con la vida de los padres.

Steinhausen et al. (2012) realizaron un estudio acerca de las características de los comportamientos de los niños con TDAH, de sus hermanos con y sin TDAH y de controles sin TDAH, a través de la información aportada por padres y profesores. El principal hallazgo de

este estudio fue la similitud esperada en los perfiles de comportamiento de los niños con TDAH y sus hermanos que también estaban clasificados para un diagnóstico de TDAH, estas similitudes se relacionan también con el comportamiento emocional y problemas de conducta. Los hermanos sin TDAH compartían más similitudes con los niños del grupo control, excepto para los problemas emocionales. Según los autores sugieren que las dificultades emocionales encontradas en los hermanos de niños con TDAH pueden ser el resultado del aumento del estrés familiar lo que supone un abandono parcial de sus necesidades por los padres, que se centran la mayor parte del tiempo en el niño con TDAH que presenta más dificultades.

Los estudios que hemos comentado anteriormente exponen diversos aspectos del contexto familiar en el que se desenvuelve el niño con TDAH que incluyen factores de riesgo que hay que tener en cuenta a la hora de abordar la intervención. Por una parte, son numerosos los estudios que plantean que el contexto familiar tiene un papel crucial en el curso del TDAH (Modesto-Lowe, Danforth y Brooks, 2008), dentro de este ámbito encontramos aquellos factores que potencian la sintomatología de manera directa y/o la comorbilidad y, por otro, las consecuencias que se producen en la vida de los miembros de la familia. Como podemos observar estos factores configuran una especie de “círculo vicioso” que potencia, mantiene y perpetúa la difícil situación en la que se encuentran estas familias.

Los síntomas nucleares del TDAH (inatención, hiperactividad/impulsividad) y la comorbilidad que estos niños suelen presentar hace más difícil la tarea educativa de las figuras parentales, así las interacciones entre los padres e hijos con TDAH se caracterizan por un alto grado de negatividad y conflicto y estilos educativos menos eficaces (Anastopoulos, Sommer y Schatz, 2009). Estas características facilitan que los padres pueden llegar a sufrir sentimientos de ineficacia, estrés, depresión, ansiedad, culpabilidad e insatisfacción con su rol parental, bajos niveles de satisfacción marital y ruptura de la pareja, así como aislamiento social. Asimismo, los hermanos de los niños con TDAH pueden sentirse rechazados por sus padres ya que la mayor parte de la atención la recibe el paciente de TDAH. Esta situación puede llegar a deteriorar la calidad de vida de los miembros de la familia.



# Capítulo 3

## INTELIGENCIA EMOCIONAL

La inteligencia emocional<sup>4</sup> (IE) es un concepto relativamente nuevo que une dos características muy importantes del ser humano, inteligencia y emoción. La IE se encuentra relacionada con la psicología positiva ya que ésta se encarga del estudio de las emociones para entender mejor el funcionamiento humano, entre otros aspectos. Las emociones y los pensamientos positivos son muy importantes para la felicidad y la calidad de vida de las personas. En el reconocimiento, expresión y regulación emocional se encuentra parte del bienestar psicológico. Las intervenciones en psicología positiva tienen el objetivo de prevenir y reducir las dificultades, problemas y conflictos, así como, potenciar el bienestar humano a través del incremento y mantenimiento de las fortalezas, la mejora del estado emocional y la satisfacción con la vida de las personas.

En el capítulo presente se hará un breve recorrido por el origen, desarrollo del concepto y principales modelos sobre IE y, se describirán las principales herramientas que se están utilizando en nuestro país para evaluar este constructo. Por otra parte, se expondrán los resultados encontrados en distintos estudios que relacionan la IE con la psicología de la salud y, por último, se centrará en las principales características de los programas que desarrollan la IE en distintos ámbitos y en la familia.

### 3.1. Inteligencia Emocional

La definición de IE se debe al trabajo de muchos autores que han tratado de entender al ser humano en sus diversas dimensiones. A continuación, vamos a analizar el origen del concepto de IE a modo general ya que nuestro objetivo es destacar algunos de los autores más representativos a los que se debe el surgimiento del concepto y, cómo se ha desarrollado hasta convertirse en lo que hoy entendemos por IE, por un lado, y por otro, destacar algunas de las definiciones más utilizadas en nuestro ámbito de estudio.

---

<sup>4</sup> A partir de aquí el término Inteligencia Emocional aparece con las siglas IE a lo largo de todo el documento.

### **3.1.1. Breve recorrido histórico del origen del concepto**

A lo largo de los siglos diversos autores han postulado acerca de la naturaleza de la mente, el conocimiento humano, la relación entre el ser humano y el ambiente que lo rodea y, en este recorrido podemos encontrar los antecedentes y las primeras aproximaciones al concepto de inteligencia, de emoción y de IE.

En el siglo XIX podemos destacar a Galton (1869) que fue uno de los primeros investigadores en realizar un estudio sistemático sobre las diferencias individuales partiendo de los principios de Darwin, se le considera el padre de la psicología diferencial. Asimismo, Darwin (1872) señala cómo las emociones, tanto en las personas como en los animales, proporcionan un sistema de señalización necesario para la supervivencia.

Uno de los primeros antecedentes al concepto de IE lo encontramos en autores como Binet y Simon (1908) que introducen dos tipos de inteligencia: la ideativa (que hace referencia a la aptitud mental) y la instintiva (que está relacionada con la emoción) estos conceptos se entendían de manera independiente y aislada.

Unos años más tarde, encontramos otro precedente en la definición de inteligencia social realizada por Thorndike (1920), éste se convirtió en uno de los primeros autores que integró la idea de inteligencia y emoción, propuso la inteligencia social como la habilidad para comprender y dirigir a las personas y actuar sabiamente en las relaciones humanas.

Estas primeras aproximaciones al concepto de IE se frenaron ante el auge del conductismo entre el 1930 y 1950 debido a la importancia que éste concedía a los procesos directamente observables dejando a un lado todo lo relacionado con la parte emocional del ser humano. Por otro lado, de manera progresiva se empezó a dar importancia al estudio de los procesos cognitivos que culminó con el impulso del paradigma del procesamiento de la información en los años ochenta que reemplaza al conductista, pero continúa en la línea de los procesos mentales incorporando la metáfora del ordenador, donde las emociones tampoco tienen suficiente relevancia.

Por su parte, Wechsler (1943) destaca la importancia de la influencia de los factores no intelectivos sobre el comportamiento inteligente, estos factores incluyen aquellas capacidades afectivas y volitivas que tienen una influencia directa sobre el comportamiento global.

Es en el trabajo desarrollado por Leuner (1966) acerca del papel de la familia en el desarrollo de la IE en la etapa preverbal del niño, cuando se menciona por primera vez en la historia del concepto de IE, sin embargo, el autor no desarrolla dicho concepto.

A finales del siglo XX surgen autores que empiezan a describir distintos tipos de inteligencia. Así Gardner (1983) habla de inteligencias múltiples definiendo la inteligencia como habilidad y proponiendo siete tipos de ésta: lingüística, lógico-matemática, musical, espacial, corporal-cinestésica, interpersonal e intrapersonal, estas dos últimas se relacionan de manera directa con el concepto de IE. Por otra parte, Sternberg (1988) hace referencia a tres tipos de inteligencia en la que se encuentran integradas tres tipos de subteorías: la analítica (la teoría componencial), la creativa (teoría experiencial) y la práctica (teoría contextual), esta última estaría relacionada con la IE.

Por último, nos encontramos por un lado a autores como Payne (1986) que expuso un discurso titulado “*Un estudio de la emoción desarrollando la inteligencia emocional, la autointegración; relacionado con el miedo, dolor y deseo*”, en el que argumenta la necesidad de desarrollar la IE y, por otro, a Greenspan (1989) que apoyó la idea de relacionar la emoción y la inteligencia.

Estos autores destacados junto a otros se han convertido en los antecesores del concepto de IE ya que se han encargado de introducir nuevos conceptos y teorías que nos llevan a entender la inteligencia como un constructo que abarca los distintos aspectos del ser humano. Fue a partir de la evolución de los conceptos de inteligencia y emoción mencionados anteriormente cuando Mayer, DiPaolo y Salovey (1990) y especialmente, Salovey y Mayer (1990) conceptualizaron y definieron por primera vez la IE.

### **3.1.2. Definición de Inteligencia Emocional: Emoción e inteligencia**

Para definir la IE partimos de la combinación de dos constructos independientes entre sí en su origen pero, que actualmente se encuentran interrelacionados entre sí ya que existe una extensa literatura y autores, que hemos señalado anteriormente, que apoyan la conexión que presentan estos conceptos. Por ello, vamos a señalar algunos aspectos relevantes de estos dos conceptos que nos hagan entender mejor la IE.

#### *Emoción*

Por una parte, la palabra emoción procede del latín *emotio*, que significa movimiento o impulso. Su definición a lo largo de la historia ha planteado diversos problemas debido a la extensa literatura que existe al respecto.

Kleinginna y Kleinginna (1981) ante esta situación, recopilaron una variedad de fuentes en la literatura de la emoción, encontrando cerca de 100 definiciones distintas de esta palabra que clasificaron en categorías diferentes, mostrando el carácter multidimensional del concepto. Estos autores proponen que la emoción es un conjunto complejo de interacciones entre los factores subjetivos y objetivos, mediados por sistemas neurales y hormonales, que dan lugar a experiencias afectivas, generan procesos cognitivos, activa ajustes fisiológicos y generan una conducta adaptativa dirigida a un fin.

Asimismo, según Damasio (1998), la emoción es la expresión más compleja del sistema homeostático de regulación, sirve para la supervivencia, protege al organismo, y funciona como un mecanismo básico para tomar decisiones sin la intervención de la razón.

En otras palabras, se puede entender por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Lang, Bradley y Cuthbert, 1998).



Zaccagnini (2004) por su parte define la emoción como:

*La autopercepción del balance, o evaluación global, que resulta de comparar en cada momento lo que deseamos o necesitamos hacer, y lo que queremos o podemos hacer, evaluación que funciona como un indicador que informa tanto a los que nos rodean como a nuestra propia 'mente', acerca de las perspectivas a que nos lleva el rumbo vital en que estamos (pp.65-66).*

Existen diversas teorías explicativas que describen la emoción de manera diferenciada, algunas de las más representativas del estudio de la emoción son:

La teoría de Darwin (1872) señala que las emociones proceden de las reacciones remotas cuya función es adaptativa, la finalidad es aumentar la supervivencia, se centra en la expresión facial de la emoción, asumiendo el principio de universalidad de las emociones básicas y considerando el feedback facial como antecedente de la experiencia emocional.

La teoría de James-Lange (James, 1884; Lange, 1885) afirma que la base de la emoción es la percepción de los cambios fisiológicos, es decir, primero se produce el estímulo externo que produce una reacción fisiológica y después se interpreta una emoción.

La teoría de Cannon-Bard (Cannon, 1914), en oposición al enfoque de James y Lang, argumenta que la experiencia emocional y la activación fisiológica ocurren al mismo tiempo.

Y por último, la teoría de los dos factores de Shachter y Singer (1962) señala que la emoción es causada por la evaluación cognitiva del acontecimiento y por la respuesta fisiológica, la persona detecta los cambios fisiológicos, interpreta lo que ocurre y denomina sus emociones acordes con esta evaluación del contexto en el que se encuentra.

Existe una gran variedad de clasificaciones de las emociones, en este momento vamos a centrarnos en una de ellas por ser la más aceptada por la mayoría de los autores. Así, nos

encontramos con las emociones primarias o simples y emociones secundarias o complejas atendiendo a su naturaleza biológica o social.

Por un lado, las emociones primarias o simples son innatas y universales, poseen un importante sustrato biológico (localizaciones cerebrales y patrones neuroendocrinos) y están asociadas a expresiones faciales (Ekman, Levenson y Friesen, 1983). Las emociones básicas según este enfoque son: alegría, tristeza, ira, miedo, asco y sorpresa (no existe un consenso acerca de la sorpresa como emoción básica, pero está aceptado por muchos autores).

Por otro lado, las emociones secundarias o complejas son las que tienen su origen en la evolución cultural o social de las básicas o combinación de varias emociones básicas. Algunas de estas emociones son el amor, la culpa, la vergüenza, el odio, la melancolía, admiración, asombro, cólera, rencor, impotencia, angustia, preocupación, incertidumbre, horror, nerviosismo, repugnancia, rechazo, desprecio, pena, soledad, decepción, placer, diversión, euforia y entusiasmo, entre otras.

Asimismo, las emociones cumplen una serie de funciones que permiten adaptarnos al contexto en el que nos encontramos de manera óptima como afirman varios autores a lo largo de la literatura. Algunas de las funciones asociadas a la emoción son: adaptativa (permite la evaluación de los estímulos preparando al organismo para responder de manera rápida y automática); intrapersonal (se explica a partir de la coordinación de los sistemas de respuesta subjetivos, fisiológicos y conductuales, extrapersonal y motivacional); extrapersonal (que permite la comunicación con los demás a través de las expresiones faciales, principalmente y controlar la conducta de los otros) y la motivacional (permite movilizar los recursos y activar hacia un objetivo). Además, podemos señalar que las emociones influyen en nuestra salud ya que están relacionadas con el bienestar psicológico y con las relaciones sociales positivas (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

### *Inteligencia*

Por otra parte, la palabra inteligencia (*intellegentia*) procede del latín *intellegere*, término compuesto de *inter* (entre) y *legere* (leer, escoger), su definición ha acuñado diversidad de

concepciones, modelos y teorías a lo largo de los años, sin embargo, existe una idea general que apoyan la mayoría de los autores. Así, la inteligencia es entendida como un comportamiento adaptativo dirigido a un fin (Mora, 1991).

Desde la psicología, el estudio de la inteligencia se extiende desde finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX. Al considerarse la psicología como una rama de la ciencia, fue necesario definir la inteligencia de manera operativa para permitir su tratamiento experimental, así los primeros desarrollos teóricos de la inteligencia se basaron en métodos empíricos y en la construcción de instrumentos de medida. En este contexto, nos vamos a encontrar dos perspectivas complementarias, la psicométrica y la basada en el procesamiento de la información.

Las primeras teorías que surgen se enmarcan en la perspectiva psicométrica, éstas se centran en el estudio y medición de las diferencias individuales y en el origen de estas diferencias. Algunos de estos modelos apoyan la existencia de un único factor para explicar la inteligencia, dentro de ésta nos encontramos autores como Spencer, Galton, Binet y Simon. Otros autores como Thurstone, Guilford, Spearman, Cattell, Horn, Vernon, Yela, etc. se basan en concepciones multifactoriales, parten de la idea de la existencia de varios factores independientes dentro de la inteligencia (en este modelo se encuentran dos posturas: unos defienden que todos los factores son igual de importantes mientras que otros autores apoyan la idea de que unos factores son más relevantes que otros). En estos momentos la inteligencia es concebida como la capacidad básica e innata que determina el rendimiento futuro (Coll y Onrubia, 1999).

Por otro lado, hacia finales de los años 50 y principios de los 60 la perspectiva del procesamiento de información entiende la inteligencia como la forma en el que las personas representan y procesan la información. Desde esta perspectiva, podemos encontrar tres enfoques diferenciados que se centran en distintos aspectos del procesamiento de la información: el análisis de los correlatos cognitivos (mide la habilidad de los sujetos para ejecutar determinadas tareas); el análisis de los contenidos cognitivos (compara las ejecuciones de expertos y principiantes en tareas complejas) y el análisis de los componentes

cognitivos (identifica directamente los componentes o unidades de procesamiento de información en la ejecución de tareas que aparecen como ítems en los test de inteligencia). Entre los autores que pertenecen a este enfoque nos encontramos a Hunt, Jensen, Gardner y Sternberg, entre otros.

### *IE*

Como hemos señalado anteriormente, los autores como Gardner (1983) y Sternberg (1988) han colaborado de manera importante en el desarrollo del concepto de IE.

Por una parte, Gardner (1983) a través de su *Teoría de las Inteligencias Múltiples* argumenta que la inteligencia es multidimensional y no una capacidad unitaria, para este autor la *inteligencia intrapersonal* es la capacidad de tener una imagen real de uno mismo a través del conocimiento de nuestras emociones, sentimientos, estado de ánimo, motivaciones, temperamentos y deseos así como poseer autodisciplina y, por otro lado, la *inteligencia interpersonal o social* se refiere a la aptitud de detectar y reconocer emociones, sentimientos, estados de ánimo y deseos en los demás a través de sus expresiones faciales, voz, gestos y otras señales asimismo incluye responder a éstas de manera adecuada.

Por otro lado, Sternberg (1988) con su *Teoría Triárquica de la Inteligencia* señala la importancia de las influencias socioculturales a la hora de especificar la naturaleza de la inteligencia, cuando habla de la inteligencia contextual-práctica, ésta se relaciona con la conducta adaptativa en el contexto más cercano de la persona a través de dos procesos la selección y el moldeamiento del ambiente. Como podemos observar ambas teorías sientan las bases de la relación entre los procesos emocionales y la inteligencia.

La primera definición del concepto de IE la encontramos a finales del siglo XX cómo hemos señalamos anteriormente. Desde que en 1990 Salovey y Mayer definieran la IE como “*un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información (afectiva) para guiar el pensamiento y las acciones de uno*” (p.189), surgieron una serie de enfoques acerca de la IE que presentaban escaso rigor científico, más tarde, aparecieron enfoques con reconocido

carácter científico que se basaban en una justificación teórica y empírica en la creación de sus modelos.

La IE fue descrita más tarde por los mismos autores (Mayer y Salovey, 1997) que reformularon este concepto:

*La habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa, y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en los otros (p.10).*

Mayer y Salovey en este momento, amplían el concepto de IE basándose en los procesos cognitivos que conlleva esta habilidad y distinguiendo entre los distintos mecanismos que forman parte de ésta: atención, evaluación, expresión y control de las emociones.

A partir de las primeras definiciones de IE han ido surgiendo nuevas conceptualizaciones procedentes de diversos autores y modelos. A Goleman (1995) se debe la popularidad de este concepto que él mismo define como:

*Capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y por último, la capacidad de empatizar y confiar en los demás (p.61).*

Asimismo, Bar-On (1997a) destaca que la IE está formada por un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales y de destrezas que permiten la adaptación al medio.

Cabe decir, que existen multitud de autores que critican la propuesta de la existencia de la IE y muchos de ellos se basan en la idea que plantea la dificultad para operacionalizar la IE como un constructo diferenciado.

Sin embargo, existen actualmente multitud de definiciones que podemos encontrar en la diversidad de modelos que se han constituido a lo largo del tiempo y que siguen dos líneas de trabajo principales, los modelos de habilidad y los modelos mixtos que veremos en el siguiente apartado.

### **3.2. Modelos de Inteligencia Emocional**

Actualmente no podemos hablar de una única concepción del constructo de IE, existen diversas definiciones y clasificaciones, cómo hemos citado anteriormente.

La categorización actual de modelos de IE más generalizada es la que distingue entre mixtos y de habilidad o basados en el procesamiento de la información. Por un lado, los modelos mixtos conciben la IE como un conjunto de rasgos de personalidad, competencias socio-emocionales, habilidades cognitivas y aspectos motivacionales. Por otro lado, los modelos de habilidad entienden la IE como las habilidades emocionales de percepción, asimilación, comprensión y regulación, se basa en el uso adaptativo de las emociones.

A continuación vamos a describir algunos de los modelos más representativos de IE.

#### **3.2.1. Modelos de habilidades o capacidades**

El modelo de habilidades o capacidades entiende la IE como la capacidad que tiene la persona para razonar sobre las emociones y procesar información emocional con el objetivo de mejorar los procesos cognitivos (Brackett y Salovey, 2007).

Uno de los primeros modelos que se ha desarrollado dentro de este enfoque es el realizado por Salovey y Mayer (1990), estos autores distinguen un conjunto de habilidades emocionales adaptativas que se encuentran relacionadas, éstas son: *evaluación y expresión emocional, regulación emocional y utilización de las emociones*.

Esta primera aproximación a la explicación de los mecanismos implicados en la definición operativa del concepto de IE recibió varias críticas, como señalan los autores éstas

y otras definiciones iniciales son vagas ya que sólo se centran en la percepción y regulación de las emociones, dejando a un lado pensar sobre emociones (Mayer y Salovey, 2007).

Ante este panorama, Mayer y Salovey (1997) llevan a cabo la reformulación de esa primera aproximación dando lugar al *Modelo de Cuatro Ramas* (Figura 1). Este modelo plantea de manera ascendente las distintas habilidades emocionales ya que expone desde los procesos más básicos a los más complejos, cada rama integra cuatro habilidades representativas de ese nivel.

Este modelo comprende las siguientes ramas y habilidades:

- *Percepción, valoración y expresión de la emoción*, es la primera rama y corresponde con la habilidad para percibir e identificar las emociones en uno mismo y en los demás (a través de la expresión facial, gestos, tono de voz, historias, música, esculturas, pinturas, etc.), así como diferenciar entre los estados emocionales. Además esta rama incluye la capacidad para expresar sentimientos y necesidades de manera adecuada, así como detectar las expresiones falsas o manipuladas.
- *Facilitación emocional del pensamiento*, corresponde con la segunda rama, recoge la habilidad de utilizar las emociones para focalizar la atención y pensar de un modo más racional, lógico y creativo. Esta rama incluye la habilidad para generar, manipular, y examinar emociones de manera controlada, el control del humor para cambiar la perspectiva de la persona y que diferentes tipos de trabajo y formas de razonamiento pueden ser facilitados por diferentes formas de estados de humor.
- *Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional* es la tercera rama y se refiere a la habilidad para comprender la información emocional, el modo en el que las emociones se combinan y progresan a través de transiciones de relaciones y la comprensión de tales significados emocionales.
- *Regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional* es la cuarta rama de este modelo y se basa en la habilidad para regular de manera consciente los estados de ánimo y las emociones propias y las de los demás, integra la apertura a los sentimientos, la reflexión consistente de los estados de humor y emociones y el

entendimiento de las emociones. Habilidad para interpretar los significados que las emociones conllevan respecto a las relaciones.

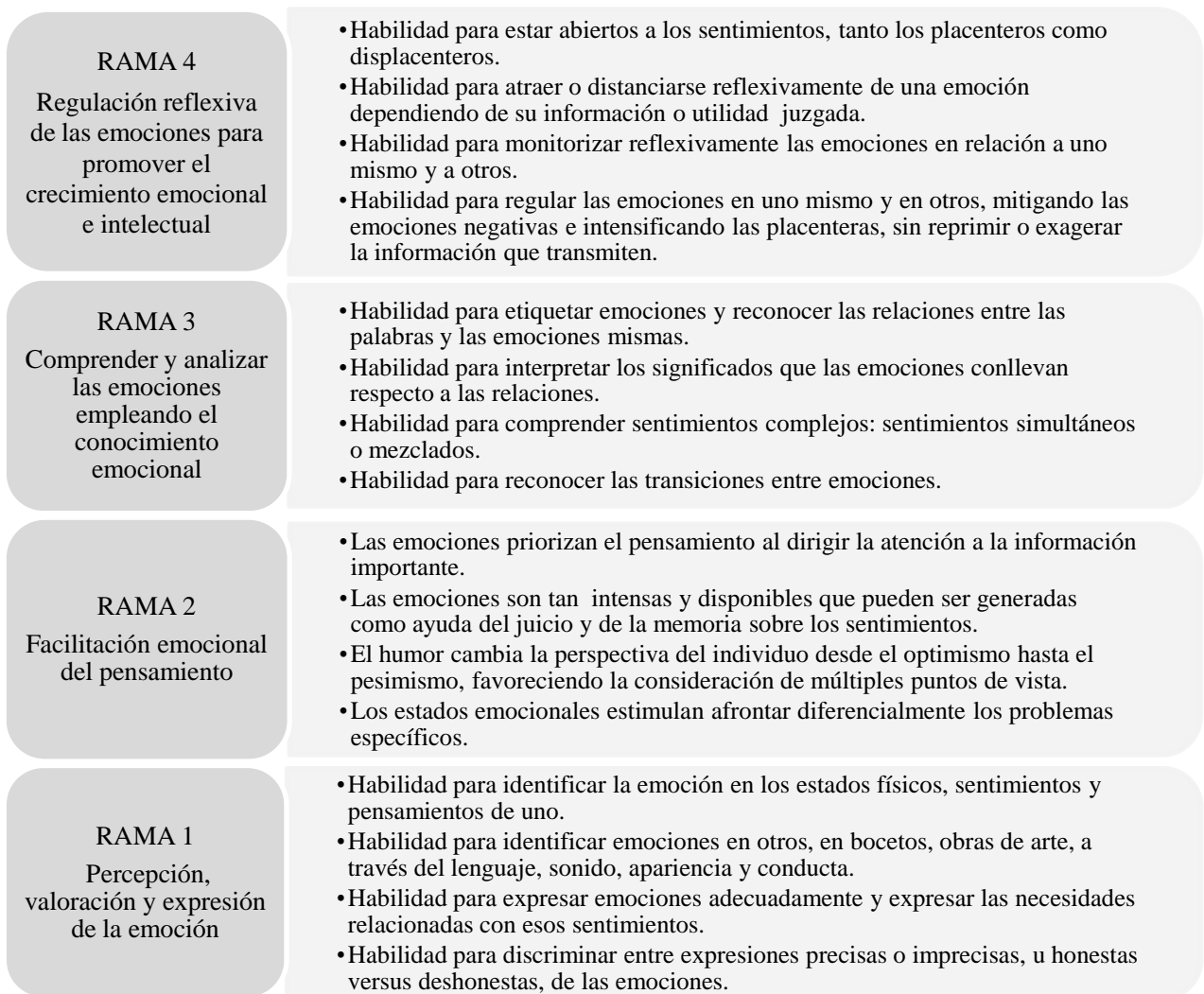


Figura 1. Modelo de las Cuatro Ramas. Fuente: Adaptado de Mayer y Salovey (1997).

### 3.2.2. Modelos mixtos

Por otro lado, se desarrollaron los modelos mixtos que entienden la IE como un conjunto de rasgos de personalidad, competencias socio-emocionales, factores motivacionales y habilidades cognitivas (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005). Entre los modelos mixtos vamos a destacar el Modelo de Goleman (1995), el Modelo de Bar-On (1997a) y el Modelo de Petrides y Furham (2000a).



El Modelo de Goleman (1995) combina habilidades y competencias emocionales, está basado en el modelo de IE desarrollado por Salovey y Mayer (1990). Goleman a través de su libro *Emotional Intelligence*, que se convirtió en un *best seller*, ha colaborado en la difusión del concepto enfatizando que la IE puede aprenderse, a lo se refiere como *alfabetización emocional*. Asimismo, en otros de sus libros titulado *Working with Emotional Intelligence*, Goleman (1998) define la IE como “*La capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los otros, para motivarnos y para manejar las emociones bien en nosotros y en nuestras relaciones con otros*” (p. 317). A partir de este trabajo Goleman desarrolla el *Modelo de Competencias Emocionales*, en éste señala que existen una serie componentes en la IE, éstas integran diversas competencias emocionales que son aprendidas. Los primeros tres primeros componentes son intrapersonales, es decir, hacen referencia al manejo emocional que cada persona posee (aptitud personal), los dos últimos componentes están orientados a destacar las habilidades necesarias para relacionarnos con los demás personas (aptitud social).

Estos componentes son:

- *Autoconciencia*, implica la capacidad de reconocer y comprender nuestras emociones y estados de ánimo y orientarnos para la toma de decisiones. Dentro de ésta se encuentra:
  - Conciencia emocional: reconocer nuestras emociones y afectos.
  - Autovaloración: conocer las fortalezas y debilidades que poseemos.
  - Autoconfianza: autoestima y seguridad acerca de la capacidades que tiene uno mismo.
- *Autorregulación*, hace referencia a la capacidad para controlar y gestionar nuestro estado de ánimo. Este componente integra:
  - Autocontrol: gestión de los impulsos y emociones perturbadores.
  - Confiabilidad: mantener estándares adecuados de honestidad e integridad.
  - Conciencia: asumir las responsabilidades del propio desempeño.
  - Adaptabilidad: flexibilidad en la gestión de las situaciones de cambio.
  - Innovación: estar abiertos a nuevas ideas, nueva información y las nuevas situaciones.
- *Motivación*, es la capacidad para orientarnos hacia nuestros objetivos haciendo frente a los problemas. En este componente encontramos:
  - Impulso de logro: esfuerzo por mejorar o alcanzar un estándar de excelencia.
  - Compromiso: obligación con las metas del grupo u organización.

- **Iniciativa:** disposición para reaccionar ante las oportunidades.
- **Optimismo:** persistencia en la búsqueda de los objetivos, a pesar de los obstáculos y retrocesos que puedan presentarse.
- *Empatía*, supone la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los demás y capacidad para ponernos en su lugar. Las competencias a las que forman parte de este componente son:
  - **Comprensión de los otros:** darse cuenta de los sentimientos y perspectivas de los demás.
  - **Desarrollar a los otros:** detectar las necesidades de desarrollo de otras personas y reforzar sus habilidades.
  - **Servicio de orientación:** anticipar, reconocer y satisfacer las necesidades reales de los otros.
  - **Potenciar la diversidad:** facilitar las oportunidades a través de distintos tipos de personas.
  - **Conciencia política:** ser capaz de leer las corrientes emocionales del grupo, así como las relaciones de poder entre sus miembros.
- *Habilidades sociales*, se entiende como la capacidad para relacionarnos de manera adecuada con los demás. Dentro de éste, el autor describe los siguientes componentes:
  - **Influencia:** idear efectivas tácticas de persuasión.
  - **Comunicación:** saber escuchar abiertamente al resto y elaborar mensajes convincentes y claros.
  - **Manejo de conflictos:** saber negociar y resolver los desacuerdos que se presenten dentro del equipo de trabajo.
  - **Liderazgo:** capacidad de inspirar y guiar a los demás y al grupo en su conjunto.
  - **Catalizador del cambio:** iniciar o administrar situaciones nuevas.
  - **Constructor de lazos:** alimentar y reforzar las relaciones interpersonales dentro del grupo.
  - **Colaboración y cooperación:** trabajar con otros para alcanzar los objetivos compartidos.
  - **Capacidades de equipo:** ser capaz de crear sinergia para la persecución de objetivos colectivos.

Otro de los modelos mixtos que vamos a destacar en este momento es el *Modelo Inteligencia Socio-Emocional de Bar-On* (1997a). Este modelo cuenta con la influencia de Darwin (1872) cuando destaca la importancia de la expresión emocional para la supervivencia y la adaptación, de Thorndike (1920) cuando habla de inteligencia social y la importancia de ésta en el desempeño humano, de las observaciones de Wechsler (1940, 1943) relacionadas con el impacto de los factores no cognitivos y conativos sobre el que se refiere la “conducta inteligente”, de Sifneos (1973) cuando define la *alexitimia* como la falta de emociones y la expresión “*psychological mindedness*” de Appelbaum (1973).

Según Bar-On (2006), este modelo presenta una sección transversal de competencias socio-emocionales interrelacionadas, habilidades y facilitadores que determinan el grado de eficacia con el que nos entendemos y expresamos, por un lado, y, por otro, cómo entendemos a los demás y nos relacionamos con ellos, de manera que podamos hacer frente a las necesidades socio-emocionales que se presentan a diario. Estas competencias, habilidades y facilitadores incluyen los componentes de la mayoría de las definiciones de IE social que se han conceptualizado hasta el momento como son: la capacidad para reconocer, comprender y expresar emociones y sentimientos; la capacidad de entender cómo se sienten los otros y relacionarse con ellos; la capacidad de gestionar y controlar emociones; la capacidad de manejar el cambio, adaptarse y resolver problemas personales e interpersonales; la capacidad de generar un efecto positivo y auto-motivarse.

El *Modelo de Inteligencia Socio-Emocional de Bar-On* (1997a) está formado por cinco componentes:

- *Intrapersonal*, es la capacidad para entender y expresar nuestras emociones y sentimientos, incluye:
  - Autoconciencia emocional: la habilidad para comprender sentimientos y emociones, diferenciarlos y conocer el por qué de los mismos.
  - Asertividad: la habilidad para expresar sentimientos, creencias, sin dañar los sentimientos de los demás y, defender nuestros derechos de una manera no destructiva.
  - Autoestima: la capacidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo, aceptando los aspectos positivos y negativos, así como las limitaciones.

- Autorrealización: la habilidad para realizar lo que realmente podemos, deseamos y disfrutamos.
- Independencia: la capacidad para auto-dirigirse, sentirse seguro de sí mismo en nuestros pensamientos, acciones y, ser independientes emocionalmente para tomar decisiones).
- *Interpersonal*, es la habilidad para entender las emociones y sentimientos de los demás y relacionarnos con ellos, incluye:
  - Empatía: la habilidad para sentir, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.
  - Responsabilidad social: la habilidad para mostrarse como una persona cooperante, que contribuye, que es un miembro constructivo, del grupo social.
  - Relaciones interpersonales: la capacidad para establecer y mantener relaciones satisfactorias, caracterizadas por una cercanía emocional.
- *Adaptabilidad*, es la habilidad para gestionar el cambio y resolver problemas intrapersonales o interpersonales, integra:
  - Solución de problemas: es la capacidad para identificar y definir los problemas y, generar e implementar soluciones efectivas.
  - Prueba de realidad: la habilidad para evaluar la correspondencia entre los que experimentamos y lo que en realidad existe.
  - Flexibilidad: es la habilidad para realizar u ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.
- El *manejo de estrés*, es la habilidad para manejar y controlar nuestras emociones, en el que se encuentra:
  - Tolerancia al estrés: es la capacidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones.
  - Control de impulsos: es habilidad para resistir y controlar emociones.
- El *estado de ánimo en general*, es la habilidad para generar actitudes positivas y automotivarse, del que forman parte:
  - Felicidad: es la capacidad para sentir satisfacción con nuestra vida.
  - Optimismo: es la habilidad para ver el aspecto más positivo de la vida.

En los últimos años, la IE ha sido objeto de numerosos estudios, sobre todo ha destacado la investigación correlacional frente a la escasez de estudios empíricos. En este contexto

Petrides y Furnham (2001) se proponen realizar estudios experimentales en el ámbito de la IE (Petrides y Furhman, 2000a).

Estos autores destacan la importancia de la medición en la operacionalización de la IE, por ello, proponen una diferenciación entre la IE rasgo y la IE como capacidad o procesamiento de la información (Petrides y Furhman, 2000b). Así, la IE rasgo se refiere a los comportamientos y habilidades auto-percibidas, se mide a través de auto-informes y su investigación corresponde al campo de la personalidad y la IE capacidad son las capacidades cognitivas que se miden con pruebas de máximo rendimiento y le corresponde al estudio psicométrico de la inteligencia.

Petrides y Furnham (2003) señalan que debido a los procedimientos utilizados en su definición operativa se trata de dos construcciones diferentes, aunque las bases teóricas podrían solaparse. La base principal para discriminar entre IE rasgo e IE capacidad es el tipo de medición que se emplea y no la base teórica de las diferentes conceptualizaciones de la IE. A través de diferentes estudios experimentales estos autores encontraron evidencia para apoyar la validez de constructo de la IE rasgo.

Petrides, Sangareau, Furnham y Frederickson (2006) definen la IE rasgo o autoeficacia emocional rasgo con una constelación de autopercepciones relacionadas con las emociones y disposiciones que conforman los aspectos afectivos de la personalidad.

Petrides y Furnham (2001) realizaron el primer dominio muestral de la IE rasgo, éste recoge las siguientes dimensiones o facetas de la persona que puntúan alto en éstos:

- *Adaptabilidad*: Flexibles y dispuestas a adaptarse a nuevas condiciones.
- *Asertividad*: Directas, francas y dispuestas a defender sus derechos.
- *Expresión de emociones*: Capaces de comunicar sus sentimientos a otras personas.
- *Manejo de emociones* (de otras personas): Capaces de influir en los sentimientos de las demás personas.
- *Percepción de emociones* (en una misma y en las demás): Claras para darse cuenta de las emociones propias y de las de las otras.

- *Regulación emocional*: Capaces de controlar sus emociones.
- *Impulsividad (baja)*: Reflexivas y difíciles de ceder ante sus impulsos.
- *Habilidades de relación*: Capaces de tener relaciones personales plenas.
- *Autoestima*: Exitosas y con autoconfianza.
- *Automotivación*: Motivadas y persistentes ante la adversidad.
- *Competencia social*: Trabajadoras dotadas o expertas con excelentes habilidades sociales, trabajadoras expertas en redes sociales de trabajo con excelentes habilidades sociales.
- *Manejo del estrés*: Capaces de resistir la presión y regular el estrés.
- *Rasgo de empatía*: Capaces de entender la perspectiva de la otra persona.
- *Rasgo de felicidad*: Alegres y satisfechas con sus vidas.
- *Rasgo de optimismo*: Confiadas y probablemente miran el lado positivo de la vida.

A continuación se exponen los modelos mixtos de manera resumida en la Figura 2.

Goleman (1998)	Bar-On (1997)	Petrides y Furnham (2001)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconciencia.</li> <li>• Autorregulación.</li> <li>• Automotivación.</li> <li>• Empatía.</li> <li>• Habilidades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intrapersonal.</li> <li>• Interpersonal.</li> <li>• Adaptación.</li> <li>• Manejo de estrés.</li> <li>• Estado de ánimo general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptabilidad.</li> <li>• Asertividad.</li> <li>• Percepción emocional.</li> <li>• Expresión emocional.</li> <li>• Gestión emocional.</li> <li>• Regulación emocional.</li> <li>• Baja impulsividad.</li> <li>• Habilidades de relación.</li> <li>• Autoestima.</li> <li>• Auto-motivación.</li> <li>• Competencia social.</li> <li>• Manejo de estrés.</li> <li>• Empatía rasgo.</li> <li>• Felicidad rasgo.</li> <li>• Optimismo rasgo.</li> </ul>

Figura 2. Resumen principales componentes de los modelos mixtos. Fuente: Elaboración propia basada en revisión documental.

Éstos y otros modelos han fundamentado teóricamente el constructo de IE, si analizamos de forma general estos enfoques nos encontramos por una parte, la ausencia de una definición consensuada sobre el constructo y sus dimensiones, y por otra, la importancia de diferenciar entre la IE como una capacidad cognitiva y la IE como un rasgo de personalidad para entender y desarrollar estudios empíricos que validen dicho constructo desde las distintas perspectivas existentes.

Para finalizar este apartado se destaca que el *Modelo de Cuatro Ramas* de Salovey y Mayer (1997) y el *Modelo de Inteligencia Socio-Emocional* de Bar-On (1997a) han sentado las bases para el desarrollo de los contenidos del programa de IE que hemos diseñado, implementado y evaluado en la presente investigación.

El siguiente paso en la configuración del constructo de IE es poder medir sus componentes, por ello, vamos a exponer algunos de los instrumentos más destacados de evaluación de la IE actual.

### **3.3. Evaluación de la Inteligencia Emocional**

A partir del desarrollo de modelos teóricos de IE encontramos la construcción de diversidad de instrumentos de medida centrados en la evaluación de los componentes que forman parte de este constructo. Existen distintas clasificaciones de materiales de evaluación de la IE, en este momento vamos a basarnos en la categorización en dos grupos de instrumentos de evaluación: las medidas de auto-informe y las medidas de habilidad o ejecución (Figura 3), esta clasificación depende de la definición del concepto de IE y la manera en la que se mide. De este modo, las medidas de auto-informe se centran en la estimación del nivel de IE por parte de la persona y las medidas de habilidad valoran el nivel de ejecución de la persona en tareas emocionales (Extremera, Fernández-Berrocal, Mestre y Guil, 2004).

<b>Medidas de Auto-informe</b>	<p><i>Trait Meta-Mood Scale (TMMS)</i> (Salovey et al., 1995).</p> <p><i>Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)</i> (Fernández-Berrocal, et al., 2004).</p> <p><i>Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i)</i> (Bar-On, 1997b).</p> <p><i>Schutte Self Report Inventory (SSRI)</i> (Schutte et al., 1998).</p> <p><i>Trait Emotional Intelligence Questionnaire v. 1.00 (TEIQue)</i> (Petrides y Furnham, 2003).</p> <p><i>Emotional Competence Inventory (ECI)</i> (Boyatzis y Burckle, 1999).</p>	<b>Medidas de Habilidad o Ejecución</b>	<p><i>Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS)</i> (Mayer et al., 1999).</p> <p><i>Mayer, Salovey, Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)</i> (Mayer et al., 2001)</p>
--------------------------------	--	---	--

Figura 3. Relación de instrumentos de evaluación de IE. Fuente: Elaboración propia basada en revisión documental.

### 3.3.1. Medidas de auto-informe

Los instrumentos basados en auto-informe evalúan la percepción de la persona sobre sus propias capacidades emocionales, como hemos señalado anteriormente. Algunos de los instrumentos más utilizados en las investigaciones actuales que presentan unas adecuadas propiedades psicométricas y que disponen de una adaptación y/o traducción al castellano son las que se relacionan a continuación.

*Trait Meta-Mood Scale (TMMS)* (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) es un instrumento basado en el modelo original de Salovey y Mayer (1990), es considerado como la primera medida de la IE general y la primera de IE como rasgo. Se trata de una medida de auto-informe que evalúa la inteligencia emocional intrapersonal percibida a través de tres factores: atención a las emociones, claridad emocional y reparación emocional, a partir de los 16 años. Este instrumento consta de dos versiones, una con 48 ítems y otra reducida con 30. A la hora de interpretar sus resultados es necesario tener en cuenta dos aspectos. Por un lado, no puede obtenerse una puntuación global con los tres factores y, por otro, que su diseño no incluye todo el dominio muestral de la IE rasgo.



*Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)* (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004) este instrumento se desarrolló a partir del TMMS (Salovey et al. 1995) aunque se trata una versión reducida del original. Esta escala es una medida de autoinforme que evalúa la IE autopercibida que consta de 24 ítems, está compuesta por tres dimensiones: atención, claridad y reparación. Al igual que el original se dirige a la población de 16 años en adelante.

*Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i)* (Bar-On, 1997b) fue construido originalmente como un instrumento experimental diseñado para examinar un modelo conceptual de funcionamiento emocional y social durante la década de los 80, actualmente es un auto-informe compuesto por 133 ítems. Está compuesto por cinco factores: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptación, gestión del estrés y humor general y quince subescalas. Dicho inventario se aplica a la población a partir de los 16 años. Consta de las siguientes subescalas: auto-conciencia emocional; asertividad; autoestima personal; auto-actualización; independencia; empatía; relaciones interpersonales; responsabilidad social; solución de problemas; comprobación de la realidad; flexibilidad; tolerancia al estrés; control de impulsos; felicidad y optimismo. Existen diversas versiones de este instrumento. En este momento vamos a destacar la versión *Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i-Yv)* (Bar-On y Parker, 2000) es un auto-informe elaborado para niños y adolescentes entre 7 y 18 años, consta de 60 ítems y de cinco escalas: intrapersonal, interpersonal, gestión del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo general y quince subescalas similar a la versión original.

*Schutte Self Report Inventory (SSRI)* (Schutte et al., 1998), es un autoinforme compuesto por 33 ítems basado en el modelo original de Salovey y Mayer (1990). La versión original consta de una sola dimensión pero estudios posteriores han destacado la existencia de cuatro dimensiones: percepción emocional; manejo de las propias emociones; manejo de emociones de los demás y utilización emocional (Petrides y Furham, 2000; Ciarrochi, Deane y Anderson, 2002). Este inventario se puede administrar a partir de los 16 años. Existe una adaptación al castellano de este instrumento desarrollada por Chico (1999).

*Trait Emotional Intelligence Questionnaire v. 1.00* (TEIQue) (Petrides y Furnham, 2003) es un instrumento basado en la teoría de IE rasgo o auto-eficacia emocional. Este cuestionario evalúa la IE rasgo de forma comprehensiva, está formado por 144 ítems que incluyen cuatro factores: bienestar; habilidades de autocontrol; habilidades emocionales y habilidades sociales, quince componentes: adaptabilidad; asertividad; expresión emocional; manejo emocional de los otros; percepción emocional; regulación emocional; empatía; felicidad; impulsividad (baja); optimismo; habilidades relacionales; autoestima; auto-motivación; competencia social y manejo de estrés. Además dispone de una puntuación total de IE rasgo. Existe una versión reducida para adultos y otro para adolescentes que consta de 30 ítems así como de una adaptación al castellano desarrollada por Pérez (2003). Este instrumento puede administrarse a partir de 16 años.

*Emotional Competence Inventory* (ECI) (Boyatzis y Burckle, 1999), es un instrumento desarrollado a partir de la teoría de Goleman (1998). Es una medida de autoinforme elaborada para evaluar la inteligencia emocional y social de manera general. Este inventario está formado por 110 ítems compuesto y consta de cuatro dimensiones y veinte competencias: Autoconciencia (conciencia emocional, valoración adecuada de uno mismo y autoconfianza); Automanejo (autocontrol, fidelidad, coherencia, adaptabilidad, orientación al logro e iniciativa); Conciencia social (empatía, orientación al cliente y comprensión organizativa) y Manejo de las relaciones (desarrollo de los demás, liderazgo, influencia, comunicación, manejo de conflictos, impulso al cambio, desarrollo de relaciones y trabajo en equipo y colaboración). Presenta dos formas de evaluación: a través de autoevaluación y a través de los demás compañeros. Puede administrarse a partir de los 16 años.

### **3.3.2. Medidas de habilidad o ejecución**

Los instrumentos basados en medidas de habilidad se basan en la valoración de la capacidad de ejecución o conocimiento emocional de la persona en una tarea, como hemos citado anteriormente. En este momento vamos a destacar dos instrumentos de medidas que se han utilizado principalmente basándose en el *Modelo de Cuatro Ramas* de Salovey y Mayer (1997) y que fue desarrollado para evaluar las habilidades que propone este modelo.

*Multifactor Emotional Intelligence Scale* (MEIS) (Mayer, Caruso y Salovey, 1999) es un instrumento que evalúa la inteligencia emocional como habilidad a través de tareas de ejecución. Consta de 402 ítems, con cuatro ramas y doce subescalas: Percepción (rostros, música, diseños e historias breves); Asimilación emocional (sinestesia y sentimientos sesgados); Comprensión (combinación de emociones, progresiones, transiciones y relatividad) y Manejo (manejo de emociones ajenas y manejo de las propias emociones). Las respuestas de las personas son estimadas en función de tres criterios: consenso (la respuesta emocional está relacionada con la de la muestra en general), experto (según las opiniones de reconocidos investigadores en el campo de la emoción o prestigiosos psicoterapeutas) y objetivo (en algunos ítems: expresiones faciales o diseños abstractos). Esta versión de la escala se aplica a partir de los 16 años.

Mayer, Salovey y Caruso analizaron las dificultades que presentaba la MEIS (Mayer, et al., 1999) que consistían en la extensión de la escala, ya que disponía de un gran número de ítems, el insuficiente nivel de fiabilidad de algunas de sus subescalas y la falta de congruencia en los resultados obtenidos por los distintos métodos de baremación. Ante esta situación los autores elaboraron un nuevo instrumento el *Mayer, Salovey, Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT) (Mayer, Salovey y Caruso, 1999, 2001) del que existen dos versiones (v.1.1. y v.2.0.) y una adaptación al castellano realizada de la segunda versión realizada por Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey (2006).

En este momento, vamos a exponer la última versión de este instrumento el *Mayer, Salovey, Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT) (Mayer et al., 2001). El MSCEIT se trata de un instrumento que mide la IE como habilidad mediante tareas de ejecución a través de 141 ítems divididos en dos áreas, cuatro ramas y ocho subescalas. Las puntuaciones del test se obtienen a través de dos criterios normativos de comparación, el criterio de consenso (comparado con un grupo normativo) y el criterio de experto (a través de las opiniones de especialistas en emociones de la *International Society for Research in Emotion*). Se aplica a partir de los 16 años. Vamos a describir brevemente las áreas y ramas de las que está compuesto este test:

- *Área Experiencial*: proporciona un índice de la habilidad para percibir información emocional, relacionarla con otras sensaciones como el color y el sabor, y utilizarla para facilitar el pensamiento.

1. *Rama de Percepción*: identificación de emociones en sí mismos y en otros. Incluye las subescalas de rostros y paisajes y diseños abstractos.

2. *Rama de Asimilación emocional*: descripción de sentimientos con vocabulario no emocional e indica aquellos que facilitarían o interferirían con la realización exitosa en tareas cognitivas y conductuales. Incluye las subescalas de facilitación y sensaciones.

- *Área Estratégica*: proporciona un índice de la habilidad para entender la información emocional, auto-gestionarla y utilizarla estratégicamente para planificar el pensamiento y la acción.

3. *Rama de Comprensión* de las emociones: indica si se entiende bien las complejidades de los significados emocionales, transiciones emocionales y situaciones emocionales. Incluye las subescalas de transformaciones emocionales y combinación de emociones.

4. *Rama de Manejo*: se debe de elegir, de entre una serie de situaciones, la manera más adaptativa de regular sus sentimientos y otros que surgen en situaciones sociales con otras personas. Incluye las subescalas de manejo de sentimientos propios y manejo emociones de los demás.

Éstos y otros instrumentos componen algunas de las medidas que se están utilizando para evaluar el constructo de IE. Como hemos señalado se realiza desde dos perspectivas distintas que son complementarias ya que partimos de que el constructo de IE es distinto dependiendo de su operacionalización como capacidad cognitiva o como rasgo de personalidad.

Una vez que hemos expuesto algunos de los materiales más destacados de evaluación de la IE, vamos a dar paso a aquellos estudios que se han centrado en exponer la utilidad y/o beneficios que en el área de la salud ofrece la IE.

### 3.4. Salud mental e Inteligencia Emocional

Existe un creciente interés en la relación que existe entre la IE y la salud (Martins, Ramalho y Morin, 2010) que se traduce en el surgimiento de estudios y revisiones de trabajos sobre IE que sugieren que este constructo puede tener una influencia sobre diversos aspectos relacionados con sintomatología psicopatológica y con el bienestar en general (Augusto-Landa y Montes-Berges, 2009; Augusto, López-Zafra, Berrios y Aguilar-Luzón, 2008; Ciarroch et al., 2002; Day, Therrien, Carroll, 2005; Fernández-Berrocal et al., 2003; Lizeretti, Oberst, Chamarro y Farriols, 2006; Lizeretti y Rodríguez, 2011; Slaski y Cartwright, 2002).

Un ejemplo de ello se encuentra en dos de los estudios desarrollados por Tsaousis y Nikolaou (2005) acerca de la relación entre la IE con la salud física y psicológica, los autores concluyen que existe una relación entre la IE y el funcionamiento de la salud. En el primer estudio realizado sobre una muestra de 365 personas que completaron medidas de IE y de salud en general, los hallazgos sugieren que existe una relación negativa entre el aumento de los niveles de la IE y la baja salud física y psicológica. En el segundo estudio que contó con 212 participantes que completaron medidas de IE, sobre salud y de hábitos (fumar, beber y hacer ejercicio), los resultados indicaron que existe una relación negativa entre la IE y el consumo de tabaco y alcohol y a su vez existe una relación positiva entre IE y hacer ejercicio. En estos estudios se encontraron diferencias por género, así las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en percepción y valoración de las emociones.

En la misma línea, encontramos un meta-análisis llevado a cabo por Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke (2007) en el que analizaron los tamaños del efecto en las respuestas de 7.898 participantes en los que se encontró que un mayor nivel de IE rasgo se asocia con una mejor salud. Éstos y otros estudios sugieren que la percepción, la comprensión y la regulación de las emociones pueden contribuir a la salud mental y física.

A continuación vamos a señalar investigaciones que relacionan la IE y la salud a través de un breve recorrido en los ámbitos de la sintomatología psicopatológica y el bienestar personal. Estos estudios van a entender la IE desde las dos perspectivas descritas anteriormente, por lo

que vamos a encontrar investigaciones que miden IE percibida y otras que miden la IE como ejecución o ambos.

### **3.4.1. Inteligencia Emocional y estrés, depresión y ansiedad**

Los estudios que se exponen a continuación se centran en la relación que existe entre la IE y el estrés, la depresión y la ansiedad. Los datos hallados en distintos trabajos sugieren la capacidad predictiva de la IE sobre distintas variables que están relacionadas con la salud mental.

Salguero e Iruarrizaga (2006) realizaron un estudio acerca de la relación entre la IE percibida y el rasgo de ansiedad, ira y tristeza/depresión como indicadores del nivel de emocionalidad negativa en una muestra de 144 personas entre los 18 y 60 años. Los hallazgos muestran relaciones significativas entre las diferentes dimensiones de la IE percibida y la emocionalidad negativa, así los datos indican que la tendencia a atender a las emociones se ha relacionado de manera positiva y significativa con un mayor rasgo de ansiedad, ira y tristeza/depresión. Asimismo, la claridad emocional se ha relacionado de manera negativa y significativa con el rasgo de ansiedad, con ira y tristeza/depresión. Según los autores las personas con una alta claridad emocional se perciben cómo más capaces de comprender qué emociones está experimentando, cómo se manifiestan esas emociones o cuáles son sus causas y consecuencias. Por último, la reparación de las emociones se ha relacionado con menor frecuencia de síntomas de ansiedad, menor tristeza/depresión y una expresión de ira más controlada, estos datos sugieren que el hecho de que la persona se perciba como más capaz de manejar sus estados emocionales permite un mejor ajuste emocional. Estos autores sugieren la existencia de un perfil característico de IE percibida en personas con un mayor rasgo de ansiedad, ira y depresión.

En la misma línea, el estudio realizado por Extremera y Fernández-Berrocal (2006) sobre la relación entre la IE, la ansiedad, la depresión y la salud mental, social y física de universitarios, los resultados hallados mostraron que una alta puntuación en atención emocional se relaciona significativa y positivamente con mayor sintomatología ansiosa, con depresión y con bajos niveles de funcionamiento social y salud mental. Por otro lado, los altos

niveles de claridad y reparación emocional se relacionaron con menores niveles de ansiedad y depresión, mayor puntuación en funcionamiento social, salud mental, vitalidad y percepción de la salud.

Nolidin, Downey, Hansen, Schweitzer y Stough (2013) realizaron un estudio en que se examinó la asociación entre una medida de autoinforme de la IE y la ansiedad social en una muestra de 31 pacientes diagnosticados con trastorno afectivo mayor y 28 controles no clínicos. Los hallazgos señalan que el grupo clínico obtuvo puntuaciones más bajas en las dimensiones de la IE, en concreto, en reconocimiento y expresión, comprensión, gestión y control emocional en comparación con el grupo control.

### *Estrés*

Uno de los primeros estudios desarrollados en el campo de la salud es el realizado por Goldman, Kraemer y Salovey (1996) en el que examinaron sobre cómo las características de las creencias que tienen 134 estudiantes universitarios sobre su estado de ánimo afectan a la enfermedad y la información sobre los síntomas. Los hallazgos indicaron que cuando el estrés era elevado, los estudiantes con mayor atención a los estados de ánimo era más probable que informaran de diversos síntomas físicos, los estudiantes que regulaban sus emociones presentaban menores informes de enfermedad y acudían menos a la consulta médica. Los autores señalan que el estudio sugiere que la manera general de la persona de evaluar o valorar su estado de ánimo es un moderador importante de la relación entre el estrés y los síntomas y la información de enfermedades.

Asimismo, Gohm, Corser y Dalsky (2005) llevaron a cabo una investigación en la que se analizaba la relación entre la IE y el estrés, teniendo en cuenta la personalidad como variable moderadora, en una muestra de 158 estudiantes universitarios. Los resultados sugieren que la IE es potencialmente útil para reducir el estrés en algunas personas.

En la misma línea, la investigación llevada a cabo por Ramos, Fernández-Berrocal y Extremera (2007) en la que se examinó la influencia de la IE percibida y los pensamientos intrusivos sobre respuestas emocionales después de un evento estresante, los hallazgos

sugieren que las personas con mayor claridad y reparación emocional experimentarán respuestas emocionales menos negativas y pensamientos intrusivos después de un estresante agudo lo que les permite adaptarse más fácilmente a la experiencia.

En otro estudio desarrollado por Noorbakhsha, Besharata y Zareia (2010) examinaron la relación entre la IE y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra formada por 413 estudiantes. Los hallazgos revelaron que la IE estaba relacionada positivamente con el estilo de afrontamiento centrado en los problemas y estilo de afrontamiento emocional positivo y negativamente asociado con estilo de afrontamiento emocional negativo. Según los autores, la IE se supone que influye en las estrategias de afrontamiento mediante la gestión y regulación de las emociones, utilización y facilitación de emociones y evaluación de emociones.

### *Depresión*

Martínez-Pons (1997) realizó un estudio con una muestra compuesta con 108 adultos de edades comprendidas entre los 18 y 60 años a la que evaluó la IE, la orientación hacia las metas, la satisfacción con la vida y la sintomatología depresiva. Los resultados mostraron que la IE percibida correlaciona positivamente con la satisfacción vital percibida y la orientación hacia las metas y correlaciona negativamente con sintomatología depresiva. Según el autor, la influencia de la IE sobre la sintomatología depresiva se establecería de forma indirecta, mediada por el efecto de la satisfacción vital, asimismo, el efecto de la IE sobre la satisfacción vital sería doble, un efecto directo, propio de la IE y un efecto indirecto a través de la influencia positiva de la IE sobre la orientación hacia las metas.

En los trabajos acerca del papel de la IE percibida como factor de protección de la depresión se indica que la claridad y la reparación emocional presenta una asociación negativa con el nivel de depresión, los niveles elevados de claridad y reparación pueden influir de forma negativa sobre la depresión (Rodríguez y Romero, 2003).

Por otra parte, Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello (2006) realizaron un estudio sobre las relaciones entre IE (percibida y habilidad), los estilos de respuesta rumiativo/distractor y los niveles de depresión en una muestra de 625 estudiantes



universitarios entre los 17 y 58 años, asimismo, se evaluó la validez predictiva e incremental de la IE sobre depresión. Los hallazgos muestran que el estilo rumiativo se asoció positivamente con atención emocional y negativamente con claridad y reparación emocional, sin embargo, no se encontraron resultados significativos entre los estilos rumiativos y las diferentes dimensiones de la IE como habilidad, esta situación parece sugerir que las personas emocionalmente inteligentes utilizan formas de afrontar sus estados de ánimo negativos a través de la realización de actividades gratificantes. Por otra parte, las dimensiones de los instrumentos de evaluación de la IE mostraron correlaciones significativas con depresión. Así, la atención emocional se asoció positivamente con depresión, mientras que claridad y reparación emocional así como las cuatro dimensiones de IE como habilidad y su puntuación total mostraron relaciones negativas con sintomatología depresiva. Los autores consideran que la IE es un constructo predictivo de las diferencias individuales en sintomatología depresiva más allá del estilo de respuesta empleado, el grupo de personas con depresión ligera y grave mostraron menos habilidades emocionales que el grupo normal. Además, estos hallazgos apoyan que la IE puede considerarse como un constructo teóricamente relevante y empíricamente predictivo de las diferencias individuales en sintomatología depresiva.

En línea con los estudios anteriores, la investigación desarrollada por Hervás y Vázquez (2006) en la exploraron la relación entre la tendencia a experimentar estados emocionales complejos y un estilo rumiativo, analizando el papel mediador o moderador de las variables de atención, claridad y reparación emocional en una muestra de población general formada por 254 personas entre los 18 y 76 años, los resultados confirman la existencia de una relación significativa entre la baja claridad y reparación emocional y un mayor nivel de estilo rumiativo (rumiación negativista). La atención emocional parece mediar parcialmente la relación existente entre la complejidad emocional (tendencia a experimentar la tristeza junto con otras emociones) y la tendencia a desarrollar respuestas rumiativas.

Downey et al. (2008) investigaron la relación entre la IE y el diagnóstico clínico de la depresión en una muestra compuesta por 101 adultos entre 26 y 82 años (62 pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo y 39 controles). En los resultados se observaron asociaciones significativamente negativas entre la gravedad de la depresión y dimensiones de la gestión

emocional y el control emocional. Los autores concluyen que las medidas de IE pueden tener un valor predictivo en cuanto a la identificación temprana de personas en riesgo de desarrollar depresión.

Lloyd, Malek-Ahmadi, Barclay, Fernández y Chartrand (2012) examinaron en qué medida la puntuación del cociente emocional de la escala de IE predecía la depresión en una muestra de 128 personas mayores de 65 años. Los hallazgos indicaron que el aumento en la IE tiene un efecto beneficioso en cuanto al estado actual de la depresión. Los autores señalan la existencia de una relación muy intensa entre la IE y la depresión en adultos mayores. En concreto, las personas que presentan niveles elevado de la IE pueden tener un menor riesgo para la depresión (después de ajustar los efectos de la edad, la educación, el sexo y el consumo de antidepresivos), por lo tanto, los datos sugieren que la IE puede ser un predictor útil del estado de la depresión en adultos mayores.

#### *Ansiedad*

Latorre y Montañés (2004) examinaron la relación entre las variables emocionales y conductas relacionadas con la salud. Para ello, los autores analizaron la asociación entre la ansiedad, la IE percibida, la percepción de la salud y las conductas relacionadas con la salud en una muestra compuesta por 462 adolescentes entre 16 y 19 años. Los hallazgos muestran que el rasgo de ansiedad correlaciona negativamente con la claridad y regulación emocional y positivamente con el informe de síntomas (frecuencia de experimentación de problemas de salud, tanto físicos como psicológicos), asimismo, el informe de síntomas correlaciona negativamente con la claridad y la regulación emocional. Latorre y Montañés (2004) sugieren que los adolescentes con una mayor claridad y regulación de las emociones utilizan estrategias de afrontamiento que se relacionan positivamente con la salud y el bienestar.

Otro de los estudios que han analizado la relación entre la IE y la ansiedad es el desarrollado por Jacobs et al. (2008). Estos autores evaluaron la relación entre la severidad de la ansiedad social y la IE como habilidad en una muestra compuesta por 28 pacientes con fobia social generalizada (sin medicación) y a 21 personas sin patología. Los resultados

mostraron una correlación negativa significativa entre la gravedad de la ansiedad social y la puntuación en IE habilidades de percepción y uso de las emociones.

En la misma línea, Lizeretti y Extremera (2011) realizaron un estudio que analizó la relación entre la IE y los síntomas clínicos en un grupo de 70 pacientes psiquiátricos con trastorno de ansiedad generalizada y lo compararon con un grupo control compuesto por 70 personas. Los hallazgos señalan que estos pacientes prestan mayor atención a sus emociones, pero tienen una capacidad limitada para comprender las causas y los orígenes de los estados emocionales propios y realizar una reparación emocional de sus estados de ánimos negativos que los controles. Los autores observaron correlaciones negativas entre la claridad y reparación emocional y los síntomas de ansiedad. Además, los datos de este estudio muestran que los déficits en habilidades de la IE son un factor de vulnerabilidad en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada.

En el estudio desarrollado por Díaz-Castela et al. (2013) uno de los objetivos fue determinar si los adolescentes con síntomas de trastorno de ansiedad social puntúan más bajo en IE percibida que los adolescentes sin estos síntomas. Para ello, se exploró un cuestionario para evaluar la IE percibida en una muestra de 425 adolescentes entre los 12 y 19 años (127 adolescentes diagnosticados con sintomatología de trastorno de ansiedad social y un grupo control formado por 298 adolescentes) y otras medidas de trastorno de ansiedad social. En los resultados se hallaron diferencias significativas en el componente de reparación emocional en adolescentes con un alto riesgo de desarrollar síntomas de trastorno de ansiedad social. Según los autores, los adolescentes que presentan esta sintomatología son capaces de sentir y expresar sentimientos adecuadamente pero a la hora de la comprensión y regulación emocional muestran dificultades en comparación con el grupo control.

En el apartado siguiente vamos a continuar exponiendo estudios relacionados con la IE y la salud desde la perspectiva de la prevención y promoción.

### **3.4.2. Inteligencia Emocional y bienestar personal**

Existe una extensa literatura que relaciona el bienestar, la satisfacción personal y la calidad de vida con el adecuado funcionamiento y regulación de las emociones (Austin, Saklofske y Egan, 2005; Chamorro-Premuzic, Bennett y Furnham, 2007; Extremera, Durán y Rey, 2009; Palomera y Brackett, 2006; Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2006; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley y Hollander, 2002; Zeidner, Matthews y Roberts, 2012). La IE ha sido examinada desde diversas perspectivas como un factor protector de la salud.

Por un lado, encontramos estudios que sugieren que el consumo de drogas parece estar relacionado con la IE. Así, en la investigación realizada por Trinidad y Johnson (2002) en la que se exploró la relación entre la IE y el consumo de tabaco y alcohol en 205 adolescentes de distintas etnias y niveles culturales (entre 11 y 18 años), los resultados muestran que la IE correlacionó negativamente con las medidas de consumo de tabaco y alcohol. Los autores sugieren que los adolescentes con alta IE poseen la capacidad de conocer a los demás y detectar la presión de grupo.

Asimismo, Brackett, Mayer y Warner (2004) evaluaron la validez discriminante, criterio e incremental de una medida de IE en una muestra de 330 estudiantes universitarios entre 17 y 20 años que completaron pruebas de habilidad, de rasgos de personalidad y de espacio vital (bases biológicas, elementos situacionales, las situaciones interactivas e incorporación a grupos). Los hallazgos señalan que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en IE que los hombres, aunque la IE fue más predictiva de los criterios de espacio vital para los hombres que para las mujeres. Las puntuaciones baja en IE hombres, principalmente, la incapacidad de percibir emociones y utilizar las emociones para facilitar el pensamiento se asoció con resultados negativos incluyendo el consumo de drogas, la conducta desviada y las malas relaciones con los amigos. Los autores sugieren que en este estudio, la IE se relacionó significativamente con la inadaptación y conductas negativas en los hombres universitarios pero no en las mujeres.

Otros autores como Rossen y Kranzler (2009) apoyan los datos anteriores. En un estudio en el que evaluaron la validez incremental de una prueba de IE como capacidad (las medidas criterio utilizadas fueron el rendimiento académico, el bienestar psicológico, apego entre pares, relaciones positivas con los demás y el consumo de alcohol) en una muestra de 150 estudiantes universitarios entre los 17 y los 36 años. Los resultados de la investigación sugieren que la IE contribuye significativamente a la predicción del consumo de alcohol y las relaciones positivas interpersonales después de controlar la capacidad cognitiva y la personalidad.

Por otra parte, la satisfacción con la vida parece estar asociada con la IE. Palmer, Donaldson y Stough (2002) realizaron un estudio acerca de la relación de ésta con la IE y otros constructos de personalidad que contó con 107 participantes entre los 16 y 64 años. Los resultados mostraron que la claridad emocional está relacionada con la predicción de la satisfacción con la vida más allá del afecto positivo y negativo. Los hallazgos de este estudio proporcionan evidencia empírica preliminar sobre que la IE, en concreto, la claridad con la que las personas tienden a experimentar sus emociones representa el mayor valor predictivo de la satisfacción con la vida.

Del mismo modo, cuando hablamos de la relación entre IE, bienestar psicológico y estabilidad emocional encontramos correlaciones positivas y significativas entre éstos. En el estudio realizado por Bermúdez, Álvarez y Sánchez (2003) en el que evaluaron la relación entre estas variables en una muestra de 65 participantes entre los 18 y los 33 años, las autoras concluyeron que mayor IE, mayor bienestar psicológico y mayor estabilidad emocional presenta la persona. Bermúdez et al. (2003) concluyen que las personas que presentan mayor autocontrol emocional y conductual perciben que poseen mayor control sobre su entorno lo que supone poseer una mayor autoestima y estas características están relacionadas con la superación de situaciones negativas, según los datos obtenidos.

Hallazgos similares se encontraron en un estudio desarrollado por Slasky y Cartwright (2003) cuyo objetivo era evaluar si la IE se puede desarrollar y si el aumento de IE tiene un impacto beneficioso sobre la salud, el bienestar y el rendimiento en una muestra formada por

120 gerentes (60 en el grupo experimental y 60 en el grupo control) con una edad media de 37 años. Los resultados del estudio sugieren que el entrenamiento produjo un aumento de la IE y la mejora de la salud y bienestar de los participantes. Los autores señalan que la IE se puede enseñar, aprender y que puede ser útil para reducir el estrés y mejorar la salud, el bienestar y el rendimiento.

De la misma manera, los datos de la investigación realizada por Extremera y Fernández-Berrocal (2005a) en el que se examinó la relación entre la IE percibida y la satisfacción con la vida en 184 estudiantes universitarios de edad media 22,9 años se encontró la existencia de correlación significativa entre la claridad y la reparación y una mayor satisfacción de la vida. Según los autores, los datos hallados sugieren que las personas que son menos depresivas y neuróticas y saben claramente lo que están sintiendo tienden a tener una mayor satisfacción con la vida.

Martín, Harillo y Mora (2008) realizaron un estudio en el que se examinó las interacciones entre la IE y diversas variables indicativas de salud mental, el grado de bienestar personal y la satisfacción vital en un grupo de 50 adolescentes entre los 15 y 16 años. Los datos muestran una relación positiva entre la IE percibida y distintas medidas de salud y bienestar personal, y una relación negativa entre la IE percibida y estados psicopatológicos como la depresión o la ansiedad. Los autores concluyen que ciertas características intrapersonales de la IE percibida parecen estar asociados con determinados parámetros de ajuste psicológico y salud mental, que influye en el grado de satisfacción vital y felicidad de las personas.

Por último, las relaciones positivas con los demás que permiten un funcionamiento social adecuado se relaciona también con la IE según diversos autores. Lopes, Salovey y Strauss (2003) llevaron a cabo un estudio que exploró la relación entre la IE entendida como un conjunto de habilidades y rasgos de personalidad así como la contribución de ambos a la calidad percibida en las relaciones interpersonales en una muestra de 103 estudiantes universitarios con una edad media de 19,2. Los hallazgos indican que la IE presenta significativa correlación con varios indicadores de calidad de la interacción social, los

participantes con puntuaciones elevadas en la gestión de emociones informaban más de poseer relaciones positivas con los demás y percibir apoyo de los padres y menos probabilidad de informar de interacciones negativas con los amigos íntimos.

Igualmente, Song, et al. (2010) realizaron un estudio sobre la validez incremental de la IE en la predicción del rendimiento académico y la calidad social en las interacciones de 506 estudiantes universitarios. Los resultados mostraron que la IE está relacionada con la calidad de las interacciones sociales con los compañeros y el rendimiento académico.

Como hemos podido observar en los distintos estudios acerca de la IE las personas que poseen mejor adaptación psicológica, son aquellas que presentan un nivel bajo-medio de atención emocional y altas puntuaciones en claridad y reparación emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005b) así como unas puntuaciones elevadas en las distintas tareas de ejecución de IE entendida como habilidad.

Una vez que hemos analizado los beneficios de la IE en distintos ámbitos y poblaciones, para finalizar el presente capítulo vamos a destacar una de las características de la IE, puede ser enseñada y aprendida a través de programas de educación emocional.

### **3.5. La educación de la Inteligencia Emocional**

La IE se desarrolla a lo largo de todo el ciclo vital de la persona. Se puede plantear a través de la educación formal y no formal, la familia juega un papel fundamental en el desarrollo de ésta. Una de las formas en la que se pueden adquirir los conocimientos y habilidades socioemocionales es a través de la educación emocional. A continuación vamos a destacar las principales características de los programas educación emocional y, en concreto, describiremos el desarrollo de la IE dentro del entorno familiar.

#### **3.5.1. Programas para desarrollar la Inteligencia Emocional**

En la actualidad podemos encontrar diversidad de definiciones del concepto de educación emocional, en este momento vamos a destacar la aportación conceptual desarrollada por Bisquerra (2000) que señala que se trata de:

*Un proceso educativo continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral. Para ello se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social (p.243).*

Siguiendo los planteamientos de Bisquerra (2003) la educación emocional se fundamenta en una serie de corrientes, movimientos y teorías científicas como son, entre otros, los movimientos de renovación pedagógica (Dewey, Tolstoi, Rogers, etc.), los movimientos de innovación educativa como la educación moral, la educación en valores, educación para la salud, etc. Por otro lado, la educación emocional se basa en el *counselling* y la psicoterapia, la teoría de las emociones (Arnold, Lazarus, etc.), la logoterapia (Frankl), la psicoterapia racional-emotiva (Ellis), la teoría de las inteligencias múltiples (Gardner), la teoría de la IE (Mayer, Salovey, Goleman, Bar-On, Petrides, Furnham, Cooper, Sawaf, etc.), la teoría del aprendizaje social (Bandura), la psicología positiva (Seligman), la psicología humanista (Rogers, Allport, Maslow, etc.). Asimismo, se apoya en el modelo ecológico y sistémico (Bronfenbrenner), la teoría de la acción razonada (Fishbein y Azjen), las aportaciones de la neurociencia acerca del funcionamiento cerebral de las emociones, la psiconeuroinmunología y las investigaciones sobre el bienestar subjetivo (Strack, Argyle, Schwartz, etc.). Estos enfoques se basan en la formación de la personalidad, la importancia de las emociones, el bienestar, el desarrollo de competencias socioemocionales constituyen los pilares en los que se apoya la educación emocional.

El principal objetivo de la educación emocional es el desarrollo de las competencias emocionales, es decir, el desarrollo del conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes imprescindibles para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de manera adecuada los procesos emocionales (Agulló, Filella, García, López y Bisquerra, 2010).



La clasificación de las competencias emocionales varía según la aproximación teórica de la que partamos, no existe un acuerdo entre los distintos autores. Además encontramos discrepancia incluso en la denominación ya que algunos autores se refieren a competencia emocional y otros autores hablan de competencia socio-emocional (Bisquerra y Pérez, 2007).

La clasificación de competencias emocionales desarrollada por Salovey y Sluyter (1997) identifica cinco dimensiones básicas que son: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol. Por otro lado, nos encontramos el enfoque realizado por Saarni (1999) que plantea la existencia de ocho competencias ésta son: autoconciencia de las propias emociones; capacidad para discernir y comprender las emociones de los otros; la capacidad de utilizar el vocabulario emocional y de expresiones; capacidad para la participación empática; capacidad de diferenciar la experiencia emocional subjetiva interna de la expresión emocional externa; la capacidad de afrontamiento adaptativo de las emociones aversivas y circunstancias angustiantes; conciencia de la comunicación emocional en las relaciones y, capacidad para la auto-eficacia emocional. Vamos a describir en este momento el modelo pentagonal de las competencias socioemocionales desarrollado por Bisquerra y Pérez (2007) ya que se forma parte de los modelos utilizados en el diseño del programa de inteligencia emocional que hemos desarrollado en esta investigación.

Este modelo se centra en los siguientes componentes:

- *Conciencia emocional*, es la capacidad para tomar conciencia de las emociones propias y de los demás, incluye la habilidad para percibir el clima emocional de un contexto determinado, dar nombre a las emociones y la comprensión de las emociones de los demás.
- *Regulación emocional*, atiende a la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada, es la conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento, tener unas adecuadas estrategias de afrontamiento, la capacidad para generar emociones positivas en uno mismo, la expresión emocional, regulación emocional, habilidades de afrontamiento, competencia para autogenerar emociones positivas.
- *Autonomía emocional*, incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal, entre las que se encuentran la autoestima, actitud positiva ante la vida, responsabilidad, capacidad para analizar críticamente las normas sociales, la capacidad para

buscar ayuda y recursos, así como la auto-eficacia emocional. Incluye la autoestima, auto-motivación, actitud positiva, responsabilidad, auto-eficacia emocional, análisis crítico de normas sociales y resiliencia.

- *Competencia social*, es la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Esto implica dominar las habilidades sociales básicas, capacidad para el respeto por los demás, comunicación efectiva, compartir emociones, actitudes pro-sociales y cooperativas, asertividad, prevención y resolución del conflicto, capacidad para gestionar las situaciones emocionales.
- *Competencias para la vida y el bienestar*, es la capacidad para adoptar comportamientos adecuados y responsables para afrontar los desafíos de la vida diaria. Incluye fijar objetivos adaptativos, tomar decisiones en las distintas situaciones de la vida cotidiana, buscar ayuda y recursos, la ciudadanía activa, cívica, responsable, crítica y comprometida, el bienestar subjetivo y la capacidad para generar experiencias óptimas en la vida personal, profesional y social.

Una de las formas por las cuales se pueden adquirir las competencias emocionales o competencias socio-emocionales es a través de programas de educación emocional. Las características de los programas varían según la etapa y nivel de desarrollo en el que se encuentra la persona así como, las necesidades que se presenten en cada momento de su trayectoria de vida personal, social, profesional, académica y/o familiar.

Los objetivos generales de estos programas según Bisquerra (2000) son:

*Adquirir un mejor reconocimiento de las propias emociones; identificar las emociones de los demás; desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones; prevenir los efectos perjudiciales de las emociones negativas; desarrollar la habilidad para generar emociones positivas; desarrollar una mayor competencia emocional; desarrollar la habilidad de automotivarse; adoptar una actitud positiva ante la vida; aprender a fluir (p. 244).*

Los contenidos de estos programas aún no están muy claros, no existe consenso entre los distintos autores pero de manera general se van a trabajar los siguientes aspectos: el concepto de emoción (definición, tipos, conciencia, reconocimiento, expresión y regulación de las

emociones); la autoestima (autoconcepto, autoaceptación, autonomía, autorrealización, autoeficacia); habilidades sociales (verbales y no verbales); comunicación asertiva (escucha activa, mensajes “yo”, disco rayado, reforzamiento, empatía, preguntas, etc.); bienestar psicológico; calidad de vida; toma de decisiones y resolución de conflictos, entre otros.

Para desarrollar la inteligencia emocional, es fundamental hacer uso de programas de educación emocional. La educación emocional es imprescindible para el desarrollo integral del ser humano. En el estudio realizado por Ulutas y Ömeroglu (2007) acerca del efecto de la educación en IE de niños jóvenes, los resultados mostraron que un programa de educación IE influye significativamente en los niveles de IE de los niños, así el grupo experimental alcanzó mayores niveles de IE que los niños de los grupos placebo y control.

Resultados similares encontraron Saltali y Deniz (2010) en el estudio realizado con niños en edad preescolar en el que encontraron un aumento en la capacidad de reconocimiento emocional de expresiones faciales, comprender y expresar emociones en los niños que habían participado en el programa de educación emocional en comparación con el grupo control.

Existen diversos beneficios procedentes de la implementación de programas de educación emocional sobre la calidad de vida de las personas que reciben formación para el desarrollo de habilidades socio-emocionales. Estos programas se están aplicando en distintos ámbitos: educativo, laboral y sanitario con resultados bastante positivos.

En la investigación realizada por Ruiz-Aranda, Martín, Cabello, Palomera y Fernández-Berrocal (2012) en el que se analizaron los efectos de un programa de IE basado en el modelo de Mayer y Salovey (1997) sobre el ajuste social de un grupo de adolescentes, los resultados hallados mostraban un mejor ajuste psicosocial que se traducía en niveles bajos de depresión y ansiedad, menor somatización y estrés social y mayor nivel de autoestima, entre otros aspectos, en el grupo experimental en comparación con el grupo control.

Por otro lado, Yalcin, Karahan, Ozcelik e Igde (2008) investigaron acerca del efecto de un programa de IE en la salud relacionada con calidad de vida y el bienestar de las personas con

diabetes tipo 2. En el estudio en el que participaron 184 pacientes los resultados tras la aplicación de un programa de IE muestran que la calidad de vida, el bienestar y los niveles de inteligencia emocional de los pacientes del grupo experimental aumentaron en comparación con los del grupo de control.

Cómo hemos citado anteriormente el desarrollo de la IE tiene lugar en diversos ámbitos. Nos centraremos en este momento en el desarrollo de las competencias emocionales en la familia por ser el tema principal de esta investigación.

### **3.5.2. Desarrollo de la Inteligencia Emocional en la familia**

La familia es uno de los agentes claves en el desarrollo socioemocional de sus miembros, es el primer lugar dónde el niño recibe educación emocional. La literatura señala que la autoconfianza, autoestima, seguridad, generosidad, cariño, habilidades sociales, etc. comienzan en el entorno familiar. Cuando los niños se desarrollan en un ambiente de amor, respeto, confianza y estabilidad serán más sanos y seguros. Es necesario por tanto ofrecer un ambiente en el que el vínculo o apego sea seguro (Bowlby, 1978) favoreciendo el desarrollo emocional, intelectual y social del niño de manera óptima.

Asimismo, las figuras parentales actúan como modelos de referencia para sus hijos, cómo señala Vallés (2008):

*Los padres desarrollan un papel fundamental en el desarrollo de las competencias emocionales de sus hijos, y ello se consigue a través del propio desarrollo de la inteligencia emocional de los padres y de la aplicación educativa de éstos a sus hijos (p.139).*

Por ello, el primer paso a la hora de desarrollar competencias emocionales en los hijos consiste en desarrollarlas o potenciarlas en los progenitores. Para ello, existen distintas fórmulas que aportan recursos y habilidades a la familia de manera que sus miembros puedan lograr un desarrollo emocional óptimo.

La escuela de madres y padres o escuela de familia puede convertirse en un espacio educativo, un lugar de reflexión, diálogo e intercambio de experiencias que permite a la

familia la adquisición y/o fomento de capacidades emocionales y parentales. Así, la escuela familiar es una intervención social, formativa, orientada a los padres y madres cuyo objetivo es desarrollar estrategias preventivas que deben basarse en la comunicación, flexibilidad, continuidad y progresividad entre otros aspectos y contempla las siguientes estrategias: diagnóstico, diseño y organización, desarrollo y evaluación (Ricoy y Feliz, 2002).

Teniendo en cuenta estos aspectos se pueden llevar a cabo distintas acciones con las familias de manera que la educación emocional que reciben los niños en su hogar y en el centro educativo estén conectadas y el desarrollo de competencias emocionales se presente en todas las etapas y contextos de la vida del niño.

El capítulo siguiente expone las características principales del desarrollo socioemocional de los niños, en general y, en concreto las dificultades que presentan en este ámbito los niños con TDAH.



## Capítulo 4

# DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL INFANTIL Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Cada niño evoluciona de manera única debido a los numerosos factores que le influyen, estas diferencias en el desarrollo de cada niño son más acusadas si además éste presenta algún trastorno como es el TDAH.

El desarrollo infantil abarca diversos ámbitos como son: físico, motor, cognitivo, social, emocional, etc. Es difícil estudiar por separado estos aspectos así como destacar las características específicas centradas en unos años de desarrollo ya que éste es continuo pero, en este momento vamos a centrarnos en el desarrollo social y emocional entre los 6 y los 12 años de manera general.

El desarrollo socioemocional durante la etapa infantil es un aspecto clave del desarrollo integral ya que permite la adaptación al entorno en el que se desenvuelve el niño de manera óptima. Sin embargo, en la vida social y emocional de los niños que presentan TDAH existen dificultades que parecen ser fruto de las características propias del trastorno y que repercuten de manera negativa en su vida personal, social y familiar.

A continuación vamos a señalar por un lado, las principales características del desarrollo socioemocional durante la edad de 6 a 12 años y, por otro señalaremos en qué consisten las dificultades socioemocionales que principalmente observamos en los niños que presentan TDAH a estas edades.

#### **4.1. Desarrollo socioemocional durante la infancia**

El periodo del desarrollo vital comprendido entre los 6 y los 12 años supone una transición de la infancia a la adolescencia. Entre las principales características de esta etapa evolutiva se encuentra el crecimiento del lenguaje que está interrelacionado con el desarrollo motor, social y afectivo.

El lenguaje, por un lado, es un instrumento del pensamiento del niño que le sirve para recordar, planificar, sistematizar el resultado de las acciones, etc., por otro lado, le permite emitir y recibir mensajes en situaciones interpersonales, ayuda al intercambio social, constituye un mecanismo para regular la propia conducta e intervenir sobre la conducta de los otros. El lenguaje tanto oral como escrito, va a ser la herramienta más importante de la que va disponer el niño para la comunicación de sus pensamientos y sentimientos durante este periodo. Por lo tanto, la comprensión de sí mismo evoluciona de forma importante en esta etapa gracias a las mayores competencias lingüísticas y a la interiorización del lenguaje.

A partir de los 6 años los niños manifiestan las emociones de manera consciente e independiente. Durante este momento evolutivo aumentan las interacciones sociales y con ello la formación del autoconcepto y la autoestima que constituyen los aspectos más destacados del desarrollo socioafectivo del niño. La autoestima influye en la conducta social y académica y en el ajuste psicológico a lo largo de la vida. Durante esta etapa la comprensión de las emociones propias y ajenas favorece el establecimiento de relaciones sociales y emocionales. A partir de la comprensión de las causas que producen la experiencia emocional los niños comienzan a regular su estado emocional.

##### **4.1.1. Principales características del desarrollo social**

Durante la etapa de desarrollo que coincide con la educación primaria, se produce un cambio importante a nivel social en la vida de los niños: se amplían el número de amistades, la relación con los adultos adquieren nuevas perspectivas y el juego alcanza nuevas dimensiones. En este momento los padres, los docentes y el grupo de los iguales van a jugar un papel crucial en el proceso de socialización (Gallardo, 2006). A continuación se destacan las principales características que conforman una parte muy importante del desarrollo social de esta etapa.



*Relación con los iguales.* El periodo comprendido entre los 6 y los 12 años se caracteriza porque la amistad comienza a adquirir mayor importancia, el tiempo dedicado a estar con los amigos sin la supervisión de los adultos aumenta de manera considerable, asimismo, estos momentos con los iguales se desarrollan en diversos contextos (escuela, hogar, parque, etc.). En este periodo los niños comienzan a ser más altruistas, dejando el egocentrismo de manera gradual, van pasando del subjetivismo al objetivismo que permite que las relaciones interpersonales se consoliden. A medida que van avanzando los años, las relaciones de amistad se convierten en íntimas y existe un importante nivel de compromiso entre los amigos.

En la interacción con los pares es dónde cada niño va a descubrir y valorar sus propias aptitudes a través de la comparación con los compañeros y la opinión que los demás tengan del niño. Es en este periodo donde comienza la consolidación de la identidad propia a la vez que van adquiriendo conciencia de sus capacidades y limitaciones, se desarrolla el conocimiento de sí mismo (García, Sureda y Monjas, 2010). En este momento el autoconcepto y la autoestima comienzan a forjarse a través de la relación con los iguales. El autoconcepto y la autoestima irán cambiando y desarrollándose en distintos ámbitos personal, académico, familiar, etc.

Por otro lado, la relación con los iguales permite evaluar los valores que han recibido a partir de la confrontación con los demás en sus opiniones y actitudes, en este proceso los niños aprenden a autorregular en sus necesidades y deseos a los de los demás.

El proceso de socialización en este momento consiste principalmente en aprender a cooperar, negociar, intercambiar opiniones y resolver conflictos. Es en este momento cuando se sustituyen las agresiones físicas por agresiones verbales principalmente. Las relaciones amistosas se caracterizan por darse entre las personas del mismo sexo que les apoyan, les prestan atención, le dan cariño, juegan con ellos y se divierten juntos. Por otro lado, comienzan a diferenciar entre los amigos íntimos (comparten más tiempo, confidencialidad, lealtad, confianza, etc.) y los demás.

Durante este periodo los niños comienzan a organizarse en grupos sociales que poseen identidad propia y fuertes sentimientos de pertenencia. Cada grupo crea sus propias normas y que cada miembro tiene que conocer y cumplir para poder formar parte del grupo y ser aceptado. En este contexto aparecen los distintos roles (líder, rechazado, ignorado, matón, popular. La aceptación de los iguales es muy importante para el ajuste y la integración social durante este periodo.

*Relación con adultos.* La influencia de los padres empieza a disminuir, los niños cada vez son más independientes y autónomos debido a su madurez física, cognitiva y socioemocional aunque todavía las figuras parentales se consideran muy importantes como modelo, referente, vínculo afectivo, etc.

La figura del profesorado adquiere mayor relevancia ya que se convierte en el adulto de referencia fuera del hogar, los valores y las expectativas sociales del profesorado van a influir de manera importante en el desarrollo del niño durante esta etapa.

*El juego.* El espacio del juego se va a convertir en un momento clave para el desarrollo social del niño, ya que permite el aprendizaje de normas, nuevas experiencias, potenciar el lenguaje y las relaciones interpersonales.

La introducción de los juegos de reglas va a permitir el fomento de la adaptación social, el autocontrol, responsabilidad, democracia, cooperación, participación, comunicación y la interacción, dejando de lado el juego simbólico de la etapa anterior de manera gradual. Al principio las reglas van a considerarse como inmutables y absolutas cuyo cumplimiento es exigido, pero a medida que avanzan los años, los niños descubren el carácter convencional de la mismas.

En definitiva, el desarrollo social en este periodo permite la adquisición de herramientas y habilidades en el niño que le permiten adaptarse adecuadamente a la sociedad en la que se encuentra y las exigencias que se le imponen desde ésta. Entre los 6 y los 12 años el mundo social del niño se amplía y se extiende a diversos ámbitos que le van a ofrecer la oportunidad

de complementar el aprendizaje del universo que le rodea. La relación con el grupo de iguales supone un potente agente socializador lo que permite distanciarse de los adultos aunque éstos sigan siendo un importante referente. El bienestar personal, el ajuste social y el rendimiento y calificaciones académicas dependen en gran parte de las relaciones establecidas con los iguales.

#### **4.1.2. Principales características del desarrollo emocional**

El desarrollo emocional va a suponer otro importante camino a la maduración cognitiva, social y personal del niño. Durante la infancia se aprende de manera continua y gradual del entorno en el que se encuentra la persona, es a partir de las interacciones con los demás cuando el niño va construyendo el significado de sus experiencias y emociones. Los contextos donde se va a desarrollar la afectividad de los niños en esta etapa van a ser fundamentalmente el hogar y el colegio.

La familia y, en concreto, las figuras parentales, son fundamentales para el adecuado desarrollo emocional de los niños a través del tipo de apego, como modelo ante el comportamiento de las situaciones cotidianas y través de la enseñanza, expresión y las estrategias de regulación de las emociones.

La relación directa con los iguales, con los amigos y los compañeros de clase, permite al niño explorar la frecuencia, duración e intensidad de la expresión de las emociones (Malatesta y Haviland, 1982).

En la revisión de la literatura realizada por von Salisch (2001) describe los problemas y limitaciones que ofrecen las relaciones con las figuras parentales, amigos y compañeros en el crecimiento emocional de los niños incluyendo el desarrollo de la percepción, experimentación, expresión y regulación de las emociones.

Por una parte, la autora señala que la familia, en concreto, los padres son personas de apoyo en los momentos difíciles atendiendo a las emociones que sienten los hijos y que la relación que tienen con sus hijos y la manera de afrontar las situaciones con ellos supone un

aprendizaje de la expresión y la regulación emocional. Además, dentro de la familia se habla de emociones y sentimientos que facilita la percepción y comprensión de las emociones de los demás por parte de los hijos y de las consecuencias de la expresión de emociones realizada por ellos. Dentro de la familia se transmiten importantes valores y normas. Esta autora señala que las figuras parentales no pueden compartir y/o entender la totalidad de las percepciones y experimentaciones emocionales de los niños.

Por otra parte, von Salisch (2001) destaca que las relaciones con el grupo de iguales permiten el desarrollo emocional ya que se trata de relaciones simétricas lo que supone que los compañeros entienden mejor la vida emocional de sus pares y porque forman un grupo con ideas afines, estableciendo reglas comunes sobre la expresión y regulación de las emociones. La norma del grupo es permanecer relativamente tranquilo sobre todo evitando la expresión de emociones como miedo, tristeza e ira en la mayoría de las situaciones sobre todo por parte de los niños más que en las niñas para evitar la burla o rechazo del grupo.

Por último, respecto al desarrollo emocional en las relaciones de amistad, la autora señala que los amigos ayudan a la exploración de la valoración y experiencias emocionales que proceden de las transformaciones de la preadolescencia y la adolescencia (cambios corporales, consolidación de la identidad, etc.). Asimismo, los amigos íntimos ayudan a clasificar los sentimientos, estar cuando se le necesita, apoyar en todo momento y gestionar la competición, ira, desprecio, culpa, envidia, etc. esta gestión de los sentimientos del amigo puede hacer peligrar la relación de amistad, así como si alguno de los amigos presenta importantes problemas emocionales o cuando se traiciona la confianza de la otra persona.

Durante esta etapa, se desarrolla la capacidad para comprender las emociones propias y la de los demás, así como la diferenciación de las distintas emociones, lo que supone un avance en la conciencia emocional, además, los niños se hacen conscientes de que los demás pueden reconocer sus expresiones emocionales y que pueden ocultarlas, así como de que con el tiempo la intensidad de las emociones disminuye cuando dejamos de pensar en los que causó la emoción. A medida que van pasando los años, los niños comienzan a utilizar técnicas de

distracción cognitiva para la regulación emocional (pensar en cosas agradables, cambiar el pensamiento, etc.).

## **4.2. Dificultades socioemocionales del niño con TDAH**

Cómo hemos señalado anteriormente la etapa de los 6 a los 12 años es un momento clave del desarrollo social y emocional que permite la adaptación del niño a las nuevas relaciones y contextos así como su desarrollo integral. Sin embargo, el TDAH se asocia con el deterioro del funcionamiento socioemocional que afecta de manera directa sobre el adecuado progreso de estas importantes áreas y repercutiendo en las relaciones del niño consigo mismo y los demás. Esta disfunción psicosocial va más allá de los principales síntomas del trastorno.

Uekermann et al. (2010) realizaron una revisión de los estudios centrados en la etiología de la disfunción cognitiva de las competencias sociales de los niños con TDAH, los autores señalan por un lado, que existe poca investigación al respecto a pesar de los problemas sociales e interpersonales que presentan estos pacientes y, por otro lado, que los estudios analizados encuentran que las dificultades sociales se deben a los déficits en la teoría de la mente y el bajo nivel de empatía debido a las alteraciones fronto-estriadas entre otras áreas cerebrales.

Por otra parte, la desregulación emocional que presentan los niños con TDAH puede estar relacionada con la alteración de las interacciones entre las regiones prefrontales y cingulada del córtex, así como de las regiones subcorticales del cerebro (Ochsner y Gross, 2005). Asimismo, la amígdala podría estar implicada en los problemas en el procesamiento de la expresión facial emocional observados en el TDAH (Brotman et al., 2010).

### **4.2.1. Principales dificultades sociales**

Entre las alteraciones funcionales en los diferentes ámbitos de la vida diaria de los niños que presentan TDAH se incluyen las dificultades del funcionamiento social que van a interferir en la relación entre el niño y su entorno más próximo. Estos niños suelen tener conflictos tanto con adultos como con sus iguales, esto aumenta el riesgo de desarrollar otra patología comórbida con el TDAH (Nijmeijer et al., 2008).

En las relaciones con su grupo de iguales es frecuente que los niños con TDAH que se vinculan con problemas de autocontrol (hiperactivos e impulsivos) presenten agresiones verbales y físicas hacia los compañeros de clase, hablen en exceso, discutan, molesten constantemente a sus compañeros y sean ruidosos, tengan problemas para seguir las normas del juego, carezcan de habilidades de comunicación, presenten escasa tolerancia a la frustración, sean egocéntricos, impulsivos, agresivos, dominantes, etc. estas características provocan el rechazo de los compañeros, la falta de amistades, el aislamiento social y un importante deterioro las relaciones sociales de estos niños (de Boo y Prins, 2007; Hoza et al., 2005; Wehmeier, Schacht y Barkley, 2010).

Asimismo, los niños con TDAH en los que existan problemas atencionales se relacionan con una disminución de la participación o interacción social, suelen ser tímidos, callados y poco participativos en las reuniones grupales (Fernández-Jaén et al., 2011).

Los niños con TDAH aunque conocen las competencias y normas sociales no las ejercen de manera adecuada. Los maestros cuando evalúan el funcionamiento social de los niños con TDAH en comparación con los niños sin TDAH, indican que los niños con TDAH muestran más problemas con compañeros y tienen dificultades para aplicar el comportamiento prosocial de manera efectiva (García, Jara y Sánchez, 2011).

La relación entre las figuras parentales y los niños con TDAH se caracteriza por la presencia de numerosos conflictos que se agravan si además el hijo presenta comorbilidad con otros trastornos del comportamiento (Wehmeier et al., 2010).

En la revisión realizada por Gentschel y McLaughlin (2000) presentan el TDAH como una discapacidad social, los resultados de la literatura analizada indican que los niños con TDAH y los niños con discapacidad social muestran patrones de comportamiento similares. Asimismo, los autores encontraron que los niños con TDAH presentan baja autoestima, mala reputación entre sus iguales, conflictos con los amigos, problemas en las habilidades sociales y dificultad para superar el egocentrismo en las relaciones sociales, por lo que sugieren una intervención

temprana que permita el desarrollo adecuado de las habilidades sociales para fomentar las experiencias positivas en los distintos contextos en los que se desenvuelve el niño con TDAH.

Fernández-Jaén et al. (2011) realizaron un estudio para comparar la intensidad de los síntomas del TDAH, así como la asociación de los diferentes subtipos, sexo y comorbilidades con las conductas de habilidad social y liderazgo a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes para padres y profesores. Estos autores señalan que entre el 50 y el 70% de los niños que acuden a consulta presentan dificultades en su adaptación social. Los resultados indican que la incompetencia social se relaciona con factores diferentes al género en el TDAH, la ejecución defectuosa de tareas específicas de resolución de problemas sociales en niños con TDAH se dan sobre todo si presentaban algún trastorno comórbido (trastorno negativista-desafiante y trastorno disocial, principalmente). Este estudio muestra que las habilidades sociales se relacionan, según los padres con la intensidad sintomática del TDAH y con la presencia de la comorbilidad conductual. Respecto a la capacidad de liderazgo sólo se encontró relacionada con la intensidad del déficit atencional independientemente del informador.

Según Hoza (2007) hay que tener en cuenta los siguientes aspectos de las relaciones de los niños con TDAH con sus pares: la importancia que tienen las relaciones positivas con los compañeros para el desarrollo de todos los niños, tengan o no TDAH; que la baja aceptación o el rechazo de los compañeros lleva a los niños a una situación de riesgo; los niños con TDAH tienen deterioradas las relaciones con los compañeros; es muy difícil que los niños rechazados superen la reputación negativa que los compañeros tienen de ellos; una vez que los compañeros están etiquetados de TDAH, se pone en marcha un proceso negativo mediante el cual estos niños sufren el tratamiento negativo por parte de sus compañeros y que el tratamiento de los problemas con los compañeros de los niños con TDAH es muy difícil.

Por otra parte, de Boo y Prins (2007) señalan que el método más común para resolver los problemas sociales de los niños es el entrenamiento en habilidades sociales. Estos autores realizaron una revisión de cuatro intervenciones basadas en el entrenamiento en habilidades sociales y encontraron efectos positivos en estos tratamientos experimentales que contaban

con suficiente apoyo empírico. Asimismo, estos autores señalan que los problemas sociales de los niños con TDAH se asocian con una amplia gama de deficiencias cognitivas y emocionales. Estas deficiencias cognitivas y emocionales se refieren a distorsiones cognitivas en el procesamiento de la información social (Matthys, Cuperus y Van Engeland, 1999), disfunciones ejecutivas (Barkley, 2001) y la desregulación emocional.

#### **4.2.2. Principales dificultades emocionales**

Los niños con TDAH presentan dificultades en las habilidades que configuran las competencias emocionales de reconocimiento, regulación y expresión de las emociones (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié, 2008).

En la revisión realizada por Albert et al. (2008), los autores analizaron distintos estudios a lo largo de la literatura que señalaban por un lado, que los niños con TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo presentaban disfunciones en el reconocimiento de la información afectiva, y por otro lado, respecto a la regulación emocional sólo se dispone de datos conductuales que señalan que los niños con TDAH subtipo combinado principalmente muestran dificultades para modular sus emociones especialmente las negativas.

Las personas con TDAH son menos capaces de moderar o manipular o suprimir las reacciones emocionales que experimentan, en consecuencia, son propensos a mostrar reacciones emocionales más impulsivas y por lo tanto más extremas o severas hacia los acontecimientos que otros niños de su misma edad (Wehmeier et al., 2010).

Por otra parte, los niños y adolescentes con TDAH se perciben a sí mismos de manera más negativa que los niños sin TDAH (Klimkeit et al., 2006).

En el estudio llevado a cabo por Pelc, Kornreich, Fois y Dan (2006) acerca de la identificación de la expresión facial en niños con TDAH, los hallazgos destacan que estos niños exhiben un déficit general en la decodificación de las expresiones emocionales faciales, en concreto, presentan un déficit en la identificación del enfado y la tristeza.



Los niños con TDAH presentan dificultades en el procesamiento de la emoción, los niños con TDAH son menos exactos que los niños sin TDAH en la identificación de las expresiones faciales y también en el reconocimiento de emociones sobre la base de señales contextuales (De Fonseca, Seguíer, Santos, Poinso y Deruelle, 2009).

En el estudio llevado a cabo por Messer et al. (2011) se examinó la regulación emocional del sistema nervioso simpático y parasimpático a través de medidas de la artimia sinusual respiratoria y la eyección cardíaca en niños con TDAH y un grupo control a través de una tarea de inducción y represión de emociones positivas y negativas. Los niños con TDAH mostraron un patrón estable de actividad parasimpática a través de todas las condiciones experimentales en comparación con la línea base, sin embargo, los niños del grupo control mostraron una variación de la actividad parasimpática dependiendo tanto de la valencia de la emoción de la condición experimental (mayor activación en las emociones negativas y reducción de la activación de la emoción positiva) como de la tarea presentada (más de activación para la inducción de la supresión). Los autores señalan que el TDAH en la infancia se asocia con un funcionamiento anormal del sistema parasimpático, que es un mecanismo implicado en la regulación de las emociones.

A lo largo de la literatura encontramos que las personas con TDAH tienen mayor riesgo de presentar depresión en comparación con personas sin TDAH, el estudio realizado por Seymour et al. (2012) examinó la regulación emocional como un posible mediador en la relación entre el TDAH y los síntomas depresivos. Los hallazgos de esta investigación indicaron que los jóvenes con TDAH experimentan significativamente mayores niveles de síntomas depresivos y desregulación emocional que los jóvenes sin TDAH.

Para concluir este apartado destacamos que las dificultades socioemocionales de los niños con TDAH agravan la sintomatología propia del trastorno y favorece la aparición de comorbilidad que contribuyen al deterioro de la vida del niño ya que durante este periodo las relaciones con los iguales y con la familia son de suma importancia ya que permiten el desarrollo integral de la persona.

Para finalizar con la exposición teórica, cabe señalar que el TDAH es un trastorno complejo que implica a todas las áreas de la vida del niño. Por lo tanto, hay que entenderlo de manera global con lo que ello conlleva a nivel de evaluación, diagnóstico y tratamiento, incluyendo la parte socioemocional del trastorno como un área básica de intervención. Este estudio se ha centrado en este aspecto que incluye a la familia por ser la base de la educación del niño, el principal modelo, el contexto inmediato en el que se desarrolla la vida social y emocional del niño, por ser el lugar donde el niño empieza a configurarse como persona.





## **SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO**



# Capítulo 5

## JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez establecida la base teórica de la tesis presentada, en esta segunda parte vamos a dar respuesta a la pregunta de la que partimos: ¿se puede mejorar el bienestar de las familias con niños con TDAH a través del desarrollo y/o potenciación de la IE y ciertas pautas educativas? Para ello, comenzaremos este bloque con el capítulo que se expone a continuación, el cual se divide en tres partes principales: el primer apartado explica las principales razones por qué se desarrolla este trabajo, el segundo punto se centra en el fin de esta investigación y el último punto describe las proposiciones que se plantean para dar respuesta al problema de investigación del que se parte.

### **5.1. Justificación del estudio**

Cómo se ha expuesto a lo largo del marco teórico el TDAH se entiende como un problema de salud mental que presenta una elevada prevalencia y que afecta a un gran número de familias a lo largo de todo el mundo. Esta situación ha potenciado el interés por varios autores que se manifiesta a través de la existencia de una amplia investigación sobre el tema. Asimismo, los síntomas nucleares del trastorno suelen presentarse con problemas emocionales, conductuales y sociales asociados, cómo señala la literatura revisada. Así, la visión global de este trastorno permite comprender la magnitud del problema que presentan estos niños que ven afectadas todas las áreas de su vida incluyendo la familiar que juega un doble papel, por un lado, como factor de riesgo y, por otro, como factor de protección. Por ello, para planificar las intervenciones más eficaces, es fundamental tener en cuenta las características individuales y familiares de estos niños. Diversos estudios se centran en valorar qué tipos de tratamientos son los más adecuados. Generalmente, la intervención farmacológica es la más utilizada para tratar los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, en algunos casos existe una combinación con otros tipos de tratamiento que se centran en la parte

conductual, emocional y social del trastorno (Chronis, Jones y Raggi, 2006; Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs y Pelham, 2004; Fabiano et al., 2009; Daly, Creed, Xanthopoulos y Brown, 2007; Lee, Niew, Yang, Chen y Lin, 2012; Miranda, García y Presentación, 2002; Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Meliá de Alba y Roselló, 2008; Power et al., 2009; Presentación, Siegenthaler, Jara y Miranda, 2010). En este contexto, nos encontramos que la familia es uno de los pilares fundamentales en los que se apoya el inicio, mantenimiento y éxito de los distintos tratamientos. Es muy importante que la familia que integra un hijo con TDAH pueda también disponer de información, herramientas y habilidades que le permitan afrontar las distintas situaciones de la vida cotidiana de manera adecuada, por un lado, y por otro, que se tengan en cuenta las dificultades, sentimientos y emociones que experimentan estos padres cada día. Dado que la presencia de dificultades emocionales y sociales de estos niños (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006; Lee, Falk y Aguirre, 2012; López-Villalobos, Serrano y Delgado, 2004; Mikami, Huang-Pollock, Pffiffner, McBurnett, y Hangai, 2007; Mikami, Ransone y Calhoun, 2011) y de sus familias (Chronis-Tuscano et al., 2013; Van der Oord, Prins, Oosterlaan y Emmelkamp, 2006) están presentes en la realidad de estas personas, es necesario dar más peso y/o complementar y apoyar las intervenciones con acciones específicas que trabajen en la línea de las emociones y las relaciones sociales de estas familias.

De este modo, la intervención psicológica destinada a estas familias puede centrarse en la adquisición y/o potenciación de competencias socioemocionales, entre otros aspectos, a través de la educación emocional. Basándonos en los éxitos contemplados en las intervenciones multidisciplinares y multimodales (Hechtman et al., 2005; Kutcher et al., 2004; MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b; Van der Oord, Prins, Oosterlaan y Emmelkamp, 2008) con esta población, el presente estudio se basa en el diseño, implementación y evaluación de un programa de inteligencia emocional o de educación emocional que integra pautas educativas y formación a padres aplicado a una muestra de alumnado perteneciente a la educación primaria diagnosticados con TDAH. Para el diseño del programa se ha realizado previamente un análisis de necesidades y potencialidades expresadas por los participantes del programa ya que debemos partir de la realidad y las demandas de los destinatarios para trabajar de manera eficaz. En el capítulo séptimo se expone de manera más amplia las principales características de este programa.



A continuación se exponen los objetivos que presenta el estudio.

## 5.2. Objetivos de la investigación

El *objetivo general* de este trabajo de investigación es analizar los efectos de una intervención grupal basada en el desarrollo y/o potenciación de competencias y/o habilidades de IE y pautas educativas en el hogar sobre familias con hijos con TDAH. Asimismo, se centra en los siguientes *objetivos específicos*:

### *De la teoría:*

- Analizar y exponer diversos aspectos del TDAH: origen del concepto, definición, etiología, modelos teóricos, prevalencia, comorbilidad, diagnóstico, evaluación y tratamiento.
- Explorar el contexto y el impacto familiar de los niños con TDAH.
- Examinar distintas dimensiones de la IE: origen, definición, modelos, instrumentos de evaluación, relación con la salud y programas de educación emocional.
- Analizar las distintas características socioemocionales que presentan los niños durante la infancia y las dificultades que encuentran los niños con TDAH durante este periodo.

### *De la práctica:*

- Identificar las necesidades y potencialidades socioemocionales de los niños con TDAH y de sus familias.
- Diseñar un programa de intervención basado en el desarrollo de la IE y de ciertas pautas educativas para niños de primaria diagnosticados con TDAH y sus padres.
- Hacer una implementación experimental del programa diseñado.
- Evaluar los efectos del programa en distintos factores relacionados con la IE y pautas educativas:
  - IE percibida, ansiedad, depresión, autoestima y estilo educativo en padres e hijos.
  - Bienestar psicológico, habilidades sociales y satisfacción familiar en padres.
  - Adaptación personal, académica, social, familiar, problemas emocionales y conductuales y sintomatología del TDAH en los hijos.
- Comparar los efectos de la implementación del programa entre el grupo experimental y el grupo control (lista de espera).

- Analizar los efectos del programa a los 6 meses de la intervención en el grupo experimental.
- Analizar los efectos del programa en algunas variables socioemocionales (inteligencia emocional, ansiedad, depresión y autoestima) según el sexo de los participantes del grupo experimental (adultos y niños).

A continuación se describen las hipótesis de las que parte este estudio.

### **5.3. Hipótesis del estudio.**

En la presente investigación se plantean una serie de hipótesis generales y específicas relacionadas con la eficacia del programa de intervención evaluado a través de diferentes variables socioemocionales y conductuales en los padres e hijos. Éstas son:

**Hipótesis 1.** El impacto del programa podrá observarse al finalizar el tratamiento (a corto y medio plazo) en diversas variables socioemocionales y comportamentales en los padres que han recibido la intervención.

Hipótesis 1.1. Los padres presentarán un aumento del nivel de IE percibida.

Hipótesis 1.1.1. Aumentarán el nivel de atención emocional.

Hipótesis 1.1.2. Aumentarán el nivel de claridad emocional.

Hipótesis 1.1.3. Aumentarán el nivel de reparación emocional.

Hipótesis 1.2. Los padres aumentarán el nivel de bienestar psicológico subjetivo.

Hipótesis 1.3. Los padres aumentarán el nivel de habilidades sociales.

Hipótesis 1.4. Los padres disminuirán el nivel de ansiedad rasgo.

Hipótesis 1.5. Los padres disminuirán el nivel de depresión rasgo.

Hipótesis 1.6. Los padres aumentarán el nivel de autoestima.

Hipótesis 1.7. Los padres aumentarán el nivel de satisfacción familiar.

Hipótesis 1.8. Los padres mejorarán el estilo educativo.

Hipótesis 1.8.1. Disminuirán el nivel de estilo autoritario.

Hipótesis 1.8.2. Aumentarán el nivel de estilo equilibrado.

Hipótesis 1.8.3. Disminuirán el nivel de estilo permisivo.

**Hipótesis 2.** El impacto del programa podrá observarse al finalizar el tratamiento en diversas variables socioemocionales y comportamentales en los niños con TDAH que han recibido la intervención (a corto y medio plazo).

Hipótesis 2.1. Los niños presentarán un aumento de IE total percibida.

Hipótesis 2.1.1. Los niños aumentarán el nivel de IE intrapersonal.

Hipótesis 2.1.2. Los niños aumentarán el nivel de IE interpersonal.

Hipótesis 2.1.3. Los niños aumentarán el nivel de manejo de estrés.

Hipótesis 2.1.4. Los niños aumentarán el nivel de adaptación.

Hipótesis 2.1.5. Los niños aumentarán el nivel de estado de ánimo.

Hipótesis 2.2. Los niños disminuirán el nivel de ansiedad.

Hipótesis 2.3. Los niños disminuirán el nivel de depresión.

Hipótesis 2.4. Los niños aumentarán el nivel de autoestima.

Hipótesis 2.5. Los niños mejorarán la adaptación en distintas áreas.

Hipótesis 2.5.1. Los niños disminuirán el nivel de inadaptación personal.

Hipótesis 2.5.2. Los niños disminuirán el nivel de inadaptación escolar.

Hipótesis 2.5.3. Los niños disminuirán el nivel de inadaptación social.

Hipótesis 2.5.4. Los niños disminuirán el nivel de insatisfacción con el ambiente familiar.

Hipótesis 2.6. Los niños presentarán menos problemas emocionales y conductuales según la percepción de los padres.

Hipótesis 2.6.1. Los niños disminuirán la puntuación en el total de dificultades.

Hipótesis 2.6.1.1. Los niños disminuirán la puntuación en síntomas emocionales.

Hipótesis 2.6.1.2. Los niños disminuirán la puntuación en problemas de comportamiento.

Hipótesis 2.6.1.3. Los niños disminuirán la puntuación en hiperactividad.

Hipótesis 2.6.1.4. Los niños disminuirán la puntuación en problemas con compañeros.

Hipótesis 2.6.2. Los niños aumentarán la puntuación en la conducta prosocial.

Hipótesis 2.7. Los niños disminuirán los síntomas de déficit de atención, hiperactividad y trastornos del comportamiento según la percepción de sus padres.

2.7.1. Los niños disminuirán la puntuación en los síntomas de hiperactividad.

2.7.2. Los niños disminuirán la puntuación en los síntomas de déficit de atención.

2.7.3. Los niños disminuirán la puntuación en los trastornos de conducta.

Hipótesis 2.8. Los padres mejorarán el estilo educativo según la percepción de sus hijos.

Hipótesis 2.8.1. Disminuirán el nivel de estilo autoritario.

Hipótesis 2.8.2. Aumentarán el nivel de estilo equilibrado.

Hipótesis 2.8.3. Disminuirán el nivel de estilo permisivo.

**Hipótesis 3.** El programa de IE se mostrará más eficaz en relación a la no intervención en las variables socioemocionales y comportamentales en los padres.

Hipótesis 3.1. Los padres del grupo experimental presentarán un mayor nivel de IE percibida que el grupo control de padres.

Hipótesis 3.1.1. En el nivel de atención emocional.

Hipótesis 3.1.2. En el nivel de claridad emocional.

Hipótesis 3.1.3. En el nivel de reparación emocional.

Hipótesis 3.2. Los padres del grupo experimental presentarán un mayor nivel de bienestar psicológico subjetivo que el grupo control de padres.

Hipótesis 3.3. Los padres del grupo experimental presentarán mayor nivel de habilidades sociales que el grupo control de padres.

Hipótesis 3.4. Los padres del grupo experimental presentarán menor nivel en ansiedad rasgo que el grupo control de padres.

Hipótesis 3.5. Los padres del grupo experimental presentarán un nivel menor en depresión rasgo que el grupo control de padres.

Hipótesis 3.6. Los padres del grupo experimental presentarán un mayor nivel de autoestima que el grupo control de padres.

Hipótesis 3.7. Los padres del grupo experimental presentarán un mayor nivel de satisfacción familiar que el grupo control de padres.

**Hipótesis 3.8.** Los padres del grupo experimental presentarán un mayor nivel de mejoría en el estilo educativo que el grupo control de padres.

Hipótesis 3.8.1. En el nivel de estilo autoritario.

Hipótesis 3.8.2. En el nivel de estilo equilibrado.

Hipótesis 3.8.3. En el nivel de estilo permisivo.

**Hipótesis 4.** El programa de IE se mostrará más eficaz que la no intervención en relación las variables socioemocionales y comportamentales en los niños.

**Hipótesis 4.1.** Los niños del grupo experimental presentarán mayor nivel de IE percibida que el grupo control de niños.

Hipótesis 4.1.1. En el nivel de IE total.

Hipótesis 4.1.2. En el nivel de IE intrapersonal.

Hipótesis 4.1.3. En el nivel de IE interpersonal.

Hipótesis 4.1.4. En el nivel de manejo de estrés.

Hipótesis 4.1.5. En el nivel de adaptabilidad.

Hipótesis 4.1.6. En el nivel de estado de ánimo.

**Hipótesis 4.2.** Los niños del grupo experimental presentarán menor nivel de ansiedad que el grupo control de niños.

**Hipótesis 4.3.** Los niños del grupo experimental presentarán menor nivel de depresión que el grupo control de niños.

**Hipótesis 4.4.** Los niños del grupo experimental presentarán un mayor nivel de autoestima que el grupo control de niños.

**Hipótesis 4.5.** Los niños del grupo experimental presentarán una mayor adaptación que el grupo control de niños.

Hipótesis 4.5.1. En el nivel de inadaptación personal.

Hipótesis 4.5.2. En el nivel de inadaptación escolar.

Hipótesis 4.5.3. En el nivel de inadaptación social.

Hipótesis 4.5.4. En el nivel de de insatisfacción con el ambiente familiar.

Hipótesis 4.6. Los niños del grupo experimental presentarán menor nivel de problemas emocionales y conductuales según la percepción de sus padres que el grupo control de niños.

Hipótesis 4.6.1. En el nivel de total de dificultades.

Hipótesis 4.6.1.1. En el nivel de síntomas emocionales.

Hipótesis 4.6.1.2. En el nivel de problemas de comportamiento.

Hipótesis 4.6.1.3. En el nivel de hiperactividad.

Hipótesis 4.6.1.4. En el nivel de problemas con compañeros.

Hipótesis 4.6.2. En el nivel de conducta prosocial.

Hipótesis 4.7. Los niños del grupo experimental presentarán menor nivel de síntomas de déficit de atención, hiperactividad y trastornos del comportamiento según la percepción de sus padres que el grupo control de niños.

Hipótesis 4.7.1. En el nivel de síntomas de hiperactividad.

Hipótesis 4.7.2. En el nivel de síntomas de déficit de atención.

Hipótesis 4.7.3. En el nivel de trastornos de conducta.

Hipótesis 4.8. Los padres del grupo experimental de niños mostrarán una mayor mejora en estilo educativo según la percepción de sus hijos que el de los niños del grupo control.

Hipótesis 4.8.1. En el nivel de estilo autoritario.

Hipótesis 4.8.2. En el nivel de estilo equilibrado.

Hipótesis 4.8.3. En el nivel de estilo permisivo.

**Hipótesis 5.** El programa de IE mostrará diferencias en los niveles de las variables socioemocionales (inteligencia emocional, ansiedad, depresión y autoestima) según el sexo de los participantes del grupo experimental (padres e hijos) a corto y medio plazo.

Hipótesis 5.1. En el grupo experimental de padres se presentarán diferencias en las puntuaciones en IE percibida entre los grupos de hombres y mujeres.

Hipótesis 5.2. En el grupo experimental de padres se presentarán diferencias en las puntuaciones en el nivel de ansiedad entre los grupos de hombres y mujeres.

Hipótesis 5.3. En el grupo experimental de padres se presentarán diferencias en las puntuaciones en el nivel de depresión entre los grupos de hombres y mujeres.

Hipótesis 5.4. En el grupo experimental de padres se presentarán diferencias en las puntuaciones en el nivel de autoestima entre los grupos de hombres y mujeres.

Hipótesis 5.5. En el grupo experimental de hijos se presentarán diferencias en las puntuaciones en IE percibida entre los grupos de niños y niñas.

Hipótesis 5.6. En el grupo experimental hijos se presentarán diferencias en las puntuaciones en el nivel de ansiedad entre los grupos de niños y niñas.

Hipótesis 5.7. En el grupo experimental de padres e hijos se presentarán diferencias en las puntuaciones en el nivel de depresión entre los grupos de niños y niñas.

Hipótesis 5.8. En el grupo experimental de padres e hijos se presentarán diferencias en las puntuaciones en el nivel de autoestima entre los grupos de niños y niñas.





# Capítulo 6

## MÉTODO

En este capítulo se realiza una descripción del tipo de estudio que se llevó a cabo, las variables implicadas, las principales características de la muestra, la relación de instrumentos utilizados, asimismo, se exponen las fases del estudio y, por último, se especifica el tipo de análisis de datos realizado.

### 6.1. Diseño de la investigación

El presente estudio se trata de un diseño experimental con una variable independiente con grupos aleatorios (Montero y León, 2007).

A continuación vamos a describir las variables implicadas en la presente investigación. Las variables dependientes han sido seleccionadas en base a su relación con los estados emocionales, competencias y/o habilidades socioemocionales y estrategias educativas.

#### *Variable independiente:*

Esta investigación cuenta con una sola variable independiente que consiste en un Programa de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas en el hogar (se describe en el capítulo 7). Asimismo, este estudio presenta dos condiciones o niveles de la variable independiente:

1. Intervención. Incluye dos grupos experimentales que reciben un programa de IE y pautas educativas en el hogar, uno formado por padres y otro por sus hijos.
2. No intervención. Incluye dos grupos control, en lista de espera, uno formado por padres y otro por sus hijos.

Ambos grupos han sido sometidos a dos medidas de las distintas variables dependientes las cuales describimos a continuación. La primera evaluación tuvo lugar antes del inicio de la intervención (pretest) y la segunda se realizó tras la implementación del programa de intervención en el grupo experimental (postest). Además, el grupo experimental fue evaluado a los seis meses tras la intervención (seguimiento).

---

*Variables dependientes:*

Adultos

- *IE percibida*. Creencias y expectativas de las personas sobre si pueden percibir, discriminar y regular sus emociones.
- *Bienestar psicológico percibido*. Valoración subjetiva de la felicidad, afectividad positiva y negativa que tiene la persona.
- *Habilidades sociales*. Conjunto de respuestas verbales y no verbales a través de las cuales la persona expresa en una interacción sus necesidades, sentimientos, opiniones o derechos de manera adecuada.
- *Ansiedad rasgo*. Tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras o peligrosas y a responder ante esas situaciones con preocupación, nerviosismo y/o intranquilidad.
- *Depresión rasgo*. Predisposición relativamente estable a responder de manera triste, con pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, sensación de cansancio y falta de concentración en las situaciones particulares.
- *Autoestima*. Conjunto de percepciones valorativas y sentimientos hacia uno mismo.
- *Estilo educativo*. Forma de actuar los padres ante las situaciones de la vida diaria con sus hijos.
- *Satisfacción familiar*. Percepción global que tiene la persona respecto a su situación familiar.
- *Problemas emocionales y comportamentales de los hijos*. Dificultades psicosociales que se presentan durante la infancia.
- *Síntomatología de TDAH de sus hijos*. Identificación de las principales características del TDAH en los niños dividido en: síntomas de atención, síntomas de hiperactividad y trastornos de comportamiento.

Niños

- *IE percibida*. Creencias y expectativas de las personas sobre si pueden percibir, discriminar y regular sus emociones.
- *Ansiedad rasgo*. Tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras o peligrosas y a responder ante esas situaciones con preocupación, nerviosismo y/o intranquilidad.

- *Depresión*. Predisposición relativamente estable a responder de manera triste, con pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, sensación de cansancio, falta de concentración en las situaciones de la vida cotidiana.
- *Autoestima*. Conjunto de percepciones valorativas y sentimientos hacia uno mismo.
- *Adaptación personal, académica, social y familiar*. Valoración de la inadaptación en los ámbitos señalados.
- *Estilo educativo en el hogar*. Forma en la que creen los hijos que actúan los padres ante las situaciones de la vida diaria.

#### *Variables a controlar*

- Sexo.
- Edad de los niños.
- Consumo de medicamentos específicos y no específicos para el TDAH de los niños.
- Horario de intervención.
- Lugar: iluminación, temperatura y ruido.
- Actividad previa que realiza la persona antes de la sesión de intervención.
- Número de participantes en el grupo de intervención de niños (5-7 niños por grupo).

## **6.2. Participantes del estudio**

La investigación contó con un total de 70 participantes de la localidad de Badajoz entre adultos y niños diagnosticados de TDAH de educación primaria.

Por un lado, la muestra de adultos estuvo compuesta por 38 participantes de ambos sexos, 9 hombres (23,7%) y 29 mujeres (76,3%) con edades comprendidas entre 32 y 54 años ( $M=42,87$ ;  $DT=5,610$ ). Asimismo, el grupo experimental estuvo formado por 25 personas, 7 hombres (28%) y 18 mujeres (72%) con edades comprendidas entre los 35 y los 52 años ( $M=43,24$ ;  $DT=4,859$ ). El grupo control, estuvo compuesto por 13 personas, 2 hombres (15,4%) y 11 mujeres (84,6%) entre los 32 y los 54 años ( $M=42,15$ ;  $DT=6,998$ ). En la Tabla 5 se expone la información recogida sobre la muestra de adultos de la presente investigación.

Tabla 5. Datos socio-demográficos de los participantes adultos: sexo, edad, estado civil y número de hijos.

	Experimental (n=25)		Control (n=13)		Total (n=38)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>						
<i>Hombre</i>	7	28%	2	15,4%	9	23,7%
<i>Mujer</i>	18	72%	11	84,6%	29	76,3%
<b>Edad</b>						
<i>Hombre</i>	<i>M=44,14;</i> <i>DT=2,545</i>		<i>M=47;</i> <i>DT=2,828</i>		<i>M=44,78</i> <i>DT=2,728</i>	
<i>30-35</i>	0	0%	0	0%	0	0%
<i>36-40</i>	0	0%	0	0%	0	0%
<i>41-45</i>	5	71,4%	1	50%	6	66,6%
<i>&gt;45</i>	2	28,5%	1	50%	3	33,3%
<i>Mujer</i>	<i>M=42,89;</i> <i>DT=5,529</i>		<i>M=41,27;</i> <i>DT=7,240</i>		<i>M=42,28</i> <i>DT=6,158</i>	
<i>30-35</i>	2	11,1%	2	18,1%	4	13,7%
<i>36-40</i>	5	27,7%	4	36,3%	9	31,03%
<i>41-45</i>	4	22,2%	1	9,09%	5	17,2%
<i>&gt;45</i>	7	38,8%	4	36,3%	11	37,9%
<b>Estado civil</b>						
<i>Soltero</i>	1	4%	2	15,4%	3	7,8%
<i>Casado/ Pareja</i>	19	76%	8	61,5%	27	71,05%
<i>Divorciado/ Separado</i>	5	20%	3	23,1%	8	21,05%
<b>Nº de hijos</b>						
<i>1</i>	2	8%	1	7,7%	3	7,8%
<i>2</i>	18	72%	9	69,2%	27	71,05%
<i>3</i>	5	20%	2	15,4%	7	18,4%
<i>4</i>	0	0%	1	7,7%	1	2,6%

Continuamos aportando información acerca de los participantes adultos de la muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Datos sociodemográficos de los participantes adultos: nivel académico, perfil profesional y nivel de actividad.

	Experimental (n=25)		Control (n=13)		Total adultos (n=38)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Nivel académico</b>						
<i>Primarios</i>	7	28%	5	38,5%	12	31,5%
<i>Secundaria/Obligatorios</i>	1	4%	0	0%	1	2,6%
<i>Bachillerato</i>	0	0%	0	0%	0	0%
<i>FP I</i>	6	24%	3	23,1%	9	23,6%
<i>FP II</i>	3	12%	2	15,4%	5	13,1%
<i>Universitarios</i>	8	32%	3	23,1%	11	28,9%
<b>Perfil profesional</b>						
<i>Administración y gestión</i>	4	16%	1	7,6%	5	13,1%
<i>Comercio y marketing</i>	4	16%	1	7,6%	5	13,1%
<i>Electricidad y electrónica</i>	2	8%	1	7,6%	3	7,8%
<i>Imagen personal</i>	2	8%	1	7,6%	3	7,8%
<i>Informática y comunicaciones</i>	0	0%	1	7,6%	1	2,6%
<i>Sanidad</i>	5	20%	1	7,6%	6	15,7%
<i>Educación/ Enseñanza</i>	1	4%	1	7,6%	2	5,2%
<i>Servicios socioculturales y a la comunidad</i>	2	8%	2	15,3%	4	10,1%
<i>Derecho y asesoramiento</i>	1	4%	0	0%	1	2,6%
<i>Ingenierías</i>	2	8%	0	0%	2	5,2%
<i>Otros</i>	2	8%	4	30,7%	6	15,7%
<b>Nivel de actividad</b>						
<i>Activo</i>	23	92%	9	84,2%	32	84,2%
<i>Desempleo</i>	2	8%	4	15,7%	6	15,7%

En la Tabla 7 se puede observar la distribución de los adultos participantes según distintos datos relacionados con el embarazo y parto de los hijos con TDAH.

Tabla 7. Datos sobre el embarazo y el parto de los niños con TDAH.

	<b>Experimental</b> (n=20)		<b>Control</b> (n=12)		<b>Total niños</b> (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Complicación durante el embarazo</b>						
<i>Diabetes gestacional</i>	1	5%	0	0%	1	3,1%
<i>Hipertensión</i>	1	5 %	0	0%	1	3,1%
<i>Desprendimiento placentario</i>	3	15%	0	0%	3	9,3%
<i>Bajo peso</i>	1	5%	0	0%	1	3,1%
<i>Ninguna complicación</i>	14	70%	12	100%	26	81,2%
<b>Consumo de drogas durante el embarazo</b>						
<i>Alcohol</i>	0	0%	0	0%	0	0%
<i>Tabaco</i>	1	5%	1	8,3%	2	6,2%
<i>Otras</i>	0	0%	0	0%	0	0%
<i>Ningún consumo</i>	19	95%	11	91,6%	30	93,7%
<b>Complicación durante el parto</b>						
<i>Cesárea</i>	5	25%	2	16,6%	7	21,8%
<i>Parto prematuro</i>	2	10%	1	8,3%	3	9,3%
<i>Otras complicaciones</i>	0	0%	1	8,3%	1	3,1%
<i>Ninguna complicación</i>	13	65%	8	66,6%	21	65,6%

Al analizar la muestra de adultos podemos encontrar que entre los participantes del estudio existe un predominio de mujeres (76,3%) mayores de 45 años (37,9%), personas casadas o con pareja (71,05%) y con una media de dos hijos por familia (71,05%). Respecto al nivel educativo la mayoría de los participantes posee estudios primarios (31,5%) seguidos de

estudios universitarios (28,9%). Los perfiles profesionales más frecuentes se encuentran entre sanidad (15,7%), otros (15,7%) y administración y gestión (13,78%), asimismo la mayor parte de los participantes se encuentran en activo (84,21%). Si tenemos en cuenta la información acerca del embarazo y parto de los hijos con TDAH, la mayoría de los participantes no han presentado ninguna complicación (65,5%), sin embargo, dentro de las dificultades presentadas destacamos la cesárea debida a complicaciones en el parto (21,8%) y la prematuridad (9,3%). A continuación se señalan los criterios de inclusión y exclusión de los que se han partido a la hora de seleccionar a los adultos de la muestra.

#### *Criterios de inclusión adultos*

- Edad entre los 30 y los 55 años.
- Ser el padre y/o tutor legal de un niño de entre 6 y 12 años que pertenezca a la etapa educativa de primaria diagnosticado con TDAH de la localidad de Badajoz.
- Aceptación voluntaria y compromiso de asistencia a las sesiones de las que consta el programa para tomar parte en el estudio tanto los adultos como sus hijos (firma obligatoria del consentimiento informado).

#### *Criterios de exclusión adultos*

- Presencia de psicopatología (trastornos de estado de ánimo y/o trastorno de ansiedad) sin tratamiento previo al programa de al menos 6 meses.
- Presencia de problemas de salud física sin tratamiento previo al programa de al menos 6 meses.
- Presencia de trastornos del sueño (insomnio, narcolepsia, apnea, pesadillas, síndrome de piernas inquietas, sonambulismo, bruxismo, etc.).
- Estar recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico relacionado con el desarrollo de competencias socioemocionales o pautas educativas en el hogar.

Por otro lado, la muestra estuvo compuesta por 32 niños de ambos sexos, 22 niños (68,7%) y 10 niñas (31,2%) con edades comprendidas entre los 7 y los 12 años ( $M=9,19$ ;  $DT=1,69$ ) pertenecientes a distintos centros educativos públicos, concertados y privados de educación primaria de la localidad de Badajoz. El grupo experimental estuvo formado por 20

personas, 13 niños (65%) y 7 niñas (35%) de edades comprendidas entre los 7 y los 11 años ( $M=9,15$ ;  $DT=1,42$ ). El grupo control estuvo formado por 12 personas, 9 niños (75%) y 3 niñas (25%) con edades entre los 7 y los 12 años ( $M=9,25$ ;  $DT=2,13$ ).

En la Tabla 8 se presenta información sobre diversos datos socio-demográficos de los niños de la muestra.

Tabla 8. Datos socio-demográficos niños: sexo, edad, curso escolar y nº de hermanos.

	Experimental (n=20)		Control (n=12)		Total (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>						
<i>Niños</i>	13	65%	9	75%	22	68,7%
<i>Niñas</i>	7	35%	3	25%	10	31,2%
<b>Edad</b>						
<i>Niños</i>	$M=9,15$ ; $DT=1,46$		$M=8,78$ ; $DT=2,16$		$M=9$ ; $DT=1,74$	
7-8	5	38,4%	5	55,5%	10	45,4%
9-10	4	30,7%	1	11,1%	5	22,7%
11-12	4	30,7%	3	33,3%	7	31,8%
<i>Niñas</i>	$M=9,14$ ; $DT=1,46$		$M=10,67$ $DT=1,52$		$M=9,60$ ; $DT=1,57$	
7-8	3	42,8%	0	0%	3	30%
9-10	3	42,8%	1	33,3%	4	40%
11-12	1	14,2%	2	66,6%	3	30%
<b>Curso escolar</b>						
1 <sup>er</sup> ciclo de Primaria	3	15%	4	33,3%	7	21,8%
2 <sup>o</sup> ciclo de Primaria	6	30%	2	16,6%	8	25%
3 <sup>er</sup> ciclo de Primaria	11	55%	6	50%	17	53,1%
<b>Nº de hermanos</b>						
0	2	10%	1	8,3%	3	9,3%
1	14	70%	8	66,7%	22	68,7%
2	3	15%	2	16,7%	5	15,6%
3	1	5%	1	8,3%	2	6,2%



En la Tabla 9 se exponen algunas características relacionadas con el TDAH de los niños.

Tabla 9. Características del TDAH en niños: subtipos y medicación.

	Experimental (n=20)		Control (n=12)		Total (n=32)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Subtipo</b>						
<b><i>Inatento Total</i></b>	8	40%	4	33,3%	12	37,5%
<i>Niños</i>	6	30%	2	16,6%	8	25%
<i>Niñas</i>	2	10%	2	16,6%	4	12,5%
<b><i>Hiperactivo/Impulsivo Total</i></b>	1	5%	0	0%	1	3,1%
<i>Niños</i>	1	5%	0	0%	1	3,1%
<i>Niñas</i>	0	0%	0	0%	0	0%
<b><i>Combinado Total</i></b>	11	55%	8	66,6%	19	59,3%
<i>Niños</i>	6	30%	6	50%	12	37,5%
<i>Niñas</i>	5	25%	2	16,6%	7	21,87%
<b>Medicación</b>						
<i>Con medicación</i>	13	65%	9	75%	22	68,7%
<i>Sin medicación</i>	7	35%	3	25%	10	31,2%

Al analizar la muestra compuesta por los hijos encontramos un predominio de niños (68,7%) entre 7 y 8 años (45,4%), asimismo, la mayoría de los participantes tienen un solo hermano (68,7%) y más de mitad de la muestra pertenece al tercer ciclo de primaria (53,1%). El subtipo de TDAH más frecuente que hemos hallado ha sido el combinado (59,3%) y la mayor parte de la muestra recibe medicación (68,7%).

Para seleccionar a los niños participantes del estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

*Criterios de inclusión niños*

- Edad comprendida entre los 6 y los 12 años.
- Estar cursando educación primaria en algún centro educativo de la localidad de Badajoz.
- Ser derivado de manera directa por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de la localidad de Badajoz.
- Cumplir los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:
  - Seis o más síntomas de desatención.
  - Seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad.
  - Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad.
  - Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (en casa y en la escuela).
- No estar recibiendo tratamiento farmacológico para el TDAH o estarlo con metilfenidato al menos un mes previo a la participación en el programa y, no ser la primera vez que se recibe el tratamiento.

*Criterios de exclusión niños*

- Presencia de otros trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:
  - Retraso mental.
  - Trastorno generalizado del desarrollo.
  - Otros trastornos no especificados de la infancia, la niñez o la adolescencia.
- Presencia de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.
- Estar recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico relacionado con el desarrollo de competencias socioemocionales o pautas en el hogar.
- Consumo de medicación no específica para el TDAH que pueda afectar al estado emocional.

### 6.3. Instrumentos del estudio

En el presente estudio se ha utilizado una batería de instrumentos de evaluación cuya selección se ha basado en la revisión de la literatura, la utilización de éstos en el área de investigación relacionada con el tema, la capacidad para valorar los objetivos planteados, las propiedades psicométricas que presentan y la existencia de su adaptación y validación en muestra española. Además se describe el material utilizado dentro del programa para realizar el seguimiento de los participantes.

Estos materiales se dividen entre los aplicados a los adultos y los que se utilizaron con los niños. A continuación vamos a describir los instrumentos utilizados para cada muestra.

#### 6.3.1. Instrumentos aplicados a los padres

Los instrumentos que se han empleado para evaluar a los padres se dividen en tres: de cribado, de evaluación en el pretest, postest y seguimiento (sólo en el grupo experimental) y el material de evaluación continua del programa.

##### Instrumentos de cribado

- *Cuestionario sobre datos socio-demográficos, clínicos y familiares* (Anexo 1). Se divide en los siguientes apartados:
  - Datos personales. Contempla el nombre y apellidos, sexo, edad, fecha de nacimiento, estado civil, domicilio, teléfono de contacto, correo-e, nivel de estudios, profesión y situación laboral actual.
  - Datos clínicos. Recoge información relacionada con la presencia de enfermedades y consumo de fármacos e información sobre el embarazo y el parto del niño con TDAH.
  - Datos familiares. Recopila información sobre la estructura familiar.
  
- *Cuestionario de información acerca de su hijo/a* (Anexo 2). Contempla información del niño acerca de:
  - Datos personales: nombre y apellidos, sexo y edad.
  - Datos académicos: centro educativo, curso y tutor.

- Datos clínicos: edad de inicio de los síntomas, diagnóstico realizado por profesionales, comorbilidad y enfermedades, tratamiento farmacológico, psicopedagógico y psicológico recibido y actual.
  - Otros datos de interés: actividades formativas o complementarias que realizan y otras actividades, actividades que realizan para sentirse tranquilos y actividades que le alteran.
- *Listado de síntomas según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000).* Se trata de la descripción de los criterios que se establecen para realizar el diagnóstico del TDAH (ver Tabla 4 en el Capítulo 1) según la percepción de los padres, para ello, se debe indicar la presencia de 6 ó más de los 9 síntomas de desatención y/o de los 9 de hiperactividad-impulsividad, así como indicar que los síntomas estuvieran presentes antes de los 7 años, que existiera deterioro clínicamente significativo de la actividad social y académica de sus hijos y se presentaran dichos síntomas en dos o más contextos. Asimismo, estos síntomas no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno no psicótico y que éstos no se expliquen mejor por la presencia de otro trastorno mental, como un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, disociativo o un trastorno de la personalidad.

*Instrumentos de evaluación en el pretest, posttest y seguimiento*

- *Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)* (Fernández-Berrocal et al., 2004) es una versión reducida y adaptada al castellano del TMMS (Salovey et al. 1995) original cómo se menciona anteriormente en este estudio. Se trata de una medida de autoinforme que evalúa la IE percibida a través de 24 ítems y tres dimensiones con 8 ítems cada una: Atención Emocional (grado en que la persona piensa acerca de sus sentimientos), Claridad Emocional (habilidad para comprender los propios estados de humor) y Reparación Emocional (capacidad para regular los estado emocionales negativos y mantener los positivos). La persona evalúa el grado en el que está de acuerdo con cada uno de los ítems a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Cuanto mayor sea la puntuación en cada dimensión mayor IE percibida. El alfa de Cronbach es de ,90 en las dimensiones de Atención y en Claridad Emocional y ,86 en la dimensión de Reparación Emocional.

- *Escala de Bienestar Psicológico (EBP)* (Sánchez-Cánovas, 1998). Es una escala cuya finalidad es evaluar el bienestar psicológico subjetivo entendido como felicidad, es decir, el afecto positivo. Este instrumento consta de 65 ítems, la persona evaluada debe informar en qué medida siente o piensa lo que afirman los enunciados con una escala de estimación que va de 1 (nunca o casi nunca) a 5 (siempre). Se compone de cuatro subescalas: Bienestar Psicológico Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Relaciones de Pareja. En este estudio se administró únicamente la Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo que cuenta con 30 ítems, a mayor puntuación mayor percepción subjetiva de bienestar. El alfa de Cronbach en esta subescala es de ,90.
- *Escala de Habilidades Sociales (EHS)* (Gismero, 1998). Es un instrumento que evalúa la conducta asertiva en distintos contextos sociales. Está compuesta por 33 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que va desde 1 (no me identifico en absoluto) a 4 (muy de acuerdo y me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos). A mayor puntuación global, la persona expresa más habilidades sociales y asertividad en varios contextos. La fiabilidad según el alfa de Cronbach que presenta es de ,80.
- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982), la adaptación española fue realizada por la sección de estudios de TEA. Se trata de una medida de ansiedad desde dos perspectivas independientes, como estado emocional transitorio y cómo propensión ansiedad, relativamente estable. Consta dos subescalas con 20 cuestiones cada una: Ansiedad/Estado (cómo se sienten en ese momento) y Ansiedad/ Rasgo (indican cómo se sienten normalmente). Las alternativas de respuesta tipo Likert para la Escala/Estado se sitúa entre 0 (nada) y 3 (mucho) y las de la Escala/Rasgo entre 0 (casi nunca) y 3 (casi siempre). Este estudio se ha centrado en la Ansiedad-Rasgo. A mayor puntuación mayor ansiedad. Las propiedades psicométricas de la versión española del STAI han sido confirmadas, sus niveles de fiabilidad según la consistencia interna se sitúa entre ,90 en Ansiedad/Rasgo y ,94 en Ansiedad/Estado (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

- *Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)* (Spielberger, Carretero-Dios, de los Santos-Roig y Buela-Casal, 2002a, 2002b; versión de Spielberger, Buela-Casal y Agudelo, 2008). Es una medida de autoinforme que evalúa el grado de afectación (Estado) y frecuencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión. Consta de 20 ítems, dos escalas de 10 ítems cada una y cuatro subescalas con 5 ítems cada una. La escala Estado valora el grado en el que está presente en la persona un estado depresivo en el momento de la evaluación en términos de presencia de afectividad negativa (distimia) o ausencia de afectividad positiva (eutimia). Las opciones de respuesta en la escala Estado va desde 1 (nada) hasta 4 (mucho). La Escala Depresión-Rasgo evalúa la presencia de depresión en la vida de la persona en cuanto a la frecuencia de la afectividad negativa (distimia) y la presencia de afectividad positiva (eutimia). Las opciones de respuesta van desde 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre), esta escala es la que hemos utilizado en el estudio. A mayor puntuación mayor es el componente afectivo de la depresión. La consistencia interna del instrumento con muestras españolas tanto en muestra clínica como en población general es superior a ,80 en las dos subescalas que componen el instrumento.
- *Escala de Autoestima Rosenberg (EAR)* (Rosenberg, 1965). Se trata de una escala que valora la autoestima general, la autovaloración que hace una persona sobre sí misma, sobre sus sentimientos de respeto y aceptación hacia sí misma, en principio fue desarrollada para medir la autoestima en adolescentes. Consta de 10 ítems, 5 de ellos están redactados en sentido positivo y otros 5 ítems redactados en sentido negativo que se responden a través de una escala tipo Likert que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Cuanto mayor sea la puntuación mayor nivel de autoestima. Este instrumento posee unas adecuadas propiedades psicométricas, en el estudio de validación realizado en una muestra española la fiabilidad a través de la consistencia interna fue de ,87 (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004).
- *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)* (Barraca y López-Yarto, 1996). Se trata de un instrumento cuyo objeto es evaluar la percepción global respecto a la situación familiar expresada por las personas a través de distintos adjetivos. Consta de 27 ítems cada uno formado por una pareja de adjetivos antónimos. Para contestar, la ESFA se encabeza con la frase “Cuando estoy en casa con mi familia, más bien me siento...” y a continuación van

apareciendo los adjetivos y sus antónimos, existen 6 opciones de respuestas que van desde un polo a otro: totalmente (6), bastante (5), algo (4), algo (3), bastante (2) y totalmente (1) y viceversa según el adjetivo. Cuanta mayor sea la puntuación, mayor es la percepción de satisfacción familiar. La fiabilidad a través del alfa de Cronbach es de ,97.

- *Escala de Identificación de Prácticas Educativas Familiares (PEF)* (Alonso y Román, 2003). Es un instrumento que evalúa la percepción de los padres y de sus hijos hasta los 10 años acerca del estilo educativo familiar según tres tipos: el Estilo Autoritario (actuaciones parentales inflexibles y poco empáticas lo importante es el cumplimiento de las normas), el Estilo Equilibrado (contemplan las características situacionales y el cumplimiento de las normas se plantea de manera equilibrada) y el Estilo Permisivo (con afecto pero exceso de permisibilidad e incumplimiento de normas). Consta de cuatro escalas independientes: dos para los padres, una versión amplia de 90 ítems y otra abreviada de 54 ítems y dos para los hijos, una versión amplia de 45 ítems y otra abreviada de 27 ítems. Las escalas completas constan de 5 situaciones hipotéticas: 1. Cuando inician algo nuevo. 2. Cuando hay ruptura de rutinas, 3. Cuando se van a la cama, 4. Cuando cuentan o muestran algo y 5. Cuando juegan, en cada situación se plantean 3 tipos de conflictos: Conflicto externo, Conflicto interno y Transgresión de normas, para los niños estas escalas se encuentran adaptadas y simplificadas. Las escalas abreviadas constan de 3 situaciones hipotéticas: 1. Cuando inician algo nuevo. 2. Cuando hay ruptura de rutinas, 3. Cuando cuentan o muestran algo, en cada situación se plantean 3 tipos de conflictos: Conflicto externo, Conflicto interno y Transgresión de normas, para los niños estas escalas se encuentran adaptadas y simplificadas. En este estudio se ha trabajado con la versión abreviada tanto para padres como para los hijos. Las alternativas de respuestas se sitúan en una escala tipo Likert que se sitúa entre 0 (nunca) y 5 (siempre o casi siempre). La suma de las respuestas para cada situación y estilo corresponde a la valoración de las prácticas educativas familiares, cuanto mayor sea la puntuación mayor utilización del estilo educativo correspondiente en la versión amplia y abreviada de padres y en la abreviada de hijos. En la versión amplia la valoración del niño con respecto a las prácticas educativas familiares se hace de forma global, de tal manera que cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el estilo equilibrado y permisivo, y cuanto menor sea la puntuación global, mayor será el estilo autoritario. La consistencia interna del PEF es de ,96 en adultos y ,77 en los niños.

- *Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)* (Goodman, 1997, 2001). Es un instrumento que valora diferentes problemas emocionales y comportamentales en niños y adolescentes de los últimos 6 meses cómo se indica anteriormente en este estudio. Se compone de 25 ítems y consta de 5 subescalas con 5 ítems cada una: Síntomas emocionales, Problemas de Conducta, Hiperactividad, Problemas de Relación con los Compañeros y Conducta Prosocial. Las cuatro primeras subescalas forman la puntuación total de Dificultades, una mayor puntuación en éstas indica una mayor sintomatología afectiva y/o comportamental, una mayor puntuación en la subescala de Conducta Prosocial indica mejor ajuste. Las opciones de respuesta van desde 0 (no es cierto) a 2 (absolutamente cierto). Existen dos versiones del instrumento en español: una para padres y otra para profesores. En este estudio se ha utilizado la versión para padres. La fiabilidad que presenta este instrumento a través de alfa de Cronbach en muestra española es ,77 (Rodríguez-Hernández, et al., 2012).
- *Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)* (Farré y Narbona, 1998). Se trata de un instrumento que mide las principales características del TDAH y trastornos de conducta como se ha citado anteriormente en este estudio. Consta de 20 ítems con cuatro subescalas y una Escala Global: Hiperactividad (5 ítems), Déficit de Atención (5 ítems), Hiperactividad-Déficit de Atención (10 ítems), Trastorno de conducta (10 ítems). Las respuestas se valoran en una escala de 0 (nada) a 3 (mucho). Cuanta mayor puntuación se obtenga en cada una de las subescalas, mayor severidad de síntomas y problemas de conducta presenta el niño. Los coeficientes de fiabilidad para todas las subescalas son iguales o superiores a ,90.

En la Tabla 10 se expone el listado de instrumentos de evaluación aplicados a los padres en las fases de pretest, postest y seguimiento del programa (sólo al grupo experimental).



Tabla 10. Relación de instrumentos de evaluación del pretest, postest y seguimiento aplicados a los padres.

<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>	<b>INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</b>	<b>AUTOR/ES</b>
IE percibida	<i>Trait Meta-Mood Scale-24</i> (TMMS-24)	Fernández-Berrocal et al. (2004)
Bienestar psicológico	<i>Escala de Bienestar Psicológico</i> (EBP)	Sánchez-Cánovas (1998)
Habilidades sociales	<i>Escala de Habilidades Sociales</i> (EHS)	Gismero (1998)
Ansiedad rasgo	<i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo</i> (STAI)	Spielberger et al. (1982)
Depresión rasgo	<i>Inventario de Depresión Estado-Rasgo</i> (IDER)	Spielberger, Buela-Casal y Agudelo (2008) Spielberger, Carretero-Dios, de los Santos-Roig y Buela-Casal (2002a,2002b)
Autoestima	<i>Escala de Autoestima Rosenberg</i> (EAR)	Rosenberg (1965)
Estilo educativo	<i>Escala de Identificación de Prácticas Educativas Familiares</i> (PEF)	Alonso y Román (2003)
Satisfacción familiar	<i>Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos</i> (ESFA)	Barraca y López-Yarto (1996)
Problemas emocionales y comportamentales de los hijos	<i>Cuestionario de Capacidades y Dificultades</i> (SDQ)	Goodman (1997)
Sintomatología del TDAH de los hijos	<i>Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</i> (EDAH)	Farré y Narbona (1998)

Material de evaluación continua del programa. Padres

De manera complementaria, se presenta un sistema de evaluación continua del programa desarrollado a través del uso de técnicas observacionales y registros de actividad.

- *Diario de sesiones. Adultos* (Anexo 3). Se realiza un seguimiento en cada sesión de la asistencia, el grado de participación individual y la dinámica grupal.
  - Nivel de asistencia: número de personas que asisten a la sesión.
  - Grado de participación individual: observación de la realización correcta y exposición de las actividades dentro de la sesión.
  - Dinámica grupal: observación del trabajo realizado en cada grupo, la participación activa de cada miembro, la escucha activa, interacciones positivas y conductas de ayuda y apoyo.
  
- *Ficha de registro diario de las actividades Para la Vida Diaria del manual para padres y madres* (Anexo 4). En cada sesión se hace un seguimiento diario individual de la actividad realizada en la vida cotidiana en la que se practican y refuerzan los contenidos procedimentales y actitudinales de IE.
  
- *Ficha de registro semanal de la Pauta Educativa propuesta en el Manual para padres y madres* (Anexo 5). Cada semana se propone una pauta educativa concreta e individual respecto a su hijo y se hace un seguimiento analizando los objetivos conseguidos, las dificultades y los cambios realizados (en el caso en el que se efectúen) para lograr la meta perseguida.
  
- *Ficha de registro del comportamiento del niño* (adaptación de las fichas clínicas de evolución de *Janssen Cilag S.A*) (Anexo 6). Se realiza un registro individual de cada niño participante el primer día del programa, al mes de inicio del programa, al finalizar el programa y a los 6 meses tras la intervención en los siguientes aspectos:
  - Cómo inicia el día: cómo se levanta, cómo se viste, cómo va al colegio.
  - Comida: cómo desayuna, merienda y cena.
  - Sueño: cómo va a la cama y si duerme bien.

- Colegio: prepara sus cosas para ir al colegio (dependiendo de la edad), cómo es su comportamiento en el colegio y cómo realiza las tareas escolares en casa (si tiene).
- Fuera del colegio: cómo realiza las actividades extraescolares y de ocio.
- Cómo se desarrolla el día: en general y si empeora a mediodía o por la tarde.
- Si recibe tratamiento farmacológico: si se le ha dado todos los días.

La puntuación máxima que se puede obtener en este registro es de 36, a mayor puntuación, mayor ajuste del comportamiento.

- *Cuestionario de Autoevaluación de los contenidos del programa. Adultos* (Anexo 7). En la décima sesión y en la décimo novena sesión, cada participante debe completar un cuestionario en el que se autoevalúan los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales adquiridos durante el programa.
- *Cuestionario de Valoración Global del Programa* (ver Anexo 8). Al finalizar el programa cada participante reflexiona sobre el funcionamiento del programa, se recoge la opinión y la percepción subjetiva, el grado de satisfacción con el programa: en los temas tratados, las actividades, la metodología, el material, se hace una autoevaluación de la participación realizada, de lo que ha aprendido cada persona, para qué le sirve, en general que le ha parecido el programa y qué cosas se pueden mejorar. Este cuestionario se responde a través de una escala que va de 1 (poco) a 3 (mucho) en función del grado de satisfacción con los temas tratados y preguntas abiertas específicas que complementan la información aportada.

En la Tabla 11 se expone el listado materiales de evaluación continua aplicados a los padres del grupo experimental a lo largo del programa.

Tabla 11. Relación de material evaluación continua del programa. Padres.

<b>MATERIAL</b>	<b>INFORMACIÓN</b>
Diario de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nivel de asistencia.</li> <li>-Grado de participación individual.</li> <li>-Dinámica grupal.</li> </ul>
Ficha de registro diario de las actividades Para la Vida Diaria	-Actividades realizadas en la vida cotidiana para practicar los contenidos sobre IE trabajados en cada sesión.
Ficha de registro semanal de la Pauta Educativa	-Realización y seguimiento de la Pauta Educativa individual que aplica cada persona a su hijo.
Ficha de registro del comportamiento del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cómo inicia el día.</li> <li>-Como se desarrolla la comida.</li> <li>-Cómo es el sueño.</li> <li>-Comportamiento en el colegio.</li> <li>-Comportamiento fuera del colegio.</li> <li>-Cómo se desarrolla el día.</li> <li>-Administración del tratamiento farmacológico.</li> </ul>
Cuestionario de Autoevaluación de los contenidos del programa	-Reflexión y análisis de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales adquiridos durante el programa.
Cuestionario de Valoración Global del Programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Funcionamiento del programa.</li> <li>-Grado de satisfacción con el programa.</li> <li>-Autoevaluación como participante.</li> <li>-Opiniones y sugerencias.</li> </ul>

### 6.3.2. Instrumentos aplicados a los niños

Los instrumentos que se han utilizado para evaluar a los niños se dividen en dos: de evaluación pretest, postest y seguimiento (sólo en el grupo experimental) y el material de evaluación continua del programa.

#### *Instrumentos de evaluación en el pretest, postest y seguimiento. Niños.*

- *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-I: YV)* (Bar-On y Parker, 2000). Se trata de un instrumento que evalúa las habilidades de afrontamiento, la adaptabilidad y el bienestar relacionados con la IE en niños y adolescentes entre los 7 y 18 años. Como señalábamos a lo largo de este estudio, parte del inventario de adultos EQi (Bar-On, 1997). Consta de 60 ítems en su versión original y 30 ítems en la versión abreviada. Está compuesta por cinco escalas: Intrapersonal (capacidad de la persona para entender sus emociones y su capacidad para expresar esas emociones a los demás), Interpersonal (capacidad de la persona para tener relaciones interpersonales satisfactorias entender e identificar las emociones ajenas), Gestión del Estrés (capacidad de la persona para gestionar y controlar sus emociones y actuar ante las situaciones estresantes), Adaptabilidad (capacidad de la persona para ser flexible, realista y eficaz en la resolución de problemas y gestión del cambio), Estado de Ánimo General (capacidad de la persona para mantener una actitud positiva ante la vida). Este inventario cuenta con un índice de inconsistencia (analiza la forma en la que la persona ha respondido que puede indicar que no se han entendido bien las instrucciones o se respondió sin criterio o al azar) y una escala de impresión positiva (analiza la probabilidad de que una persona haya respondido de manera que da una imagen excesivamente positiva de una misma). Para completar esta instrumento, se le dice a la persona que responda a las afirmaciones de la manera que mejor describa su manera de sentir, pensar o actuar en la mayoría de las situaciones. Las opciones de respuesta se presentan en una escala de cuatro puntos que va desde 1 (nunca me pasa) hasta 4 (siempre me pasa). En este estudio se han tenido en cuenta las escalas Intrapersonal, Interpersonal, Gestión del Estrés, Adaptabilidad y Estado de Ánimo General. Los datos psicométricos de la validación española realizada por Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sainz (2012) indican una consistencia interna entre ,63 y ,80.

- *Cuestionario de Autoevaluación (STAIC)* (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek, 1973; versión de Seisdedos, 1990). Es un instrumento que mide la ansiedad en niños escolares de educación primaria entre los 9 y los 15 años, tiene como antecedente el STAI (Spielberger et al., 1982), consta de 40 ítems con dos escalas independientes de autoevaluación: Ansiedad Estado (expresa cómo se siente en ese momento el niño, evalúa los estados transitorios de ansiedad percibida) consta de 20 ítems y la Ansiedad Rasgo (qué indica cómo se siente el niño en general, evalúa la tendencia a mostrar estados de ansiedad) está compuesta por 20 ítems. Las alternativas de respuesta se sitúan entre 1 (nada) y 3 (mucho) en la escala Ansiedad Estado y entre 1 (casi nunca) y 3 (a menudo) en la escala Ansiedad Rasgo. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor nivel de ansiedad. En nuestro estudio se ha utilizado la información procedente de la escala Ansiedad Rasgo. La fiabilidad que presentan las escalas de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo a través de la consistencia interna es de ,63 y ,75 respectivamente.
- *Inventario de Depresión Infantil (CDI)* (Kovacs, 1992; versión de Kovacs, Del Barrio y Carrasco, 2004). Es un autoinforme que evalúa la sintomatología depresiva en niños y adolescentes de entre 6 y 17 años. Consta de 27 ítems y dos subescalas: Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad entre otros aspectos) compuesta por 12 ítems y Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) compuesta por 15 ítems, además cuenta con una Escala Total de Depresión. Las alternativas de respuestas es triple ya que cada ítem está compuesto por tres frases que se puntúa 0, 1, 2 en función del grado o frecuencia de su presencia en la persona. A mayor puntuación, mayor intensidad de sintomatología depresiva. Este estudio se ha centrado en la información procedente de la Escala Total de Depresión. La fiabilidad en función de la consistencia interna del instrumento se sitúa entre ,70 y ,94. Asimismo, en la validación española se encontraron unos índices de fiabilidad según la consistencia interna de ,80 y fiabilidad test-retest de ,79 (Del Barrio, Moreno y López, 1999).
- *Cuestionario de Autoestima para Educación Primaria (A-EP)* (Ramos, Giménez, Muñoz-Adell y Lapaz, 2006). Se trata de una medida de autoinforme que valora la autoestima de los niños durante la educación primaria entre los 9 y 13 años, está basado en la Teoría Multifactorial y Jerárquica de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Consta de 17 ítems con

ilustraciones que facilitan la comprensión de las proposiciones del cuestionario. Las opciones de respuestas son 2 (sí), 1 (a veces) y 0 (no). Los datos estadísticos señalan una fiabilidad a través de la consistencia interna para los 17 ítems del cuestionario de ,76.

- *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)* (Hernández, 1996). Es una prueba autoevaluativa de la adaptación de los niños y adolescentes en distintas áreas. Consta de 175 proposiciones. La estructura factorial de la prueba es diferente según la edad, existen 3 niveles: Primer nivel (de 8 a 11 años y 5 meses, aproximadamente), Segundo nivel (de 11 años y 6 meses a 14 años y 5 meses, aproximadamente) y el Tercer nivel (de 14 años y 6 meses a 18 años, aproximadamente). Cada nivel lleva una baremación específica. Todos los niveles se clasifican en subfactores: Inadaptación Personal, Inadaptación Escolar, Inadaptación Social, Insatisfacción con el ambiente familiar, Insatisfacción con los hermanos, Educación adecuada del padre, Educación adecuada de la madre, Discrepancia Educativa, Pro-imagen (criterio de fiabilidad basado en la distorsión de los resultados) y Contradicciones (criterio de fiabilidad basado en las respuestas contradictorias). Las alternativas de respuesta son Sí o No. A mayor puntuación mayor inadaptación o insatisfacción en el área específica. En nuestro estudio hemos tenido en cuenta los siguientes subfactores: Inadaptación personal, Inadaptación Escolar, Indaptación Social e Insatisfacción con el ambiente familiar. La fiabilidad obtenida a través del procedimiento de las dos mitades con la corrección de la fórmula Sperman-Brown señala un ,87 para la Inadaptación General, ,67 en el Primer nivel, ,89 en el Segundo nivel y ,83 para el Tercer nivel.
- *Escalas de Identificación de Prácticas Educativas Familiares (PEF)* (Alonso y Román, 2003). Descrito anteriormente en los instrumentos de adultos.

En la Tabla 12 se expone el listado de instrumentos de evaluación aplicados a los hijos en las fases de pretest, postest y seguimiento del programa (sólo al grupo experimental).

Tabla 12. Relación de instrumentos de evaluación del pretest, postest y seguimiento aplicados a los niños.

<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>	<b>INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</b>	<b>AUTOR/ES</b>
Inteligencia emocional percibida	<i>Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-I: YV)</i>	Bar-On y Parker (2000)
Ansiedad rasgo	<i>Cuestionario de Autoevaluación (STAIC)</i>	Seisdedos (1990) Spielberger et al., (1973)
Depresión	<i>Inventario de Depresión Infantil (CDI)</i>	Kovacs, Del Barrio y Carrasco (2004) Kovacs (1992)
Autoestima	<i>Cuestionario de Autoestima para Educación Primaria (A-EP)</i>	Ramos et al. (2006)
Adaptación	<i>Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)</i>	Hernández (1996)
Estilo educativo	<i>Escalas de Identificación de Prácticas Educativas Familiares (PEF)</i>	Alonso y Román (2003)

Material de evaluación continua del programa. Niños.

Asimismo, en las sesiones de los niños de manera complementaria se presentan un sistema de evaluación continua del programa desarrollado a través de técnicas observacionales y registro de actividad .

- *Diario sesiones. Niños* (Anexo 9). Se realiza un registro individual y grupal durante cada sesión del programa en los siguientes aspectos:
  - Nivel de asistencia: número de personas que asisten a la sesión.
  - Puntualidad: el grupo llega y entra en el aula con puntualidad.
  - Material: cada miembro del grupo trae el manual del programa (Anexo 10).
  - Actividades: el grupo sigue las instrucciones de las actividades que se realizan durante la sesión y completan las tareas de forma adecuada.
  - Normas del grupo: los niños permanecen sentados, esperan su turno cuando la situación lo requiere y se comportan de manera adecuada durante toda la sesión (en silencio, realizan sus actividades y levantan la mano para hablar).



- Interacciones sociales: los niños se relacionan bien con los compañeros (se ayudan en las tareas, se apoyan, se escuchan, no se insultan ni se pelean).
  - Participación: el grupo participa de forma activa en todas las actividades y juegos planteados en la sesión.
- 
- *Ficha de Registro Diario de la actividad Para Practicar Todos Los Días del manual para niños y niñas* (Anexo 11). En cada sesión se hace un seguimiento diario individual de la actividad realizada en la vida cotidiana en la que se practican y refuerzan los contenidos procedimentales y actitudinales de IE.
  
  - *Ficha de Registro Semanal de la actividad Aprendemos, Pauta propuesta en el manual para niños y niñas* (Anexo 12). Cada semana se propone una pauta educativa concreta e individual a cada niño y se hace un seguimiento analizando los objetivos conseguidos, las dificultades y los cambios realizados (en el caso en el que se efectúen) para lograr la meta perseguida.
  
  - *Cuestionario de Autoevaluación de los contenidos del programa. Niños* (Anexo 13). En la décimo novena sesión cada participante debe completar un cuestionario en el que se autoevalúan los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales adquiridos durante el programa.
  
  - *Cuestionario de Valoración Global del Programa* (ver Anexo 10). Al finalizar el programa cada niño reflexiona sobre el funcionamiento del programa, se recoge la opinión y la percepción subjetiva, el grado de satisfacción con el programa: en los temas tratados, las actividades, la metodología, el material, se hace una autoevaluación de la participación realizada, de lo que ha aprendido cada persona, para qué le sirve, en general que le ha parecido el programa y qué cosas se pueden mejorar. Este cuestionario se responde a través de una escala que va de 1 (poco) a 3 (mucho) en función del grado de satisfacción con los temas tratados y preguntas abiertas específicas que complementan la información aportada.

En la Tabla 13 se expone el listado materiales de evaluación continua aplicados a los niños del grupo experimental a lo largo del programa.

Tabla 13. Relación de material evaluación continua del programa. Niños.

MATERIAL	INFORMACIÓN
Diario de sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nivel de asistencia</li> <li>-Puntualidad.</li> <li>-Traen el material.</li> <li>-Realización de actividades.</li> <li>-Cumplen las normas del grupo.</li> <li>-Realizan interacciones sociales positivas.</li> <li>-Participación.</li> </ul>
Ficha de Registro Diario de la actividad Para Practicar Todos Los Días.	-Actividades realizadas en la vida cotidiana para practicar los contenidos sobre IE trabajados en cada sesión.
Ficha de Registro Semanal de la actividad Aprendemos, Pautas.	-Realización y seguimiento de la pauta propuesta.
Cuestionario de Autoevaluación de los contenidos del programa.	-Reflexión y análisis de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales adquiridos durante el programa.
Cuestionario de Valoración Global del Programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Funcionamiento del programa.</li> <li>-Grado de satisfacción con el programa.</li> <li>-Autoevaluación como participante.</li> <li>-Opiniones y sugerencias.</li> </ul>

#### 6.4. Procedimiento de la investigación

La investigación que se llevó a cabo durante los cursos escolares 2011/2012 y 2012/2013 se divide en las siguientes fases:

##### *Fase I. Reclutamiento de la muestra*

En primer lugar se contactó con los centros de educación primaria, públicos, concertados y privados y con los dos Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de la localidad de Badajoz vía postal y telefónica para concertar una reunión y presentar el proyecto de

---

investigación durante los meses de enero a abril de 2012. Asimismo se informó del proyecto a las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos a través de una carta.

En las reuniones con los centros y EOEP se expuso el proyecto, se realizó una recogida de información sobre el número de alumnado diagnosticado con TDAH que se encontraban matriculado en cada centro educativo así como la información sobre las acciones que se estaban llevando a cabo en cada centro con este alumnado. Asimismo, se pidió la colaboración a los centros y Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Badajoz para hacer llegar a las familias que cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio la información acerca de una sesión informativa que tendría lugar durante mayo y junio. En esta sesión se tratarían distintos aspectos del programa que iba a desarrollarse durante el próximo curso escolar. Las familias seleccionadas recibieron una carta y una inscripción a la sesión informativa a la que fueron convocadas. Nos pusimos en contacto con todas las familias que cumplimentaron los datos de la inscripción y qué cumplían los requisitos para participar en el programa para citarlas a las sesiones informativas.

Se realizaron seis sesiones informativas en distintos centros educativos de la localidad durante mayo y junio de 2012 con tres objetivos: que los padres conocieran el programa sobre IE en líneas generales, realizar un análisis de necesidades y potencialidades de los padres y sus hijos que sirvieran de base para diseñar los objetivos y contenidos del programa y captar a los futuros participantes.

En estas reuniones aquellas familias que querían participar se inscribieron a través de un formulario y la firma del consentimiento informado. Asistieron a las reuniones informativas un total de 81 personas. Se inscribieron en el programa un total de 75 adultos y 58 niños diagnosticados con TDAH. De las personas inscritas se excluyeron cuatro familias debido a que no cumplían todos los criterios de inclusión y exclusión. Por lo tanto, quedaron inscritos 67 adultos y 52 niños.

*Fase II. Diseño de un programa de intervención basado en IE y pautas educativas en el hogar*

A partir de la información recogida en la fase anterior y con el apoyo de la literatura sobre TDAH e IE se diseñó el programa y se elaboró el *Manual Práctico de IE y Pautas Educativa para Padres y Madres* (Anexo 8) y el *Manual Práctico de IE y Pautas Educativa Manual para Niños y Niñas* (Anexo 10) durante los meses de junio a agosto de 2012. Dicho programa combinaba el desarrollo y/o potenciación de las competencias emocionales con la introducción de una serie de pautas educativas en el hogar. En el capítulo 7 se describe este programa de manera más amplia.

*Fase III. Evaluación Pretest y screening*

A través de una carta entregada a cada familia inscrita en el programa se convocó a los padres e hijos a las sesiones de evaluación antes de la implementación de la intervención. Estas sesiones consistieron en la recogida de información sobre datos socio-demográficos, clínicos, familiares y sobre los hijos participantes (Anexos 1 y 2) (sólo en esta primera evaluación) y las variables del estudio a través de la aplicación de pruebas estandarizadas (ver apartado de instrumentos de evaluación en este capítulo) durante dos semanas en septiembre de 2012. Los padres se dividieron en grupos de 15-20 personas de una o dos sesiones de evaluación de una hora (según la necesidad) y los niños en grupos de 10 personas durante dos sesiones de una hora. En las sesiones de evaluación se dieron las mismas instrucciones a todos los participantes, asimismo, se indicó la confidencialidad de la información aportada. Las pruebas fueron administradas de forma colectiva en un aula habilitada para tal efecto por un profesional de la psicología. Asistieron a la evaluación pretest un total de 62 adultos y 41 niños.

Una vez analizada la información aportada por cada familia se llevó a cabo el *screening* de la muestra. A través de los instrumentos de cribado el *Listado de síntomas según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR* (APA, 2000), los padres tenían que seleccionar 6 o más de los 9 síntomas de desatención y/o de los 9 de hiperactividad-impulsividad, así como indicar que los síntomas estuvieran presentes antes de los 7 años y que existiera deterioro clínicamente significativo de la actividad social y académica de sus hijos en dos o más

contextos durante la fase de pretest para poder ser incluido en el programa, asimismo, se analizó información recogida en el *Cuestionario de información acerca de su hijo/a* (Anexo 2) para asegurar el cumplimiento de todos los criterios de inclusión y exclusión. En este proceso se excluyeron dos familias de la muestra porque sus hijos cumplían los criterios de exclusión. La muestra quedó compuesta por 59 adultos y 39 niños.

#### *Fase IV. Asignación aleatoria a las condiciones experimentales*

Una vez conocido el tamaño de la muestra, el método de aleatorización utilizado se basó en la asignación de un número (1 ó 2) a cada una de las familias participantes con la utilización de la aplicación informática *Text Mechanic™ - Text Manipulation Tools* a través de la herramienta *Random Number Generator*. Cada número fue previamente asignado, a su vez, a un orden de niveles de la variable independiente: grupo experimental (número 1) o grupo control, en lista de espera (número 2), este proceso de selección tuvo lugar en septiembre de 2012. Así, se crearon dos grupos: uno formado por 20 familias, el grupo experimental y otro por 19 familias, el grupo control, éste se hizo en forma de lista de espera por razones éticas, en ambos se incluían padres e hijos.

#### *Fase V. Sesiones experimentales*

Se convocó a las familias que pertenecían al grupo experimental a participar en el programa. La intervención se realizó desde octubre a diciembre de 2012 de lunes a jueves dos días a la semana. Esta intervención consistió en 20 sesiones grupales de formación en IE y pautas educativas tanto para padres como para los hijos que se detalla en el capítulo siguiente.

En el programa de adultos las sesiones tuvieron una duración de dos horas cada una (martes y jueves de 9:30h a 11:30h en el Centro de Profesores y Recursos ó de 18:00h a 20:00 h en el Centro de Educación Infantil y Primaria Nuestra Señora de Bótoa). El porcentaje de asistencia media de los adultos a todas las sesiones del programa se sitúa en el 94,2%. Las faltas de asistencia estaban debidamente justificadas, las principales causas fueron enfermedad, reuniones laborales y viajes principalmente. En la muestra de adultos se produjo una mortandad experimental de cinco personas (19,35%) debido a causas laborales (4 personas, aunque su familia siguió participando) e insatisfacción con la dinámica grupal (1

persona, aunque su familia continuó participando). Por lo tanto, el grupo experimental de adultos quedó finalmente formado por 25 personas que se organizaron en dos grupos con horarios diferentes:

- Grupo de mañana: formado por 9 personas.
- Grupo de tarde: formado por 16 personas.

En el programa de niños las sesiones tuvieron una duración de una hora cada una (lunes y miércoles de 16:00h a 17:00h, de 17:00h a 18:00 h ó de 18:00h a 19:00h y martes y jueves de 17:00h a 18:00h, todas ellas en el C.E.I.P. Ntra. Señora de Bótoa de la localidad). El porcentaje de asistencia media de los niños a todas las sesiones del programa se sitúa en el 96%. Las faltas de asistencia estaban debidamente justificadas, la primera causa fue por enfermedad. Es importante destacar que en la muestra constituida por los niños no se produjo ningún caso de mortandad experimental. El grupo experimental de niños estuvo formado por 20 niños.

Teniendo en cuenta los objetivos del programa y las características de sus miembros los grupos de intervención del programa se organizaron en varios grupos:

- Primer ciclo de primaria: dos grupos formados por 4 personas.
- Segundo ciclo de primaria: un grupo formado por 5 personas.
- Tercer ciclo de primaria: un grupo por 7 personas.

#### *Fase VI. Evaluación Postest*

Tras finalizar el programa, se realizó una sesión de evaluación del impacto del programa a corto plazo sobre las variables del estudio en el grupo experimental de adultos y niños y en el grupo control (lista de espera) de adultos y niños. Estas sesiones consistieron en la recogida de información de las variables del estudio a través de pruebas estandarizadas durante dos semanas en enero de 2013. Los padres se dividieron en grupos de 15-20 personas de una o dos sesiones de evaluación de una hora (según la necesidad) y los niños en grupos de 10 personas durante dos sesiones de una hora. En las sesiones de evaluación se dieron las mismas instrucciones a todos los participantes, asimismo, se indicó la confidencialidad de la información aportada. Las pruebas fueron administradas de forma colectiva en un aula

habilitada para tal efecto por un profesional de la psicología. Asistieron a la evaluación posttest un total de 70 personas. Del grupo experimental asistieron el 100% de los participantes entre adultos y niños, sin embargo, se produjo una pérdida del 45,83% de la muestra de adultos (11 personas) y del 36,84% en la muestra de niños (7 niños) en el grupo control de lista de espera, la principal razón que presentaron estas familias fue que ya estaban participando en otras actividades. El grupo control quedó finalmente formado por 13 adultos y 12 niños.

#### *Fase VII. Sesiones experimentales en el grupo control, lista de espera*

Una vez finalizadas las evaluaciones, el grupo control de lista de espera recibió el programa durante los meses de enero y febrero de 2013.

#### *Fase VIII. Evaluación de seguimiento en el grupo experimental y clausura del programa*

A los seis meses tras la finalización del programa (en junio de 2013) se realizó una evaluación de seguimiento de los efectos del programa a medio plazo. Estas sesiones consistieron en la recogida de información sobre las variables del estudio a través de pruebas estandarizadas (ver apartado de instrumentos de evaluación) durante una semana en junio de 2013. Los padres se dividieron en grupos de 15-20 personas de una o dos sesiones de evaluación de una hora (según la necesidad) y los niños en grupos de 10 personas durante dos sesiones de una hora. En las sesiones de evaluación se dieron las mismas instrucciones a todos los participantes, asimismo, se indicó la confidencialidad de la información aportada. Las pruebas fueron administradas de forma colectiva en un aula habilitada para tal efecto por un profesional de la psicología. Asistieron a la evaluación de seguimiento el 100% del grupo experimental, un total de 25 adultos y 20 niños. Asimismo se realizó un acto de clausura del programa que consistió en una convivencia en el campo y la entrega de diplomas de participación a todas las familias.

En la Figura 4, se muestran las fases y momentos del estudio de manera resumida.

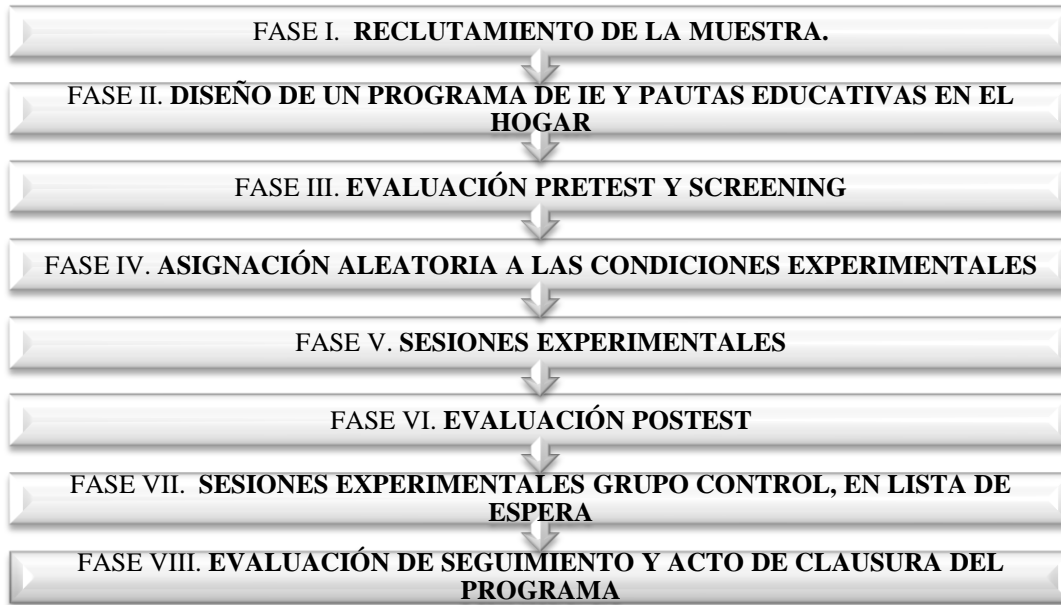


Figura 4. Fases del proceso de investigación.

### 6.5. Análisis de datos del estudio

Una vez realizada la recogida de información sobre las variables de estudio en las distintas fases de evaluación, se han llevado a cabo una serie de análisis de datos a través del programa estadístico SPSS.19.0. para *Windows*.

En primer lugar, se determinó el nivel de medida de las variables del estudio, asimismo se hizo una valoración de las distribución de estas variables, de las medidas de tendencia central y una valoración visual de la distribución de datos. Una vez realizado esto, se planteó qué prueba estadística era la más adecuada, se optó por la utilización de pruebas no paramétricas debido al tamaño de la muestra. Se han utilizado dos diseños de comparación: por un lado, para muestras relacionadas, cuando existían dos muestras se ha aplicado la Prueba de Wilcoxon, cuando existían tres muestras se ha utilizado la Prueba de Friedman, por otro lado, se ha utilizado un diseño de comparación de grupos independientes, para realizar estos análisis se optado por el estadístico  $U$  de Mann-Whitney.







# Capítulo 7

## DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PAUTAS EDUCATIVAS PARA FAMILIAS CON HIJOS CON TDAH

El capítulo que se desarrolla a continuación se centra en la descripción del programa de intervención diseñado, implementado y evaluado a lo largo de este estudio denominado Familia, I.E. y Pautas Educativas, *IMAGINA*. Para ello, se exponen las bases teóricas en las que se fundamenta, las personas a las que va dirigido principalmente, el lugar y momento en el que se diseña a partir del análisis de necesidades y potencialidades de los destinatarios, su finalidad, sus componentes, cómo se ha realizado cada sesión así como las técnicas utilizadas, qué materiales y personal es necesario para su ejecución, qué duración y frecuencia presenta y, por último, cómo se ha llevado a cabo la valoración de cambios y aprendizajes.

A lo largo del marco teórico y en la justificación de esta investigación hemos expuesto las principales dificultades que presentan los niños con TDAH y cómo se ven afectadas sus familias. Por ello, se ha planteado el diseño de un programa centrado en las necesidades y potencialidades que estas familias presentan para poder dar respuesta a éstas.

Este programa pretende ser una herramienta útil que dote a los padres e hijos de algunas de estrategias, habilidades o competencias socioemocionales y educativas necesarias para favorecer su adaptación personal, social y familiar y mejorar su calidad de vida.

### 7.1. Fundamentación del programa

El programa *IMAGINA* está centrado en el desarrollo de la IE en la familia junto con la incorporación de ciertas estrategias educativas a seguir por los padres y sus hijos con TDAH. Este programa está basado en un conjunto de contenidos y actividades eminentemente prácticas que se pueden incorporar en la vida cotidiana de la familia. Este programa surge a partir de la combinación de distintas teorías, modelos, programas y estudios relacionados con la psicología y la educación. Así, *IMAGINA* se fundamenta teóricamente en:

1) Los principios en los que se basa la *Psicología Positiva* (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) para la configuración del objetivo de nuestro estudio. La psicología positiva señala un cambio en el enfoque de la concepción de la psicología cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales ampliando las opciones de intervención de la psicología en lugar de centrarse en el estudio de la patología. Es una rama de la psicología que se centra en un campo de investigación e interés por las cualidades y características positivas humanas (Vera, 2006). Asimismo, ésta es entendida como una ciencia de la experiencia subjetiva positiva que se centra en la felicidad, bienestar, satisfacción, esperanza, optimismo, creatividad, la autodeterminación (competencia, pertenencia y autonomía), inteligencia emocional, humor, emociones positivas. La psicología positiva permitirá a los profesionales de la psicología comprender y construir los factores que permiten a las personas, comunidades y sociedades a potenciar sus cualidades positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

2) *El Modelo de las Cuatro Ramas* de Mayer y Salovey (1997) y en el *Modelo de Inteligencia Socio-Emocional* de Bar-On (1997), descritos en capítulos anteriores, para el desarrollo de los contenidos del programa relacionados con la IE. Del *Modelo de las Cuatro Ramas* desarrollado por Mayer y Salovey (1997) hemos recogido las habilidades de las distintas ramas: Percepción, valoración y expresión de la emoción; Facilitación emocional del pensamiento; Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional y la Regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional. Por otra parte, del *Modelo de Inteligencia Socio-*

*Emocional* de Bar-On (1997) se ha tenido en cuenta todo lo referente a las competencias, habilidades y/o facilitadores: la capacidad para reconocer, comprender y expresar emociones y sentimientos; la capacidad de entender cómo se sienten los otros y relacionarse con ellos; la capacidad de gestionar y controlar emociones; la capacidad de manejar el cambio, adaptarse y resolver problemas personales e interpersonales; la capacidad de generar un efecto positivo y auto-motivarse.

3) Los programas sobre educación emocional familiar (Agulló et al., 2010; Bisquerra, 2000, 2003, 2009; Vallés, 2008) para la elaboración de las actividades enfocadas al desarrollo de competencias socioemocionales de la familia y la metodología de trabajo. Los programas orientados al desarrollo de habilidades o competencias socioemocionales en la familia plantean una serie de actividades cuyos objetivos se centran en el desarrollo y/o potenciación de la conciencia, expresión y regulación emocional, autoestima, habilidades sociales, resolución de conflictos o estrategias de solución de problemas (D'Zurrilla y Goldfried, 1971) y, en definitiva, proponen actuaciones específicas que permiten la adquisición de contenidos conceptuales, actitudinales y comportamentales de manera práctica en el contexto más inmediato lo que facilita su incorporación en la vida diaria de los distintos miembros de la familia, mejorando su bienestar y calidad de vida.

4) Programas de intervención cognitivo-conductual para familias (Barkley, 1997, 2002a; Orjales y Polaino-Lorente, 2001; Miranda et al., 2002; Miranda-Casas, et al., 2008) en el desarrollo de ciertas pautas educativas en los padres y sus hijos. Por un lado, a través del entrenamiento y manejo de ciertas técnicas de modificación de conducta, los adultos desarrollan una serie de habilidades parentales más eficaces a la hora de fijar las normas, modificar los comportamientos disruptivos y mejorar la convivencia en el hogar. Por otra parte, a los niños se les entrena en la técnica de autoinstrucciones (Meichenbaum y Goodman, 1971) y se les aplica un programa de economía de fichas (Ayllon y Azrin, 1983) en el que se incorporan o refuerzan comportamientos relacionados con la organización, autocontrol, autonomía, autoestima, responsabilidad, salud, rendimiento académico y cumplimiento de las normas a lo largo del programa.

## 7.2. Contexto y destinatarios del programa

Nuestro estudio se realizó en la localidad de Badajoz, ciudad situada en el suroeste de la Península Ibérica y al oeste de la provincia de Badajoz en el límite con Portugal. Este municipio que pertenece y es sede de la comarca Tierra de Barros cuenta con 150.621 habitantes 73.329 hombres (48,68%) y 77.292 (51,32%) mujeres según el Instituto Nacional de Estadística para el año 2013. La actividad económica principal de este municipio es el sector terciario, es una ciudad eminentemente comercial. Este programa está destinado a los padres y/o tutores legales y a sus hijos de educación primaria diagnosticados con TDAH. El análisis del contexto y de las principales necesidades y potencialidades expresadas por las familias que forman parte de este estudio ha permitido abordar el proceso de cambio desde una perspectiva más real, eficaz y eficiente a la hora de alcanzar los objetivos del programa. Así las principales necesidades y potencialidades de los participantes recogidas en la sesión informativa del programa que tuvo lugar en los distintos centros educativos de la localidad y sirvieron de base para la elección de los contenidos de este programa se presentan a continuación en las Tablas 14 y 15.

Tabla 14. Listado de necesidades y potencialidades expresadas por los adultos destinatarios del programa.

<i>NECESIDADES</i>	<i>POTENCIALIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer mejor a mi hijo.</li> <li>• Ser más feliz.</li> <li>• Divertirme.</li> <li>• Apertura al exterior.</li> <li>• Mayor nivel de autoestima.</li> <li>• Disponer de una metodología efectiva para el manejo de situaciones de la vida cotidiana.</li> <li>• Descansar.</li> <li>• Controlar las emociones.</li> <li>• Expresar emociones.</li> <li>• Compartir más momentos.</li> <li>• Adaptación a las situaciones.</li> <li>• Controlar la ansiedad.</li> <li>• Manejar situaciones de conflicto.</li> <li>• Mantener la calma.</li> <li>• Mantener la autoridad.</li> <li>• Más paciencia.</li> <li>• Comprensión y apoyo por parte de la sociedad.</li> <li>• Más tiempo libre.</li> <li>• Saber ayudar a mi hijo.</li> <li>• Tiempo para saber si estamos trabajando bien con ellos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creatividad.</li> <li>• Lectura y aprendizaje.</li> <li>• Cariño.</li> <li>• Constancia.</li> <li>• Interés.</li> <li>• Preocupación.</li> <li>• Entrega.</li> <li>• Disposición.</li> <li>• Esfuerzo.</li> <li>• Imaginación.</li> </ul>

Fuente: Información aportada por los padres del alumnado diagnosticado con TDAH en las sesiones informativas del programa.

Tabla 15. Listado de necesidades y potencialidades de los niños destinatarios del programa.

<i>NECESIDADES</i>	<i>POTENCIALIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor apoyo por parte del centro educativo.</li> <li>• Control de emociones.</li> <li>• Expresar emociones.</li> <li>• Retener o canalizar la ira.</li> <li>• Habilidades sociales.</li> <li>• Mayor autoestima.</li> <li>• Falta de atención.</li> <li>• Autocontrol.</li> <li>• Les cuesta hacer las tareas. Perezosos.</li> <li>• Comprensión por parte de la sociedad.</li> <li>• Que los valoren.</li> <li>• Reconocer sus éxitos.</li> <li>• Ayuda o apoyo social.</li> <li>• Ser pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inteligentes.</li> <li>• Cariñosos.</li> <li>• Solidarios.</li> <li>• Entusiastas.</li> <li>• Generosos.</li> <li>• Nobles.</li> <li>• Constante.</li> <li>• Trabajadores.</li> <li>• Responsables.</li> <li>• Simpáticos.</li> <li>• Colaboradores.</li> <li>• Creativos.</li> <li>• Sensibles.</li> <li>• Bondadosos.</li> <li>• Apasionados.</li> <li>• Con mucha fuerza de voluntad.</li> <li>• Curiosos y emprendedores.</li> </ul>

Fuente: Información aportada por los padres del alumnado diagnosticado con TDAH en las sesiones informativas del programa.

Badajoz cuenta con 37 colegios de educación primaria, 25 públicos, 8 concertados y 4 privados y con dos Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica. Además, los centros cuentan con la presencia de la Asociación de Madres y Padres de alumnos que participan de forma activa en la vida del centro. Las principales actuaciones que llevan a cabo estas instituciones junto con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica con el alumnado de primaria diagnosticado con TDAH son: adaptaciones curriculares, significativas y no significativas, atención individualizada, refuerzo educativo, programas de atención, percepción y entrenamiento cognitivo, contacto periódico y seguimiento de las familias, asesoramiento al profesorado acerca de pautas organizativas y metodologías para trabajar en el aula, contacto con los servicios médicos, en la mayoría de los centros se aplican las medidas generales incluidas en el Plan de Atención a la Diversidad de la comunidad de Extremadura. Los principales agentes implicados en estas acciones dentro de los centros son: el profesorado de Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje y los tutores. En la Tabla 16 se expone la relación de centros de la localidad, especificando el tipo de centro, denominación, titularidad y número de alumnos de primaria diagnosticados con TDAH durante el curso escolar 2011/2012.

Tabla 16. Relación de centros de educación primaria de Badajoz.

TIPO DE CENTRO	CENTRO EDUCATIVO	TITULARIDAD	Nº ALUMNADO DE PRIMARIA DIAGNOSTICADO CON TDAH CURSO 2011/2012		
			Frecuencia		
			Niños	Niñas	Total
C.E.I.P.	Arias Montano	Pública	6	3	9
C.E.I.P.	General Navarro	Pública	1	0	1
C.E.I.P.	Lope de Vega	Pública	5	0	5
C.E.I.P.	Luis Morales	Pública	3	1	4
C.E.I.P.	Nuestra Señora De Bótoa	Pública	11	1	12
C.E.I.P.	San Pedro de Alcántara	Pública	1	1	2
C.E.I.P.	Cerro de Reyes	Pública	4	2	6
C.E.I.P.	Leopoldo Pastor Sito	Pública	3	1	4
C.E.I.P.	San José de Calasanz	Pública	3	0	3
C.E.I.P.	Guadiana	Pública	4	2	6
C.E.I.P.	Santa Marina	Pública	5	1	6
C.E.I.P.	Juan Vázquez	Pública	5	1	6
C.E.I.P.	Nuestra Señora de Fátima	Pública	3	2	5
C.E.I.P.	Puente Real	Pública	9	2	11
C.E.I.P.	San Fernando	Pública	2	1	3
C.E.I.P.	Santa Engracia	Pública	1	0	1
C.E.I.P.	Santo Tomás de Aquino	Pública	1	0	1
C.E.I.P.	Las Vaguadas	Pública	1	1	2
C.E.I.P.	Enrique Iglesias	Pública	2	0	2
C.E.I.P.	Luis Vives	Pública	4	1	5
C.E.I.P.	Nuestra Señora de la Soledad	Pública	0	0	0
C.E.I.P.	Manuel Pacheco	Pública	4	1	5
C.E.I.P.	Enrique Segura Covarsí	Pública	7	1	8
C.E.I.P.	Los Glacis	Pública	2	0	2
C.E.I.P.	Juventud	Pública	3	0	3
C.	Nuestra Señora de la Asunción	Concertado	0	0	0
C.	Sagrada Familia	Concertado	6	4	10
C.	Santo Ángel	Concertado	4	1	5
C.	Nuestra Señora del Carmen	Concertado	5	1	6
C.	Jesús Obrero	Concertado	0	0	0
C.	Santa Teresa de Jesús	Concertado	0	0	0
C.	Virgen de Guadalupe	Concertado	10	5	15
C.	Ramón Izquierdo	Concertado	5	3	8
C.	El Tomillar	Privada	1	0	1
C.	Puerta Palma	Privada	0	0	0
C.	O.S.C.U.S -Fundación Obra Social y Cultural Sopena	Privada	0	0	0
C.	Santa María Assumpta	Privada	3	1	4
		TOTAL	124	37	161
		%	77,01	22,99	100

Nota: C.E.I.P.= Centro de Educación Infantil y Primaria; C.= Colegio. Fuente: Datos aportados por los centros educativos y los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica 1 y 2 para el curso escolar 2011/2012.



En este estudio han colaborado todos los centros educativos del municipio así como los dos Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica. Asimismo, ha participado el alumnado procedente de 18 centros: 13 centros públicos, 4 centros concertados y 1 centro privado de la localidad de Badajoz. En la Tabla 15 se especifica el número de alumnado participante de cada centro.

Tabla 17. Relación de centros y número de alumnado participante en el programa.

CENTRO EDUCATIVO	Nº ALUMNADO DE PRIMARIA DIAGNOSTICADO CON TDAH PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA POR CENTROS		
	Frecuencia		
	Niños	Niñas	Total
C.E.I.P. Arias Montano	1	2	3
C.E.I.P. General Navarro	1	0	1
C.E.I.P. Lope de Vega	1	0	1
C.E.I.P. Luis Morales	1	0	1
C.E.I.P. Ntra. Sra. De Bótoa	2	1	3
C.E.I.P. Leopoldo Pastor Sito	0	1	1
C.E.I.P. Guadiana	0	2	2
C.E.I.P. Juan Vázquez	1	1	2
C.E.I.P. Ntra. Sra. De Fátima	1	0	1
C.E.I.P. Las Vaguadas	0	1	1
C.E.I.P. Manuel Pacheco	1	0	1
C.E.I.P. Enrique Segura Covarsí	2	1	3
C.E.I.P. Los Glacis	2	0	2
C. Sagrada Familia	1	0	1
C. Santa María Assumpta	3	0	3
C. Santo Ángel	2	0	2
C. Ntra. Sra. Del Carmen	1	0	1
C. Virgen de Guadalupe	2	1	3
TOTAL	22	10	32
%	68,75	31,25	100

Nota: C.E.I.P.= Centro de Educación Infantil y Primaria; C.= Colegio. Fuente: Cuestionario de información acerca de su hijo/a.

Por lo tanto, según los datos aportados por los distintos centros y los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de la localidad, el número total de alumnado diagnosticado con TDAH durante el curso 2011/2012 ha sido de 161 personas (77,01% niños y 22,99% niñas), de éstos 32 personas (68,75% niños y 31,25% niñas), es decir, el 19,87% del alumnado de primaria diagnosticado con TDAH de la localidad ha participado en el estudio.

### **7.3. Objetivos, temporización, contenidos y actividades del programa**

En el presente apartado se describen distintos aspectos clave del programa que se ha desarrollado como son: el objetivo general, los objetivos específicos, los contenidos y la clasificación de actividades por sesión.

Por un lado, el objetivo general del programa *IMAGINA* es favorecer el bienestar personal, social, emocional y familiar de los niños con TDAH y de sus padres a través de una intervención grupal basada en el desarrollo y/o potenciación de competencias y/o habilidades de IE y pautas educativas en el hogar.

Asimismo, los objetivos *específicos* según los contenidos del programa son los siguientes:

#### Conciencia, expresión y regulación emocional

- Reflexionar acerca de la existencia de distintas emociones y sentimientos.
- Identificar los distintos tipos de emociones en uno mismo y en los demás.
- Expresar las emociones a los demás de manera adecuada.
- Aprender y practicar algunas estrategias de control emocional: técnicas de relajación y reestructuración cognitiva.

#### Autoestima

- Tomar conciencia de las características, habilidades y aptitudes que posee cada persona.
- Ser consciente del nivel de autoestima que posee cada persona.
- Favorecer la autoestima positiva o equilibrada.
- Reflexionar acerca de la imagen que los demás tienen de nosotros.
- Potenciar la autoeficacia y la autonomía de cada persona.

#### Habilidades sociales

- Reflexionar acerca del concepto y tipos de habilidades sociales.
- Practicar las habilidades sociales: primeras, avanzadas, relacionadas con los sentimientos, alternativas a la agresión, para hacer frente al estrés y de planificación.
- Conocer los distintos estilos de comunicación interpersonal: pasivo, agresivo y asertivo.
- Identificar los estilos de comunicación que utiliza cada persona.
- Practicar el estilo de comunicación asertivo.

- Aprender y practicar algunas técnicas de la comunicación asertiva: escucha activa y empatía.

#### Bienestar emocional

- Analizar los conceptos de felicidad, bienestar y satisfacción personal.
- Reflexionar sobre la importancia de la realización de actividades que producen satisfacción individual y/o familiar.
- Tomar conciencia y poner en práctica aquellas actividades que producen bienestar personal y/ o familiar.
- Aprender y practicar estrategias de resolución de conflictos de la vida cotidiana.

#### Pautas educativas en el hogar

##### *Adultos*

- Fomentar la capacidad de superar las dificultades y manejar las situaciones estresantes que se presentan día a día en el entorno familiar.
- Desarrollar estrategias parentales de estilo democrático o equilibrado.
- Aprender y practicar habilidades que permiten una convivencia adecuada en el hogar y el desarrollo integral de los hijos.
- Aumentar la motivación e interés hacia la mejora de la salud mental familiar.

##### *Niños*

- Reflexionar sobre las actitudes y comportamientos de persona en el hogar.
- Desarrollar actitudes y comportamientos positivos hacia la familia.
- Poner en práctica y/o reforzar comportamientos de la vida cotidiana en el hogar que favorezcan un desarrollo integral de los niños relacionados con la responsabilidad, estrategias de focalización de la atención, concentración y autocontrol, autonomía, organización, rendimiento académico, higiene, alimentación y sueño.

#### Finalización de *IMAGINA*

- Fortalecer las relaciones entre las distintas familias participantes en el programa.
- Establecer un espacio de encuentro para interactuar, compartir y divertirse mutuamente todos los miembros de la familia.
- Evaluar la satisfacción de los participantes con el programa.

El programa *IMAGINA* está formado por 20 sesiones para los padres y los niños. Las sesiones de los padres constan de dos horas cada una, tienen lugar dos días a la semana y se desarrolla a lo largo de 10 semanas distribuido en bloques y módulos. El Bloque I consta de una sesión y dos módulos: Módulo I y el Módulo II (1 sesión ambos módulos), el Bloque III consta de 18 sesiones y cuatro módulos: Módulo III (5 sesiones), IV (5 sesiones), V (4 sesiones) y VI (4 sesiones) y el Bloque III consta de una sesión y dos módulos: Módulo VII y VIII (1 sesión ambos módulos). Las sesiones de los niños constan de una hora y se desarrollan dos días a la semana durante 10 semanas, fuera del horario escolar y se encuentra distribuido en bloques. El Bloque I y el Bloque II (una sesión ambos bloques), el Bloque III (5 sesiones), el Bloque IV (5 sesiones), el Bloque V (4 sesiones), el Bloque VI (4 sesiones), el Bloque VII y Bloque VIII (una sesión ambos bloques).

Asimismo, los contenidos que se desarrollan en este programa para conseguir los objetivos propuestos han sido seleccionados teniendo en cuenta las necesidades y las potencialidades socioemocionales expresadas por los participantes del mismo, así como de las teorías, modelos y programas citados anteriormente en la fundamentación. Los contenidos se distribuyen en bloques y módulos (sólo en los adultos) y son similares para los adultos y los niños excepto las pautas educativas que están relacionadas entre sí. A continuación se presentan los contenidos incluidos en los manuales.

En el *Manual Práctico de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas Para Padres y Madres* (Anexo 8):

*Bloque I: Programa IMAGINA.* En este bloque se presentan las principales características del programa y en la presentación de los participantes, consta de dos módulos:

- *Módulo I: Presentación del Programa de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas en la familia.* En este módulo se explican las razones por las cuáles se desarrolla este programa, cuáles son los objetivos y contenidos que se van a trabajar así como resolver las dudas de los participantes.
- *Módulo II: Los Participantes del Programa.* Se centra en el conocimiento mutuo de los participantes, el establecimiento de normas del grupo, el análisis de la información de la

que disponen los padres y qué información les gustaría conocer acerca del TDAH de sus hijos.

- *Pauta Educativa 1.* Establecimiento de normas claras y sencillas en el hogar.

*Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.* Es el bloque central del programa ya que dentro de éste se encuentran los módulos destinados a desarrollar y/o potenciar una serie de habilidades y competencias personales, sociales y emocionales. Este bloque consta de cuatro módulos y nueve pautas educativas.

- *Módulo III: Conciencia, Expresión y Regulación Emocional.* Trata sobre el concepto de emoción y sentimiento, los tipos de emoción, el reconocimiento de emociones propias y ajenas, la expresión de emociones y algunas técnicas para controlar las emociones propias y de los demás: relajación y detención del pensamiento.

- *Pauta Educativa 2.* Concepto y desarrollo de la técnica de autoinstrucciones para que los padres realicen el seguimiento de la aplicación de ésta por parte de sus hijos.

- *Pauta Educativa 3.* Conocimiento de principios educativos generales para aplicar en la relación de los hijos.

- *Módulo IV: Autoestima.* Recoge el concepto de autoestima, el reconocimiento de las propias características, habilidades y aptitudes, qué nivel de autoestima posee cada persona, en qué consiste la autoestima positiva, la imagen que proyecta cada persona en los demás, el desarrollo de la autoestima y el establecimiento de metas y objetivos.

- *Pauta Educativa 4.* Exposición de principios relacionados con la autoestima de los hijos y puesta en práctica de algunos de ellos en la interacción con los hijos.

- *Pauta Educativa 5.* Introducción y conocimiento de técnicas de modificación de conductas para aumentar la conducta de los hijos: refuerzo positivo, refuerzo negativo y principio de Premack.

- *Pauta Educativa 6.* Conocimiento y adquisición de las técnicas de modificación de conducta para disminuir la conducta de los hijos: extinción, castigo positivo y castigo negativo.

- *Módulo V: Habilidades Sociales.* Incluye el concepto de habilidades sociales y sus tipos, el conocimiento de los estilos de comunicación pasivo, agresivo y asertivo, la puesta en práctica de distintas habilidades sociales, del estilo de comunicación asertivo y algunas técnicas asertivas: la escucha activa y la empatía.

- *Pauta Educativa 7.* Conocimiento y adquisición de técnicas para disminuir la conducta: sobrecorrección y estrategia paradójica.
- *Pauta Educativa 8.* Análisis y potenciación de habilidades sociales en los hijos.
- *Módulo VI: Bienestar Emocional.* Trata sobre los conceptos de felicidad, bienestar y satisfacción, estrategias de organización y resolución de conflictos y la puesta en práctica de actividades agradables.
- *Pauta Educativa 9.* Potenciación de la atención de los hijos a través de actividades específicas y juegos.
- *Pauta Educativa 10.* Conocimiento y aplicación de unos principios útiles para desarrollar en el hogar y fuera de él.

*Bloque III: Finalización del programa.* El último bloque se divide en dos módulos.

- *Módulo VII: En familia.* Incluye canciones, cuentos, bailes, poemas, etc. elaborados por las familias.
- *Módulo VIII: Evaluación Global del Programa.* Trata sobre la valoración de los temas tratados, las actividades, la metodología, el material, la participación de cada persona dentro del programa así como qué ha aprendido, de qué le sirve lo que ha aprendido, qué piensa en general del programa y sus opiniones y sugerencias de mejora del programa.

En el *Manual Práctico de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas Para Niños y Niñas* (Anexo 10) podemos encontrar los siguientes contenidos:

*Bloque I: ¿Qué es?* En este primer bloque se explica de forma resumida en qué consiste el programa y qué es lo que vamos a hacer durante varias semanas.

*Bloque II: Mis compañeros y compañeras.* Este apartado se centra en el conocimiento de los miembros del grupo y el establecimiento de normas que guiarán el resto de sesiones.

- *Aprendemos, Pauta 1.* Adquisición del hábito de traer y cuidar el material necesario para las sesiones (el manual práctico).

*Bloque III: Explorando las emociones.* Trata sobre el concepto de emoción y sentimiento, los tipos de emoción, el reconocimiento de emociones propias y ajenas, la expresión de emociones y algunas técnicas para controlar las emociones propias y de los demás: relajación y cambio del pensamiento negativo a positivo.

- *Aprendemos, Pauta 2.* Aprendizaje y la puesta en práctica de la técnica de autoinstrucciones.
- *Aprendemos, Pauta 3.* Cómo organizar el día.

*Bloque IV: Descubriendo mis tesoros.* Contempla el concepto de autoestima, el reconocimiento de las propias características, habilidades y aptitudes, qué nivel de autoestima posee cada persona, en qué consiste la autoestima positiva, la imagen que proyecta cada persona en los demás, el desarrollo de la autoestima y el establecimiento de metas y objetivos.

- *Aprendemos, Pauta 4.* Cómo empezar el día de manera adecuada: levantarse pronto, vestirse, desayunar, lavarse los dientes y la cara, peinarse e ir al colegio.
- *Aprendemos, Pauta 5.* Cómo hacer la mochila para el colegio: revisar las asignaturas para el día siguiente, coger las libretas, estuches y demás material que necesito y revisar que no falta nada.
- *Aprendemos, Pauta 6.* Cómo colaborar en casa: hacer la cama, poner y quitar la mesa, lavar los platos, limpiar, etc.

*Bloque V: Conviviendo.* Incluye el concepto de habilidades sociales y sus tipos, el conocimiento de los estilos de comunicación pasivo, agresivo y asertivo, la puesta en práctica de distintas habilidades sociales, del estilo de comunicación asertivo y algunas técnicas asertivas: la escucha activa y la empatía.

- *Aprendemos, Pauta 7.* Conocimiento y adquisición de una serie de pasos para estudiar de forma adecuada: organización del lugar, lectura comprensiva, subrayar, resumir y repasar lo estudiado.
- *Aprendemos, Pauta 8.* Realización de las comidas de forma adecuada: comer de todo y pronto.

*Bloque VI: Buscando la felicidad.* Trata sobre los conceptos de felicidad, bienestar y satisfacción, estrategias de organización y resolución de conflictos y la puesta en práctica de actividades agradables.

- *Aprendemos, Pauta 9.* Realización de varias actividades que mejoran la convivencia: escuchar a sus padres y obedecer, hacer las tareas escolares y estudiar e ir a la cama cuando se lo indican.

*Bloque VII: Con mi familia.* Incluye canciones, cuentos, bailes, poemas, etc. elaborados por las familias.

*Bloque VIII: Valoramos el programa.* Trata sobre la valoración de los temas tratados, las actividades, la metodología, el material, la participación de cada persona dentro del programa así cómo que ha aprendido, de qué le sirve lo que ha aprendido, qué piensa en general del programa y sus opiniones y sugerencias de mejora del programa.

Las actividades han sido seleccionadas en base a la consecución de los objetivos propuestos en el programa, éstas se dividen en cuatro grupos principales:

- *De desarrollo de contenidos:* actividades concretas que permiten aprender y desarrollar los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales del programa.
- *Dinámicas grupales y juegos:* actividades que fomentan la cohesión grupal, confianza, comunicación positiva. actividades que producen placer, satisfacción emocional, entretenimiento, aprendizaje de contenidos de IE, normas de comportamiento, contacto y conocimiento de los demás miembros del grupo, adaptación social y la cooperación entre iguales.
- *Para practicar los contenidos en casa:* actividades que se realizan en el hogar y que permiten poner en práctica los contenidos desarrollados durante la sesión.
- *Pautas educativas:* actividades concretas que se desarrollan semanalmente en el hogar y que permiten desarrollar habilidades y hábitos en los niños o comportamientos en los padres que permiten mejorar la convivencia familiar.

#### **7.4. Metodología, recursos y evaluación del programa**

La metodología del Programa *IMAGINA* se basa en el uso de estrategias activas, participativas y vivenciales a través de dinámicas, técnicas (autoinstrucciones, resolución de conflictos, modelado, entrenamiento asertivo, coste de respuesta, refuerzo individual y social, recuento de punto, etc.) y actividades que desarrollan y/o refuerzan la adquisición de habilidades y competencias en la vida cotidiana de la familia. La puesta en práctica de las actividades que forman parte de esta intervención se hace teniendo en cuenta las características individuales de cada participante, adaptando las explicaciones y metodología a cada persona y grupo.



La organización y agrupamiento para realizar las distintas actuaciones planteadas se realizan en varios niveles: individual, en parejas, en pequeños grupos y en gran grupo, para aprovechar las ventajas que ofrece cada tipo de agrupamiento y dar respuesta a los distintos estilos de aprendizaje individuales y grupales.

El programa *IMAGINA* consta de 20 sesiones, cómo hemos señalado anteriormente, cada sesión va a contemplar dos partes. La primera se corresponde con los contenidos relacionados con la IE en la que se realiza la revisión de las actividades para casa (excepto en la primera sesión), introducción del nuevo contenido, explicación de la actividad para casa hasta la próxima sesión. La segunda parte corresponde con la pauta educativa, en la que se plantea y explica una nueva o se realiza un seguimiento de la anterior.

Las sesiones de intervención presentan la siguiente estructura de manera concreta:

- Resumen de la sesión anterior (excepto en la primera sesión)
- Seguimiento de las actividades para casa (excepto en la primera sesión)
- Frase de introducción (sólo en las sesiones de adultos).
- Actividades de desarrollo de los contenidos.
- Dinámica grupal o juego.
- Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.
- Al finalizar cada módulo encontramos los conceptos clave del mismo (sólo en el manual de adultos) y algunas ideas para recordar.
- En la última sesión se realiza una actuación por grupos de familias (canciones, cuentos, poesías, juegos, etc.) y una convivencia de todos los que han participado en el programa.

Para desarrollar este programa son necesarios los siguientes recursos:

*Humanos*

- Profesional de la psicología.

*Materiales*

- Instrumentos de evaluación psicológica y recogida de datos: cuestionarios, test, inventarios y escalas.

- Manuales de programa *IMAGINA: Manual Práctico de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas para Padres y Madres* (Anexo 8) y el *Manual Práctico de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas para Niños y Niñas* (Anexo 10).
- Hojas de registro, de asistencia y de seguimiento (Anexos 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12 y 13).
- Instalaciones de los centros educativos.
- Cañón, portátil y altavoces.
- Material de oficina: folios, bolígrafos, lápices, rotuladores de colores y cinta adhesiva.
- Otros materiales: globos, tijeras y lana.

La evaluación pretest, postest y seguimiento de los efectos del programa *IMAGINA* sobre las variables del estudio se describen en el capítulo 6 en el apartado de procedimiento. A continuación, vamos a exponer la evaluación continua que se ha realizado a lo largo de las 20 sesiones que integran el programa.

- En los adultos:
  - Asistencia a las sesiones.
  - Participación activa en las actividades durante las sesiones.
  - Implicación en el grupo de trabajo asignado.
  - Participación activa en las actividades grupales.
  - Realización de actividades diarias en casa.
  - Puesta en práctica de la pauta educativa semanal, análisis de las dificultades encontradas en la puesta en marcha de la pauta y logros.
  - Observación y registro del comportamiento del hijo.
  - Aprendizaje de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales del programa.
  - Valoración general del programa.
- En los niños:
  - Asistencia a las sesiones.
  - Puntualidad.
  - Traer el material.

- Participación activa en las actividades durante las sesiones.
- Implicación en el grupo de trabajo asignado.
- Participación activa en las actividades grupales.
- Realización de actividades diarias en casa.
- Puesta en práctica de la pauta educativa semanal, análisis de las dificultades encontradas en la puesta en marcha de la pauta y logros.
- Aprendizaje de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales del programa.
- Valoración general del programa.

Las técnicas de evaluación continua del programa se basan en la observación directa y en el registro de actividades a través de la utilización de distintos materiales descritos en el capítulo 6 en el apartado de instrumentos de evaluación (Anexos 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12 y 13).

### **7.5. Programas de intervención**

El programa *IMAGINA* pretende dar respuesta a las necesidades expresadas por las familias en lo referente a la información, formación y desarrollo de determinadas habilidades, destrezas o comportamientos que los padres e hijos pueden incorporar en su entorno familiar para favorecer su calidad de vida y bienestar. Por otro lado, este programa se basa en las potencialidades porque éstas nos ayudan a conocer los recursos y fortalezas que poseen estas familias y que facilitarán la intervención. Además, este programa se fundamenta en la literatura previa y en los diversos estudios acerca de los distintos tratamientos y metodologías para el tratamiento del TDAH y en las actuaciones encaminadas al desarrollo y/o potenciación de las competencias emocionales en la familia.

*IMAGINA* está compuesto por dos intervenciones paralelas una con los padres y otra con los niños de manera que durante la aplicación del programa la familia vive en un contexto en el que tiene que trabajar de manera conjunta para conseguir los objetivos y su bienestar a través de la puesta en práctica de diversas actividades. Por lo tanto, todos los participantes conocen en qué están trabajando los demás miembros de la familia

apoyándose unos a otros, así el aprendizaje es más gradual, fácil y eficaz. Asimismo, las actividades para practicar en casa los contenidos y las pautas educativas son tareas sencillas que se incorporan en la vida cotidiana de los participantes y que no suponen grandes esfuerzos porque de lo que se trata es de incorporar conductas y hábitos positivos en la vida diaria que favorezcan el bienestar personal, social y familiar.

### **7.5.1. Programa de intervención para padres y madres**

Este programa está diseñado como una intervención en terapia grupal ya que las interacciones entre las personas que forman parte del grupo es la base central del trabajo, de esta manera se ofrece un contexto donde compartir las experiencias y preocupaciones. Este programa cómo se ha señalado anteriormente se centra en dos áreas importantes: el desarrollo y/o potenciación de la IE que supone la primera parte de cada sesión y de pautas educativas en el hogar que configuran la segunda parte de la sesión.

Se pretende que los padres desarrollen y/o potencien una serie de habilidades y comportamientos que favorezca su bienestar y un estilo educativo que ayude a sus hijos a crecer como personas autónomas, responsables y felices y, en definitiva, que aumente la calidad de vida de toda la familia.

A continuación se expone en qué consiste cada sesión para ello es necesario utilizar como guía el *Manual Práctico de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas para Padres y Madres* (Anexo 8), la primera sesión y la última sigue una metodología diferente.

#### **1ª Sesión. Bloque I: IMAGINA: Módulo I: Presentación de un Programa de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas en la Familia y Módulo II: Los Participantes del Programa. Pauta Educativa 1.**

En esta primera sesión, en el *Módulo I* se realiza una presentación en la que explica de forma concreta qué es el programa *IMAGINA*, qué objetivos y contenidos se van a desarrollar y qué metodología de trabajo se va a poner en marcha durante las sesiones que lo conformaban. A continuación, se indica a los participantes que señalen que es lo que más le había llamado la atención o le interesa del programa y se resuelven las dudas que puedan surgir.

Una vez hecha la presentación y resueltas las dudas, se da paso al *Módulo II* que se centra en realizar un primer contacto y conocimiento de los participantes del grupo, para ello, se realiza la actividad *Un Sueño*, en ésta cada persona escribe en un papel su nombre y describe un sueño o deseo que tiene en la actualidad, entonces por parejas cada persona presenta el nombre y el sueño de su compañero. A continuación, comenzamos con la actividad *Mi Grupo* cada persona responde una serie de preguntas relacionadas con lo que quieren conseguir con este programa, qué espera del grupo, una vez realizado esto se continúa con la actividad *Normas del Grupo*, cada persona describe qué norma es más importante en las relaciones que se van a establecer entre los miembros este grupo. Una vez realizado esto, se divide el gran grupo en pequeños grupos de trabajo para hacer una puesta en común de las preguntas planteadas acerca de lo que se espera del grupo y se obtiene un listado de normas del grupo en general que se establecerán para todas las sesiones y permitirá una mejor convivencia. Las siguientes actividades, *¿Qué Sabemos Sobre Nuestros Hijos/as?* y *¿Qué Queremos Saber Sobre Nuestros Hijos/as?* consisten en describir de manera individual qué sabe cada persona del TDAH de su hijo y qué quiere saber sobre éste. De nuevo se realizan trabajos en grupo y una puesta en común en el gran grupo, una vez que los padres exponen sus conocimientos y dudas sobre el tema se realiza una presentación en la que se hace un resumen y destacan las principales características del TDAH y se resuelven las dudas planteadas por los padres. La sesión continúa con una actividad, *Rompiendo Barreras* que consiste en inflar un globo pensando en las cosas que nos agobian, atarlo al tobillo y al son de la música intentar explotar el globo de los compañeros.

Por otra parte, se plantean las primeras *Actividades Para la Vida Diaria* que consiste en aprender los nombres de los compañeros para la siguiente sesión una vez anotados en el manual. Para terminar, se realiza una presentación de la *Pauta Educativa 1* en la que se explica cómo establecer normas sencillas y consiste en proponer una norma para su hijo y explicar cómo lo va a hacer cada padre. Para finalizar la sesión se lee en voz alta el apartado de *Conceptos Clave* que se encuentra al final del módulo que consiste en la definición de terapia grupal y de la sección de *Recordar*, que trata sobre la confianza,

confidencialidad y respeto y se explica que si se traen realizadas las *Actividades Para la Vida Diaria* y la *Pauta Educativa* se obtienen puntos, se hará un recuento de puntos diario.

**2ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas y Pautas Educativas. Módulo III: Conciencia, Expresión y Regulación Emocional. Seguimiento de la Pauta Educativa 1.**

- *Resumen de la sesión anterior.* Lo primero que se realiza es recordar la sesión anterior, ver dónde nos hemos quedado y en concreto, repasar el concepto de terapia grupal y el apartado recordar que está relacionado con el trabajo en grupo.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades Para la Vida Diaria*, de esta forma se comprueba que cada persona haya aprendido los nombres de los compañeros.
- *Frase de introducción.* Una vez realizado esto se presenta una frase relacionada con el tema para enfocar el siguiente módulo que se centra en la percepción de las emociones propias.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La primera actividad, *Las Emociones* consiste en conocer las definiciones de emoción y sentimiento distinguiendo entre emociones básicas y secundarias, primero cada persona de forma individual realiza la actividad descrita en el manual, a continuación, se hacen pequeños grupos y una puesta en común en el gran grupo. Una vez realizado esto se expone una presentación en la que se definen las emociones básicas y secundarias acompañadas con imágenes. A continuación, se realiza la actividad *Mis Emociones*, en la que cada persona de manera individual reflexiona acerca de las emociones que han tenido ese día, sentimientos, la importancia de ser consciente de lo que siente y por qué, si suele expresar sus sentimientos y cómo lo hace. A continuación se trabajan en pequeños grupos y se hace una puesta en común en el gran grupo.
- *Dinámica grupal o juego.* Para finalizar con los contenidos de esta sesión se realiza una actividad, *¡Exprésate!* en la que todos los participantes se colocan formando un círculo, entonces se les coloca en la espalda una etiqueta en la que dice “Sonríeme”, “Abrázame”, “Halágame”, “Anímame”, etc. cada persona mirará en la espalda de los demás y realizará lo que indica la etiqueta, así con cada miembro del grupo. Una vez que todos los miembros

han interactuado con sus compañeros, se sientan y cada uno explica cómo se ha sentido cuándo los demás le han abrazado, sonreído, halagado, animado, etc. y si les ha resultado difícil realizar esta actividad.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en escribir lo que cada persona vaya sintiendo y por qué se siente así en el manual hasta la siguiente sesión. Por último, se hace un seguimiento de la *Pauta Educativa 1*, qué dificultades ha encontrado cada persona a la hora de establecer la norma, que ha hecho para superar las dificultades y cuáles son sus principales logros.

**3ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo III: Conciencia, Expresión y Regulación Emocional. Pauta Educativa 2.**

□ *Resumen de la sesión anterior.* En esta tercera sesión, nuevamente se hace un resumen de lo que se ha trabajado en la sesión anterior, centrándonos en la definición de emoción y sentimiento y en cuáles son las emociones básicas, asimismo, se resuelven dudas.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades Para la Vida Diaria*, en este caso, registrar la identificación de emociones propias y causas.

□ *Frase de introducción.* Se introducen los nuevos contenidos a partir de una frase.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Me Siento* se muestra al gran grupo una serie de fotos que expresan distintas emociones, cada persona de forma individual va a recordar una situación personal en la que se sienten así. A continuación, se responde a una serie de preguntas. Una vez hecho esto, se hacen pequeños grupos en los que se comenta lo que ha respondido cada persona. Por último, se hace una reflexión en el gran grupo para saber cómo han realizado la tarea y extraer conclusiones generales.

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Me Dejo Llevar...* se hacen grupos de 5 personas, a continuación se establece un orden del 1º al 5º para recibir un masaje por parte de los demás. Cada persona elige una parte del cuerpo que será el lugar dónde va a realizar el masaje durante 5 minutos. Antes de empezar se le da a los participantes una sola indicación: “Hay que dar el masaje de forma cariñosa”. Una vez que todos los participantes

han recibido su masaje, se pregunta al gran grupo: cómo me he sentido cuando me han dado el masaje y cómo me he sentido al dar el masaje.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en preguntar a las personas cercanas cómo se sienten y por qué se sienten así y anotarlo en el manual. Por último, se explica la *Pauta Educativa 2*, que consiste en exponer la técnica de autoinstrucciones, los padres durante una semana deberán apoyar a sus hijos en la realización de esta técnica y colocar las instrucciones de ésta en el lugar de trabajo de las tareas escolares de los niños.

**4ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo III: Conciencia, Expresión y Regulación Emocional. Seguimiento de la Pauta Educativa 2.**

□ *Resumen de la sesión anterior.* En esta cuarta sesión, se pregunta a los participantes qué hemos hecho en la sesión 3 y se resuelven dudas.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, se trata de identificar las emociones ajenas.

□ *Frase de introducción.* Se comienzan a exponer los nuevos contenidos a partir de una frase.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Mis Experiencias* consiste en que cada persona de manera individual reflexiona durante unos minutos acerca de las cosas que le hacen sentir mal y las anota en el manual, después realiza lo mismo con las cosas que le hacen sentir bien. A continuación, se comienza un trabajo en pequeño grupo que consiste en exponer dentro del grupo las experiencias positivas y negativas. Con las aportaciones de cada grupo se hará una puesta en común en el gran grupo. Después, se realiza la actividad *¿Qué Está Pasando?*, para ello se colocan los participantes en pequeños grupos, se visualiza durante unos minutos varios fragmentos de una película que presenta una situación cotidiana. A continuación, se responde a una serie de cuestiones del manual, se trabaja en los grupos y se hace una puesta en común en el gran grupo.

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Escena Primera* se hacen pequeños grupos, dentro de éstos se elige un escultor al que se le da un tema (una cena familiar, alumnado en una clase, gente en un concierto con un grupo de música, un entierro, etc.), éste tiene que



representarlo utilizando a los compañeros del grupo, de manera que coloca a los compañeros y le pone gestos y posturas, incluso puede utilizar los objetos cercanos para representar el tema lo más real posible. A continuación, cada grupo representa su escena y el resto de grupos tienen que averiguar de qué se trata, cada grupo puede hacer dos preguntas a las que las esculturas pueden responder únicamente sí o no. Una vez realizadas las preguntas cada grupo anotará lo que cree que representa la escena, el grupo que acierte representará su escena y así sucesivamente hasta terminar con todos los grupos.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en expresar los sentimientos a las demás personas y anotarlo en el manual. Por último, se realiza un seguimiento de la *Pauta Educativa 2*, en la que se pregunta por las dificultades que se ha encontrado para que su hijo realice la técnica de autoinstrucciones, qué ha realizado para superarlo y qué ha conseguido.

**5ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo III: Conciencia, Expresión y Regulación Emocional. Pauta Educativa 3.**

□ *Resumen de la sesión anterior.* Se hace una reflexión sobre los aspectos clave de la sesión anterior.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, que consiste en la expresión de emociones a los demás.

□ *Frase de introducción.* Comenzamos los nuevos contenidos con una frase.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *¡Pasó...!* consiste en un trabajo individual en el que cada persona describe una situación de la vida cotidiana en la que expresó sus sentimientos a alguien respondiendo a una serie de cuestiones. A continuación, se realizará un trabajo en pequeño grupo que consistirá en exponer dentro del grupo las cuestiones planteadas en el manual. Con las aportaciones de cada grupo se hará una puesta en común en el gran grupo.

□ *Dinámica grupal o juego.* La actividad *Relajación* consiste en que mientras se reproduce música relajante se explica por qué es importante la respiración abdominal y sus beneficios. A continuación se indica a cada persona que se siente con la espalda recta en su sitio y se coloque una mano en el pecho y otra en el abdomen. Se le da la siguiente instrucción:

Imagina que tu barriga es un globo que tiene que inflar, así que inspire cogiendo el aire lentamente por la nariz mientras cuenta del 1 al 4, y observa cómo se llena el globo, después conteniendo el aire cuente 1 y 2 y expulse el aire lentamente por la boca mientras cuenta del 1 al 4 observando cómo el globo se desinfla. Repite durante 5 veces. Una vez terminado, se realiza la actividad *Palabra final* que consiste en que cada persona indica en una sola frase, palabra o idea lo que le ha parecido la sesión.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en practicar la respiración abdominal. Por último, se presenta la *Pauta Educativa 3*, en la que se plantean una serie de principios que son importantes seguir en la educación de los hijos, cada padre elige de manera individual un principio que quiere llevar a cabo con su hijo describiendo qué es lo que va a hacer y cómo lo va a hacer.

**6ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo III: Conciencia, Expresión y Regulación Emocional. Seguimiento de la Pauta Educativa 3.**

□ *Resumen de la sesión anterior.* En esta última sesión del *Módulo III* se hace un resumen de todos los aspectos tratados en la sesión 5.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, practicar la respiración abdominal.

□ *Frase de introducción.* De nuevo se introducen los contenidos con una frase célebre.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La primera actividad *El Día a Día* consiste en que cada persona describe distintos aspectos de una situación difícil de su vida cotidiana: situación, pensamientos, emociones/sentimientos y conductas. A continuación se hacen pequeños grupos y comparten lo que cada persona ha planteado como situación difícil y se trabaja la transformación de los pensamientos negativos en positivos a través de una serie de cuestiones del manual en la actividad *¡Stop!*, en el gran grupo se exponen y se hace una puesta en común sobre las respuestas de cada grupo.

□ *Dinámica grupal o juego.* Se pide un voluntario para leer un cuento (Anexo 14) en el gran grupo acerca de la importancia que tienen los pensamientos sobre nuestra vida, a continuación, se hacen pequeños grupos y se analiza el cuento respondiendo a una serie de

preguntas de la actividad *¡Cuéntame!* del manual. Se hace una puesta en común sobre la reflexión de cada grupo.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en practicar el cambio de pensamiento y anotarlo en el manual. Por último, se realiza el seguimiento de la *Pauta Educativa 3* centrándonos en la dificultades encontradas, cómo se han superado y qué se ha conseguido.

□ *Conceptos Clave.* Al finalizar el módulo encontramos los conceptos clave del mismo que son la definición de IE, emoción, sentimiento, conciencia, expresión y regulación emocional.

□ *Recordar.* Por último, encontramos una serie de ideas que son importantes tener en cuenta relacionadas con las emociones y sentimientos.

*7ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo IV: Autoestima. Pauta Educativa 4.*

□ *Resumen de la sesión anterior.* En este momento se hace un resumen del módulo anterior y se resuelven las dudas que puedan quedar sobre éste.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, practicar el cambio de pensamiento.

□ *Frase de introducción.* Este nuevo módulo se introduce con una frase relacionada con la autoestima.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Carta de Presentación* consiste en que cada persona escribe una carta dirigida a una persona imaginaria en la cuál va a describirse, se le indica que esa persona tiene que saber cómo es, para ello, hay que completar una serie de frases que se encuentran en el manual, una vez elaborada la carta, se dobla y se deposita en una caja, al azar cada persona recoge una carta y la lee al gran grupo.

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *¡Abrázame!* al gran grupo se le dan las siguientes instrucciones: Tenéis que bailar mientras está la música, cuando se pare la música rápidamente tenéis que abrazaros a una persona, a dos, a tres o al número que se indique, la persona que esté libre se va eliminando, cada vez hay que abrazarse con una persona distinta.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en anotar las cosas positivas que le han pasado a una persona a lo largo de un día. Por último, se realiza una presentación que indica algunos de los aspectos más importantes en la autoestima de los niños. A continuación, se explica la *Pauta Educativa 4* que anima a los padres a elegir uno de los enunciados expuestos y comenzar a realizarlo en la relación con su hijo.

**8ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo IV: Autoestima. Seguimiento de la Pauta Educativa 4.**

- *Resumen de la sesión anterior.* Un voluntario realiza un resumen de los contenidos tratados en la sesión 7.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, la persona que haya realizado un listado con las cosas positivas que le han sucedido durante un día obtendrá un punto.
- *Frase de introducción.* Esta sesión comienza con una frase relacionada con los contenidos que se trabajarán a continuación.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Autoestima* de manera individual se le indica a cada participante que piense en una persona a la que quieren, a continuación tienen que describir los siguientes aspectos de ésta: qué cualidades tiene, que he aprendido de ella y por qué la quieres. Se le dice a continuación que tienen que pensar en sí mismos y describir qué cualidades tienes y por qué te quieres. Una vez realizado esto, se hacen pequeños grupos que reflexionan acerca de lo que le ha resultado más difícil de la actividad y en el gran grupo exponen sus cualidades y razones para quererse.
- *Dinámica grupal o juego.* Se pide un voluntario para leer un cuento (Anexo 15) en el gran grupo sobre la autovaloración personal, a continuación se hacen pequeños grupos y se analiza el cuento respondiendo una serie de preguntas de la actividad del manual *¡Cuéntame!*. Para terminar se expone la reflexión en el gran grupo.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en expresar sentimientos positivos a las personas cercanas y anotarlos en el manual. Por

último, se realiza un seguimiento de la *Pauta Educativa 4*, centrándonos en las dificultades que están encontrando los padres, que se ha hecho para superarlo y que han conseguido mejorar de la autoestima de su hijo.

*9ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo IV: Autoestima. Pauta Educativa 5.*

- *Resumen de la sesión anterior.* Se realiza un resumen de la sesión 8, destacando los aspectos más importantes a través de un voluntario.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, expresar sus sentimientos positivos a las personas más cercanas.
- *Frase de introducción.* Se inician los nuevos contenidos con una frase.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Me Siento Bien* consiste en que cada persona describe una situación reciente en la que se sintió feliz, importante, orgullosa, tranquila y recuerda qué pensamientos tuvieron y cómo actuaron. A continuación, se hacen pequeños grupos para reflexionar sobre algunas cuestiones, para finalizar se hace una puesta en común en el gran grupo. Después en pequeños grupos se leen una serie de frases (Anexo 16) relacionadas con la autoestima en la actividad del manual *Mejorando la Autoestima*. A continuación, cada grupo selecciona aquellas frases que les resulten más importantes para aplicar a su vida, explicando por qué y de manera lo van a llevar a cabo. Para finalizar se hace una puesta en común en el gran grupo.
- *Dinámica grupal o juego.* Se les pide a los participantes que se sitúen en círculo y se les da un trozo de papel en el que tienen que escribir su nombre y primer apellido y doblarlo por la mitad, a continuación se depositan en una caja y se mezclan. Cada participante recoge un papel de la caja y la abre para ver el nombre que le ha tocado entonces debe escribir debajo lo siguiente: una cualidad positiva que tiene esa persona y algo que ha aprendido de ella desde que la ha conocido en el grupo. Para terminar, cada persona deposita el papel de nuevo en la caja, a continuación se reparten los papeles a cada persona que leerá en el gran grupo lo que los compañeros le han puesto e indicar si está de acuerdo o no.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en preguntar a dos personas qué cosas le gustan de ti y anotarlas en el manual. Por último, se hace una presentación en la que se explican las técnicas de modificación de conducta (reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y principio de Premack) para aumentar la conducta de los hijos. De las técnicas expuestas se pide a cada padre que elija una y la practique en la vida diaria con su hijo.

*10ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo IV: Autoestima. Seguimiento de la Pauta Educativa 5.*

- *Resumen de la sesión anterior.* Un voluntario expone los puntos más importantes de la sesión 9.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, anotando las cosas positivas que han dicho de ella.
- *Frase de introducción.* Comenzaremos con una frase motivadora para introducir los nuevos contenidos.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Mis Pensamientos* cada persona recuerda un pensamiento negativo que tenga normalmente, a continuación responderá a una serie de cuestiones relacionadas con este pensamiento. A continuación, se hacen pequeños grupos para reflexionar sobre las respuestas que cada persona ha dado y sacar conclusiones.
- *Dinámica grupal o juego.* Se reproduce una canción en el gran grupo cuya temática es la autoestima, a continuación se analiza a través de una serie de cuestiones en pequeños grupos y después se hace una puesta en común en el gran grupo.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* A continuación, se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* en la que cada persona tiene que anotar las cosas que hace para sentirse bien. Por último, se hace un seguimiento de la *Pauta Educativa 5*, cada padre señala las dificultades encontradas, cómo ha superado esas dificultades y lo que ha logrado.

*11ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo IV: Autoestima. Pauta Educativa 6.*

- *Resumen de la sesión anterior.* Un voluntario expone los puntos más importantes de la sesión 10.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, realizar cosas para sentirse bien.
- *Frase de introducción.* Se expone una frase para introducir los nuevos conceptos.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Metas* cada persona va a reflexionar sobre una meta clara y concreta que quiera lograr en este momento de su vida, a continuación seguirá una serie de pasos. Una vez planteada la meta se hacen pequeños grupos que discutirán si las tareas y su organización son realistas y graduales. En las siguientes sesiones con el grupo se hará un seguimiento de la puesta en marcha de las tareas y la consecución de la meta. A continuación la actividad *Reflexionando* consiste en que cada persona pone un ejemplo de su vida cotidiana en la que ha tenido en cuenta una serie de enunciados: convertir lo negativo en positivo, no generalizar, entrarse en lo positivo, fijarte en tus logros, no compararte, confiar en ti, aceptarte y cambiar lo que no te gusta. A continuación se hacen pequeños grupos para comentar lo que cada persona ha escrito. Para finalizar se hace una puesta en común en el gran grupo acerca de lo trabajado en cada grupo. Una vez realizado esto se les aplica un cuestionario de autoevaluación acerca de los contenidos tratados en las sesiones de la 1 a la 11 (Anexo 7).
- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *¿Qué siento?* Se pedirá a los participantes que se acomoden en su silla con los ojos cerrados y se les indica lo siguiente: Vamos a realizar respiraciones cogiendo todo el aire por la nariz contando hasta 4, manteniendo contando 2 y expulsando el aire lentamente contando 4 (durante 2-3 minutos). A continuación se le indica: Contraemos los pies, los relajamos, contraemos las piernas, las relajamos, contraemos los glúteos, los relajamos, contraemos el abdomen, lo relajamos, contraemos el pecho, lo relajamos, contraemos los brazos, los relajamos, contraemos las manos, las relajamos, contraemos la boca, la relajamos, contraemos los ojos, los relajamos y contraemos la frente, la relajamos. Seguimos respirando lentamente contando hasta 4 mientras inspiramos, contando 2 manteniendo la respiración y contando 4 mientras expiramos (1 minuto). Visualiza una habitación muy agradable con buena iluminación,

tranquila, siente lo bien que se está en esa habitación, en ésta sólo hay un sofá muy cómodo y una puerta, ésta se abre ves a una persona conocida a la quieres mucho, ésta se sienta en el sofá, ves su rostro, cuerpo, su posición. Mírala bien de arriba hacia abajo (pausa de unos segundos) ¿qué siento ante esta persona? (pausa de unos segundos), ahora despídete de ella, se levanta y va saliendo de la habitación (pausa de unos segundos). El sofá vuelve a estar vacío (pausa) ves a otra persona conocida que ocupa la silla, esa persona que ves eres tú, ves tu rostro, tu cuerpo, tu postura. Mírate bien de arriba hacia abajo (pausa de unos segundos) ¿qué siento? Ahora despídete de ti mismo, observa como sales lentamente de la habitación. Ahora el sofá va desapareciendo lentamente. Seguimos respirando lentamente contando hasta 4 mientras inspiramos, contando 2 manteniendo la respiración y contando 4 mientras expiramos. Ahora puedes abrir lentamente los ojos y poco a poco. Se colocan en pequeños grupos y se analiza que han sentido ante una persona querida y hacia sí mismas y se hace una puesta en común en el gran grupo.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La *Actividad Para la Vida Diaria* trata acerca comenzar a realizar las tareas propuestas para conseguir la meta señalada en la actividad anterior de la sesión. Por otro lado se hace una presentación acerca de las técnicas de modificación de conducta para disminuir la conducta (extinción, castigo positivo y castigo negativo), los padres van a proponer el uso de alguna de estas conductas con su hijo y la forma en la que lo van a hacer.

□ *Conceptos Clave.* Se pide un voluntario que leerá en voz alta ante el gran grupo una serie de definiciones relacionadas con los contenidos trabajados durante este módulo: autoconcepto, autoestima autoeficacia y automotivación.

□ *Recordar.* Para finalizar, se exponen los aspectos que son importantes recordar del módulo.

**12ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo V: Habilidades Sociales. Seguimiento de la Pauta Educativa 6.**

□ *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un resumen de los aspectos trabajados en el módulo anterior.



- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, realizar las actividades para conseguir su meta.
- *Frase de introducción.* Se comienza el nuevo módulo con una frase para reflexionar.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Las Habilidades Sociales I*, se les dice a los participantes que piensen en algo que les ha sucedido en la última semana, se hacen parejas que van a conversar sobre los que les pasó durante 6 minutos, primero de espaldas durante 3 minutos y después de frente durante 3 minutos. A continuación, se hacen pequeños grupos que analizan qué habilidades han observado en su compañero, cuáles han practicado ellos, cómo se han sentido cuándo han hablado de espaldas y de frente, y se pregunta qué habilidades sociales conocen. Se hace una puesta en común en el gran grupo de las conclusiones de cada grupo y se hace una presentación sobre algunas habilidades sociales.
- *Dinámica grupal o juego.* Una vez hecho esto los grupos que están formados comienzan con la actividad *Las Habilidades Sociales II* seleccionan 4 habilidades sociales de todas las explicadas en la actividad anterior y se les pide que elaboren una situación y diálogo en el que utilicen las habilidades sociales seleccionadas. A continuación, van a realizar una representación en el que exponen su diálogo y los compañeros tienen que averiguar qué habilidades están utilizando.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La *Actividad Para la Vida Diaria* que se plantea consiste en elegir dos habilidades sociales que no solamos practicar y comenzar a aplicarla. Por último se hace un seguimiento de la *Pauta Educativa 6*, a través de la exposición de las dificultades que los padres han encontrado así como las soluciones planteadas y los objetivos conseguidos.

**13ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo V: Habilidades Sociales. Pauta Educativa 7.**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un resumen de la sesión anterior en la que se han introducido las habilidades sociales.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, practicar las habilidades sociales seleccionadas.

- *Frase de introducción.* Esta sesión se expone una frase relacionada con la importancia de la comunicación en nuestra relación con los demás.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Asertividad* consiste en que cada participante de manera individual describe una situación en la que haya tenido un conflicto con otra persona, a continuación se hacen pequeños grupos, a cada uno de éstos se les pide que seleccionen una de las situaciones descritas por los compañeros. Una vez realizado esto, se les indica que tienen que leer la información dentro de ese módulo relacionada con los tipos de comunicación y sus características, se les pide al grupo que elaboren un breve diálogo en el que sean una vez pasivos, otra vez agresivos y otra vez asertivos con la situación descrita.
- *Dinámica grupal o juego.* A continuación se realiza la actividad *Mi Estilo* en la que cada grupo realiza una representación de la situación descrita en la actividad anterior con los tres tipos de comunicación, los demás compañeros tienen que observar las características que presenta cada tipo de comunicación están utilizando. Para terminar, cada persona completa una serie de preguntas relacionadas con el tipo de comunicación que cada persona utiliza en su vida diaria, qué tipo de comunicación es mejor y por qué. Se hace una puesta en común en el gran grupo.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* En esta sesión se expone la *Actividad Para la Vida Diaria* en la que cada persona elige dos características de la persona asertiva, se les pide que cuando se les presente una situación en la que esté hablando con alguien utilicen algunas de las características seleccionadas. Por último, se hace explicar las técnicas de modificación de conducta (la estrategia paradójica y la sobrecorrección) que configura la *Pauta Educativa 7*. Cada padre piensa en una situación en la que estas técnicas le pueden funcionar y describe qué es lo que va a hacer con su hijo.

**14ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo V: Habilidades Sociales. Seguimiento de la Pauta Educativa 7.**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se realiza un resumen de los contenidos expuestos en la sesión 13.

- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, practicar el estilo de comunicación asertivo.
- *Frase de introducción.* Se expone una frase relacionada con la escucha activa.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Te Escucho* se piden dos voluntarios que representarán un diálogo libre durante 5 minutos, una vez terminado cada voluntario indica qué características ha observado o habilidades en su compañero, el gran grupo también expone lo que ha observado. A continuación se hace una presentación que explica las principales características de la escucha activa y se resuelven las dudas, después cada persona contesta de manera individual a una serie de preguntas relacionadas con la forma de escuchar que tiene cada persona. Una vez completadas las cuestiones, se colocan en pequeños grupos que comentan lo que ha realizado cada persona, a continuación se hace una puesta en común en el gran grupo sobre las cuestiones planteadas y las características de la escucha activa. Para terminar una pareja de voluntarios de cada grupo expondrá la técnica de escucha activa, el resto de compañeros deberán valorar qué aspectos han utilizado de ésta.
- *Dinámica grupal o juego.* La actividad *Copia Fiel* consiste en que se colocan todos los participantes en un círculo y se les da un folio y un rotulador a cada uno, entonces se le dice a una persona que dibuje algo concreto en la espalda de su compañero sin que el resto del grupo sepa de qué se trata, cuándo termina éste la persona a la que le han dibujado en la espalda tiene que dibujar lo mismo al siguiente compañero y así sucesivamente hasta llegar de nuevo a la persona que inició el dibujo. A continuación, se comparan los dibujos iniciales y finales y se reflexiona en el gran grupo sobre la importancia de escuchar.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* En esta sesión se expone la *Actividad Para la Vida Diaria* en la que cada persona va a seleccionar a una persona a la que ve a diario para practicar la escucha activa y una vez realizado va a reflexionar sobre cómo lo ha hecho y cómo se ha sentido la persona. Para terminar, se hace un seguimiento de la *Pauta Educativa 7*, exponiendo cada persona las dificultades, soluciones a los problemas planteados y lo que ha conseguido.

*15ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo V: Habilidades Sociales. Pauta Educativa 8.*

- *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un breve resumen de los contenidos tratados en el módulo hasta la sesión presente.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para la Vida Diaria*, practicar la escucha activa.
- *Frase de introducción.* Se expone una frase acerca de la empatía.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Empatizando* consiste en realizar pequeños grupos y se les dicen que elaboren una definición de empatía, a continuación se hace una presentación en la que se explican las principales características de la técnica de empatía. Una vez realizado esto, de manera individual se responde a una serie de preguntas relacionadas con la práctica en la vida diaria de esta técnica y por qué es importante. A continuación, se hace una puesta en común en pequeños grupos y después las respuestas generales de cada grupo en el gran grupo.
- *Dinámica grupal o juego.* La actividad *Camina sobre mis zapatos* consiste en dar una tarjeta con una situación de la vida cotidiana por parejas que tienen que representarla utilizando la técnica de empatía. El resto del grupo observará y valorará el uso de la técnica de empatía.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La *Actividad Para la Vida Diaria* se centra en este momento en seleccionar a una persona cercana y practicar con ella la empatía así como explicar cómo se ha hecho. Por otro lado, se hace una exposición sobre cómo mejorar las habilidades sociales de los hijos que consiste en la *Pauta Educativa 8*, cada padre selecciona una manera de fomentar las habilidades sociales en su hijo y explica cómo lo va a hacer.
- *Conceptos clave.* Se pide un voluntario que lee en voz alta los conceptos que se han tratado durante las sesiones de este módulo: las habilidades sociales, los estilos de comunicación, la escucha activa y la empatía.
- *Recordar.* Por último se lee el apartado *Recordar* en el que se destacan los aspectos más importantes de este módulo en relación a las habilidades sociales.

**16ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo VI: Bienestar Emocional. Seguimiento de la Pauta Educativa 8.**

- *Resumen de la sesión anterior.* En primer lugar se resume el *módulo V*.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades Para la Vida Diaria*, practicar la empatía.
- *Frase de introducción.* Se comienza el nuevo módulo con una frase explicativa y que resume los contenidos que se van a tratar durante las siguientes sesiones.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Resolviendo Conflictos* consiste en que cada persona describe una situación problemática y/o conflicto que ha tenido en el último mes, a continuación, responde a una serie de preguntas. A continuación, se colocan en pequeños grupos y exponen la situación y/o conflicto, cada persona del grupo va a ofrecer soluciones alternativas a sus compañeros. Una vez realizado esto, se expone al gran grupo los pasos que se pueden realizar para solucionar un problema y/o tomar una decisión. Cada persona analiza qué pasos ha tenido en cuenta y cuáles no para resolver sus problemas y/o conflictos y completa los que les falten. Para terminar, se hace una puesta en común en el gran grupo sobre lo que resulta más difícil a la hora de resolver conflictos y/o tomar una decisión.
- *Dinámica grupal o juego.* Se pide un voluntario para leer en el gran grupo un cuento (Anexo 17) relacionado con el afrontamiento de los problemas. A continuación, se hacen pequeños grupos que van a reflexionar sobre el cuento y se hace una puesta en común en el gran grupo de las respuestas de cada grupo.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* En esta sesión se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* en la que cada persona va a poner en práctica las alternativas que ha planteado para resolver los problemas que tiene en su vida actualmente. Por último, se hace un seguimiento de la *Pauta Educativa 8*, cada padre expone las dificultades que ha encontrado durante la práctica de la pauta, qué ha hecho para superar los problemas planteados y qué ha conseguido.

**17ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo VI: Bienestar Emocional. Pauta Educativa 9.**

- *Resumen de la sesión anterior.* En primer lugar, se realiza un resumen de la sesión 16.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades Para la Vida Diaria*, practicar la técnica de resolución de conflictos.
- *Frase de introducción.* Se expone una frase motivadora sobre el contenido de la sesión.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *¡Organización!* cada persona elabora un listado con las actividades que realiza en su vida diaria a lo largo de una semana, a continuación elabora un listado con cosas que le gustaría hacer en su día a día y actualmente no realizan señalando por qué no pueden realizarla y proponiendo una solución en el manual. Una vez realizado el listado cada persona va a elaborar un calendario semanal en el que incluya todas las actividades del listado. Para terminar, se hacen pequeños grupos para intercambiar opiniones sobre el calendario establecido por cada persona. Se va haciendo un seguimiento sobre el cumplimiento del calendario elaborado en las siguientes sesiones.
- *Dinámica grupal o juego.* La actividad *¡Vamos a jugar!* consiste en hacer tres grupos y se elige a una persona para dibujar una casa en un folio, a continuación se le da una indicación a cada grupo sin que el que dibuja lo sepa, así un grupo tiene que animar a la persona que está dibujando, en otro grupo hay que desanimarle y al tercer grupo se le dice que no digan nada. Una vez terminado el tiempo, se muestran los tres dibujos y se explica cuál era el mensaje que tenían que mandar a su compañero. A continuación se hace una reflexión y una puesta en común sobre lo que ha ocurrido en los dibujos y cómo se han sentido los dibujantes. Una vez realizado esto se colocan en parejas y se indica que una persona de la pareja tiene que hacer reír a la otra mientras ésta tiene que intentar no reírse durante un minuto, a continuación se cambian los papeles.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* En esta sesión se explica la *Actividad Para la Vida Diaria*, cada persona va a poner en práctica el calendario que ha elaborado durante una semana. Por último, se expone la *Pauta Educativa 9* que consiste en la presentación de algunas estrategias para mejorar la atención de los niños. Cada padre indica qué es lo que va a hacer en concreto con su hijo y cómo.

**18ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo VI: Bienestar Emocional. Seguimiento de la Pauta Educativa 9.**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se realiza un repaso de los aspectos más importantes de la sesión 17.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades Para la Vida Diaria*, realizar las actividades planteadas en el calendario semanal.
- *Frase de introducción.* Para iniciar la sesión se expone una frase motivadora.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Me Siento Mejor Cuando...* consiste en que cada persona describe lo que hace (o lo que haría) para sentirse mejor cuándo está enfadada, triste, cansada o agobiada. A continuación, se colocan en pequeños grupos para comentar lo que hace cada persona en cada caso.
- *Dinámica grupal o juego.* La actividad *Felicidad* consiste en presentar unas frases relacionadas con la felicidad al gran grupo acompañada con música relajante, a continuación, cada persona escribe la frase que más le ha llamado la atención y explica por qué. Para terminar, cada persona expone su elección al gran grupo.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* En esta sesión se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que trata sobre las alternativas que han puesto los compañeros a la hora de sentirse mejor en distintos momentos (triste, enfadado, cansado y agobiado). Por último, se hace el seguimiento de la Pauta Educativa 9, cada padre va a exponer las dificultades, cambios y logros conseguidos.

**19ª Sesión. Bloque II: Inteligencia Emocional y Pautas Educativas. Módulo VI: Bienestar Emocional. Pauta Educativa 10.**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un resumen de los contenidos trabajados en la sesión 18.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades Para la Vida Diaria*, practicar las alternativas que han puesto los compañeros a la hora de sentirse mejor en distintos momentos (triste, enfadado, cansado y agobiado).
- *Frase de introducción.* Se exponen varias frases sobre el contenido de la sesión.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* Se lee en el gran grupo un cuento (Anexo 18) relacionado con la comunicación de la actividad del manual *¡Cuéntame!* A continuación, se hacen pequeños grupos que van a reflexionar sobre algunas cuestiones relacionadas con el contenido del cuento. Después se hace una puesta en común en el gran grupo de las respuestas de cada grupo. A continuación en la actividad *¿Qué escuchas?* cada persona se coloca sentada con los ojos cerrados y realiza varias respiraciones profundas, a continuación, tiene que concentrarse en lo que oye en la habitación, a medida que se presentan los sonidos se les dice que vayan anotando en una hoja lo que van sintiendo. Una vez realizado esto, responden a una serie de preguntas del manual. La sesión continúa con la lectura de un cuento (Anexo 19) relacionado con la autoestima la actividad *¡Cuéntame!*, se hacen pequeños grupos que van a reflexionar sobre una serie de cuestiones relacionadas con el cuento. A continuación se realiza la actividad *Me gusta de ti*, que consiste en colocar un papel en la espalda de cada participante, a continuación cada persona tiene que poner algo positivo de esa persona, de manera que todos las personas tendrán que escribir a todos sus compañeros, una vez hecho esto, cada persona lee en voz alta lo que le han escrito sus compañeros y dice si está de acuerdo o no y que es lo que más le ha llamado la atención. Para terminar, se hace una puesta en común en el gran grupo. Una vez realizado esto se les aplica un cuestionario de autoevaluación acerca de los contenidos tratados en las sesiones 12 a 19 (Anexo 7).

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Tambores* se divide el grupo en dos y se les dice que un grupo haga un círculo y el otro rodee con otro círculo al grupo primero, de manera que cada persona tenga una detrás, a continuación se pone música relajante y se le indica al grupo de dentro que cierre los ojos y al de fuera se le dan las siguientes instrucciones: cuando diga tierra se hará el masaje con los nudillos, cuando diga fuego se darán pellizcos suaves, cuando diga agua vamos a pasar las manos desde la cabeza hasta los pies. Una vez hecho esto se da la vuelta, ahora el grupo del círculo interior va a dar un masaje a su compañero siguiendo las instrucciones anteriores.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* En esta sesión se explica la *Actividad Para la Vida Diaria* que consiste en describir dos cosas que a cada persona le hace sentir bien y hacerlo durante dos días (pasear, tomar un baño, salir con los amigos, etc.). Por último, se expone la *Pauta*



*Educativa 10*, que es un resumen de los aspectos más importantes que hay que tener en cuenta en el hogar y fuera de ésta con los niños con TDAH, cada padre va a exponer que va a hacer y cómo.

- *Conceptos clave*. Se pide un voluntario para leer los conceptos de bienestar emocional, resolución de conflictos y toma de decisiones y organización de la vida diaria.
- *Recordar*. Para terminar se presentan una serie de frases que destacan las ideas más relevantes del módulo.

**20ª Sesión. Bloque III: Finalización del Programa. Módulo VII: Actuaciones Familiares y Módulo VIII: Evaluación Global del Programa.**

Esta sesión es diferente a las demás y consta de dos actividades principales. Por un lado, por grupos de familias se preparan una actuación libre o relacionada con los que hemos estado haciendo durante las sesiones anteriores, puede ser una canción, un cuento, un poema, un baile, un juego,...en esta sesión se realizan todas las actuaciones, asimismo, una vez terminadas se realiza una convivencia entre todos los participantes del programa, es la única sesión en la que todos están juntos padres e hijos. Por otra parte, cada participante completará la evaluación global del programa (se encuentra en la última página del Manual Práctico de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas y Pautas Educativas para Padres y Madres, Anexo 8).

**7.5.2. Programa de intervención para niños y niñas**

Este programa al igual que el de los padres está diseñado como una intervención en terapia grupal ya que las interacciones entre los niños que forman parte del grupo es la base central del trabajo, de esta manera se ofrece un contexto de socialización, participación y convivencia entre los niños. Este programa cómo se ha señalado anteriormente se centra en dos áreas importantes: el desarrollo y/o potenciación de la IE que supone la primera parte de cada sesión y la introducción o refuerzo de una serie de conductas en el hogar que configuran la segunda parte de la sesión. Se pretende que los niños desarrollen y/o potencien una serie de habilidades y comportamientos que favorezca su bienestar y adaptación que favorezca la calidad de vida de estos niños y sus familias. A continuación se expone en qué consiste cada sesión para ello es necesario utilizar como guía el *Manual*

*Práctico de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas para Niños y Niñas* (Anexo 10), la primera sesión y la última sigue una metodología diferente:

*1ª Sesión. Bloque I: ¿Qué es? y Bloque II: Mis compañeros y compañeras. Aprendemos Pauta 1.*

En esta primera sesión, en el *Bloque I* se realiza una presentación en la que explica de forma breve qué es el programa *IMAGINA*. A continuación se indica a los participantes que señalen que es lo que más le había llamado la atención o le interesa y se resuelven las dudas que puedan surgir. Una vez hecha la presentación y resueltas las dudas, se da paso al *Bloque II* que se centra en realizar un primer contacto y conocimiento mutuo de los participantes del grupo, para ello, se realiza la actividad *Mi juego Favorito* en el que cada persona escribe su nombre, su juego favorito, con quién le gusta más jugar y dónde, entonces por parejas cada persona presenta a su compañero, explicando su juego favorito, el amigo con el que más le gusta jugar y el lugar preferido para el juego. A continuación, se realiza la actividad *Normas del Grupo* en el que cada persona hace un listado con las normas que piensa que son importantes en estas sesiones (estar en silencio, estar sentado, hacer las tareas, levantar la mano para hablar, ir despacio por el pasillo, etc.). Una vez realizado esto, se divide el gran grupo en pequeños grupos de trabajo para hacer un dibujo de cada una de las normas que se han planteado en el grupo. La sesión continúa con la actividad del manual *Rompiendo Barreras* que consiste en inflar un globo pensando en las cosas que nos agobian, atarlo al tobillo y al son de la música intentar explotar el globo de los compañeros. Por otra parte, se plantea la primera actividad *Para Practicar Todos los Días* que consiste en aprender los nombres de los compañeros para la siguiente sesión una vez anotados en el manual. Para terminar se realiza una presentación de la sección *Aprendemos, Pauta Educativa 1* que consiste en traer el manual que se ha dado a la siguiente sesión y a todas. Además se explica que si se traen realizadas las actividades *Para Practicar Todos los Días*, la *Pauta*, *Aprendemos* y si cumplen cada una de las normas establecidas en el grupo en cada sesión se van obteniendo puntos que después los padres canjearán por premios. Se indica que se hará un recuento de puntos diario.

**2ª Sesión. Bloque III. Explorando las emociones. Aprendemos, Pauta 1 (seguimiento).**

- *Resumen de la sesión anterior.* Lo primero que se realiza es recordar la sesión anterior, por lo que se pregunta al grupo qué recuerda del primer día.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos los Días*, aprender los nombres de los compañeros.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Así me Siento* consiste en que se pide un voluntario, se le dan varias hojas en la que aparece el nombre y dibujo de una emoción básica entonces tienen que representarla a través de gestos, los compañeros tienen que adivinar qué emoción es la representada en cada momento, la persona que primero levante la mano y acierte saldrá a representar las emociones, así sucesivamente hasta que todos los niños hayan representado todas las emociones básicas. Una vez realizado esto, cada persona tiene que dibujarse en una situación en la que se hayan sentido triste, alegre, enfadada, sorprendida y con miedo y explicar por qué se sentía así. A continuación se hace una puesta en común de lo que cada niño ha dibujado y explicado.
- *Dinámica grupal o juego.* La actividad *Exprésate* consiste en colocar a todos los participantes formando un círculo, entonces en la espalda se coloca una etiqueta en la que dice “Sonríeme”, “Abrazame”, “Halágame”, “Anímame”, etc. cada persona mirará en la espalda de los demás y realizará lo que indica la etiqueta, así con cada miembro del grupo. Una vez que todos los miembros han interactuado con sus compañeros, se sientan y cada uno explica cómo se ha sentido cuándo los demás le han abrazado, sonreído, halagado, animado, etc.
- Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal. Una vez realizado esto, se explica la actividad para *Practicar Todos los Días* que consiste en escribir lo que cada persona vaya sintiendo y por qué se siente así hasta la siguiente sesión. Por último, se hace un seguimiento de la *Pauta Educativa 1*, qué dificultades ha encontrado cada persona a la hora de traer el manual y que si ha conseguido traerlo a la sesión.

***3ª Sesión. Bloque III. Explorando las emociones. Aprendemos, Pauta 2.***

- *Resumen de la sesión anterior.* En esta tercera sesión, nuevamente se hace un resumen de lo que se ha trabajado en la sesión anterior, centrándonos en las emociones básicas.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos los Días*, registrar la identificación de las propias emociones y causas.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *La Fiesta* presenta una breve historia sobre dos amigos que van a una fiesta (Anexo 20). A medida que va avanzando la historia los niños tienen que ir reflexionando sobre las distintas situaciones que se les plantean a los personajes. A medida que se va exponiendo la historia se va haciendo una puesta en común sobre las respuestas a las cuestiones planteadas en las dos partes de la historia.
- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Me Dejo Llevar...* se establece un orden del 1º al 5º en el grupo de niños para recibir un masaje por parte de los demás. Cada persona elige una parte del cuerpo que será el lugar dónde va a realizar el masaje durante 2 minutos. Antes de empezar se le da a los participantes una sola indicación: “Hay que dar el masaje de forma cariñosa”. Una vez que todos los participantes han recibido su masaje, se pregunta al gran grupo: cómo me he sentido cuando me han dado el masaje y cómo me he sentido al dar el masaje.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la actividad *Para Practicar Todos los Días* que consiste en preguntar a las personas cercanas cómo se sienten y por qué se sienten así. Por último, se explica la actividad *Aprendemos, Pauta 2*, que consiste en explicar la técnica de autoinstrucciones (Anexo 21), para ello se expone y se lee en voz alta, a continuación se les da una hoja y lápices de colores a cada participante y se le indica que dibujen el panel y que cuando lleguen a su casa lo coloquen en el lugar dónde cada uno hace las tareas escolares.

***4ª Sesión. Bloque III. Explorando las emociones. Aprendemos, Pauta 2 (seguimiento).***

- *Resumen de la sesión anterior.* Se pregunta a los participantes qué hemos hecho en la sesión 3.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las *Actividades para Practicar Todos los Días*, identificar las emociones ajenas.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Se Siente* cada participante tiene que elaborar una historia de un niño o niña que se siente mal y por qué se siente así y de otro niño o niña que se siente bien y por qué se siente así. Se expone en el gran grupo cada historia. A continuación, se inicia la actividad *¿Qué Está Pasando?* en la que se proyecta durante unos minutos varios fragmentos de dibujos que presenten una situación cotidiana, una vez realizado esto, los participantes se colocan en pequeños grupos que responden a una serie de preguntas del manual. Con las respuestas se hace una puesta en común en el gran grupo.
- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Escena Primera* se hacen pequeños grupos, dentro de éstos se elige un escultor al que se le da un tema (alumnado en una clase, un concierto de música, un deporte, etc.), éste tiene que representarlo utilizando a los compañeros del grupo, de manera que coloca a los compañeros y le pone gestos y posturas, incluso puede utilizar los objetos cercanos para representar el tema lo más real posible. A continuación, cada grupo representa su escena y el resto de grupos tienen que averiguar de qué se trata, cada grupo puede hacer dos preguntas a las que las esculturas pueden responder únicamente sí o no. Una vez realizadas las preguntas cada grupo anotará lo que cree que representa la escena, el grupo que acierte representará su escena y así sucesivamente hasta terminar con todos los grupos. La siguiente actividad es el *Espejo Mágico* que consiste colocar a los niños por parejas en dos filas, cada persona observa a su pareja de pies a cabeza. A continuación se les da siguiente instrucción: la persona de la derecha es un espejo y los de la izquierda van a realizar cosas que hacen frente al espejo de su casa (peinarse, lavarse la cara, lavarse los dientes, etc.) primero vamos a hacer los movimientos lentos y suaves después serán más rápidos. Tras unos minutos se cambian los roles.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la actividad *para Practicar Todos los Días* la

que consiste en expresar los sentimientos a las demás personas. Por último, se realiza un seguimiento de la *Pauta Educativa 2*, en la que se pregunta por las dificultades que se ha encontrado en la realización de la técnica de autoinstrucciones y qué ha conseguido con el uso de esta técnica.

**5ª Sesión. Bloque III. Explorando las emociones. Aprendemos, Pauta 3.**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se hace una reflexión sobre los aspectos clave de la sesión anterior.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad para *Practicar Todos los Días*, expresar emociones a los demás.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Pasó...* consiste en que de manera individual cada persona describe una situación de la vida cotidiana en la que expresó sus sentimientos a alguien respondiendo a una serie de cuestiones. A continuación se hace una puesta en común en el gran grupo.
- *Dinámica grupal o juego.* La actividad *Relajación* consiste en que se reproduce música relajante, se explica por qué es importante la respiración abdominal y sus beneficios. A continuación se indica a cada persona que se siente con la espalda recta en su sitio y se coloque una mano en el pecho y otra en el abdomen. Se le da la siguiente instrucción: Imagina que tu barriga es un globo que tiene que inflar, así que inspire cogiendo el aire lentamente por la nariz mientras cuenta del 1 al 4, y observa cómo se llena el globo, después conteniendo el aire cuente 1 y 2 y expulse el aire lentamente por la boca mientras cuenta del 1 al 4 observando cómo el globo se desinfla. Repite durante 5 veces. Una vez terminado, cada persona indica en una sola frase o idea lo que le ha parecido la sesión.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la actividad *Para Practicar Todos los Días* que consiste en realizar la respiración abdominal aprendida en la sesión. Por último, se explica el apartado *Aprendemos, Pauta Educativa 3* (Anexo 22) en la que se plantean una serie de enunciados que sirven de guía para organizar el día.

**6ª Sesión. Bloque III. Explorando las emociones. Aprendemos, Pauta 3(seguimiento).**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un resumen de los aspectos tratados en la sesión 5.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos los Días*, practicar la respiración abdominal.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *¡Párate y Piensa!* cada persona describe distintos aspectos de una situación difícil de su vida cotidiana: situación, pensamientos, emociones/sentimientos y conductas. A continuación se propone un cambio del pensamiento sobre la misma situación, emociones/sentimientos y conductas. Se hace una puesta en común en el gran grupo sobre lo que cada niño ha planteado y cómo ha realizado los cambios.
- *Dinámica grupal o juego.* Se pide un voluntario para leer un cuento (Anexo 14) en la actividad *¡Cuéntame!* del manual acerca de la importancia que tienen los pensamientos sobre nuestra vida en el gran grupo, a continuación se hacen pequeños grupo y se analiza el cuento respondiendo a una serie de preguntas. Se hace una puesta en común sobre la reflexión de cada grupo.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la actividad para *Practicar Todos los Días* que consiste en practicar el cambio de pensamiento. Por último, se realiza el seguimiento de la *Pauta Educativa 3, Aprendemos*, centrándonos en la dificultades encontradas, qué logros se han conseguido en la organización del día.
- *Recordar.* Por último, encontramos una serie de ideas que son importantes tener en cuenta relacionadas con las emociones y sentimientos.

**7ª Sesión. Bloque IV: Descubriendo mis tesoros. Aprendemos, Pauta 4.**

- *Resumen de la sesión anterior.* En este momento se hace un resumen del bloque anterior y se resuelven las dudas que puedan quedar sobre éste.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos los Días*, practicar el cambio de pensamiento.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Carta de Presentación* consiste en que cada niño escribe una carta dirigida a una persona imaginaria en la cuál va a

describirse, se le indica que esa persona tiene que saber cómo es, para ello, hay que completar una serie de frases, una vez elaborada la carta, se dobla y se deposita en una caja, al azar cada persona recoge una carta y la lee al gran grupo.

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *¡Abrázame!* al gran grupo se le dan las siguientes instrucciones: Tenéis que bailar mientras está la música, cuando se pare la música rápidamente tenéis que abrazaros a una persona, a dos, a tres o al número que se indique, cada vez hay que abrazarse con una persona distinta.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la actividad *Para Practicar Todos los Días* que consiste en anotar las cosas positivas que le han pasado a una persona a lo largo de un día. Por último, se explica *la Pauta 4, Aprendemos* en la que consiste en una serie de actividades que hay que realizar al levantarse (Anexo 23). Se indica a los niños que tienen que traer fotos de su familia y amigos a la siguiente sesión.

#### **8ª Sesión. Bloque IV: Descubriendo mis tesoros. Aprendemos, Pauta 4 (seguimiento).**

□ *Resumen de la sesión anterior.* Un voluntario realiza un resumen de los contenidos tratados en la sesión 7.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad para Practicar Todos los Días, realizar un listado con las cosas positivas que le han sucedido durante un día.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Autoestima* de manera individual se le indica a cada persona que describa los siguientes aspectos de sí mismos: qué cualidades tiene y por qué te quieres. Una vez completada la información anterior, en el gran grupo cada persona expone lo que ha escrito.

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Me Quieren* cada persona selecciona tres de las fotos que ha traído a la sesión y contesta a las cuestiones que se le plantean en el manual, después expone las fotos a los demás compañeros respondiendo a las preguntas escritas en el manual.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la actividad *Para Practicar Todos los Días* que consiste en expresar sentimientos positivos a las personas cercanas, las que aparecen en las



fotos que han traído. Por último, se realiza un seguimiento de la *Pauta 4, Aprendemos* centrándonos en las dificultades que están encontrando los niños y que han conseguido.

*9ª Sesión. Bloque IV: Descubriendo mis tesoros. Aprendemos, Pauta 5.*

- *Resumen de la sesión anterior.* Se realiza un resumen de la sesión 8, destacando los aspectos más importantes a través de distintos voluntarios.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos Los Días*, expresar sentimientos positivos a las personas más cercanas.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Me Siento Bien* consiste en que cada niño dibuja una cara sonriente en un folio, entonces se les presentan una serie de palabras y fotos de personas relacionados con sentirse feliz, importante, orgulloso, tranquilo, etc., ante estas imágenes y palabras tienen que levantar la cara que han dibujado si en algún momento lo han sentido y explicar cuándo ocurrió y cómo actuaron.
- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Compartiendo* se les pide a los participantes que se sitúen en círculo y se les da un trozo de papel en el que tienen que escribir su nombre y primer apellido y doblarlo por la mitad, a continuación se depositan en una caja y se mezclan. Cada participante recoge un papel de la caja y la abre para ver el nombre que le ha tocado entonces debe escribir debajo lo siguiente: una cualidad positiva que tiene esa persona y algo que ha aprendido de ella desde que la ha conocido en el grupo. Después, cada persona deposita el papel de nuevo en la caja, a continuación se reparten los papeles a cada persona que leerá en el gran grupo lo que los compañeros le han puesto. A continuación se realiza la actividad *¡Adelante!* en el que se colocan a todos los participantes detrás de una línea imaginaria, a continuación se van a decir una serie de cualidades: simpático, inteligente, cariñoso, alegre, feliz, gracioso, divertido, atractivo, guapo, amable, trabajador, estudioso, bueno, etc. Los participantes que se piensen que poseen esas cualidades tienen que dar un salto hacia adelante y volver a su posición inicial. Cuando se diga la palabra avión todos tienen que agacharse, cuando se diga la palabra terremoto, tienen que agarrarse a las personas que tienen al lado, cuando se diga la palabra mar todos tienen que sentarse en el suelo.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* Una vez realizado esto, se explica la actividad *Para Practicar Todos los Días* que consiste en preguntar a dos personas qué cosas le gustan de ti. Por último, se hace una se explica la *Pauta 5, Aprendemos* que consiste en preparar la mochila del colegio (Anexo 24).

**10ª Sesión. Bloque IV: Descubriendo mis tesoros. Aprendemos, Pauta 5 (seguimiento).**

□ *Resumen de la sesión anterior.* Un voluntario expone los puntos más importantes de la sesión 9.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos Los Días*, anotar las cosas positivas que te han dicho.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* Para comenzar con la actividad *Lista de Pensamientos*, se presenta al gran grupo una serie de frases y se les pregunta cómo se sienten cuándo piensan así: No puedo hacerlo/ Soy capaz de hacerlo. No tengo ganas/ Si lo hago luego podré hacer algo que me gusta. Seguro que me sale mal/ Me saldrá bien. Siempre hago las cosas mal/ No lo he hecho bien pero la próxima vez me saldrá mejor. A continuación se les hace una serie de preguntas sobre esas afirmaciones. Una vez hecho esto se hace una puesta en común sobre lo que han respondido cada persona.

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Me Hace Feliz* cada niño escribe las cosas que les hacen feliz o sentir bien, a continuación se colocan en pequeños grupos que realizan un mural en el que se recogen todas estas cosas que les hacen feliz. A continuación, se expone en el gran grupo explicando por qué esas cosas le hacen feliz.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* A continuación, se explica la actividad *Para Practicar Todos los Días* que consiste en anotar las cosas que cada persona hace para sentirse bien. Por último, se hace un seguimiento de la *Pauta 5, Aprendemos* señalando las dificultades encontradas en la preparación de la mochila, y qué ha conseguido el niño.

***11ª Sesión. Bloque IV: Descubriendo mis tesoros. Aprendemos, Pauta 6.***

- *Resumen de la sesión anterior.* Un voluntario expone los puntos más importantes de la sesión 10.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos Los Días*, hacer cosas para sentirse bien.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Metas* consiste en que se hacen pequeños grupos que van a reflexionar sobre una meta clara y concreta que quieran lograr en este momento de su vida relacionados con su vida académica (“esforzarme en los estudios y aprender en el cole”), a continuación van a establecer las tareas concretas (hacer los deberes, atender al profesor, estudiar, hacer los deberes en casa, leer, etc.) que se deben realizar para lograr la meta y organizarlas concretas para conseguir la meta. A continuación se les explica que para conseguir la meta hay que poner en marcha las tareas planteadas. En las siguientes sesiones con el grupo se hará un seguimiento de la puesta en marcha de las tareas y la consecución de la meta.
- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *¿Qué siento?* Se pedirá a los participantes que se acomoden en su silla con los ojos cerrados y se les indica lo siguiente: Vamos a realizar respiraciones cogiendo todo el aire por la nariz contando hasta 4, manteniendo contando 2 y expulsando el aire lentamente contando 4 (durante 2-3 minutos). A continuación se le indica: Contraemos los pies, los relajamos, contraemos las piernas, las relajamos, contraemos los glúteos, los relajamos, contraemos el abdomen, lo relajamos, contraemos el pecho, lo relajamos, contraemos los brazos, los relajamos, contraemos las manos, las relajamos, contraemos la boca, la relajamos, contraemos los ojos, los relajamos y contraemos la frente, la relajamos. Seguimos respirando lentamente contando hasta 4 mientras inspiramos, contando 2 manteniendo la respiración y contando 4 mientras expiramos (1 minuto). Visualiza una habitación muy agradable con buena iluminación, tranquila, siente lo bien que se está en esa habitación, en ésta sólo hay un sofá muy cómodo y una puerta, ésta se abre ves a una persona conocida a la que quieres mucho, ésta se sienta en el sofá, ves su rostro, cuerpo, su posición. Mírala bien de arriba hacia abajo (pausa de unos segundos) ¿qué siento ante esta persona? (pausa de unos segundos), ahora despídete de ella, se levanta y va saliendo de la habitación (pausa de unos segundos). El sofá vuelve a estar vacío (pausa) ves a otra persona conocida que ocupa la silla, esa persona que ves eres tú,

ves tu rostro, tu cuerpo, tu postura. Mírate bien de arriba hacia abajo (pausa de unos segundo) ¿qué siento? Ahora despídete de ti mismo, observa como sales lentamente de la habitación. Ahora el sofá va desapareciendo lentamente. Seguimos respirando lentamente contando hasta 4 mientras inspiramos, contando 2 manteniendo la respiración y contando 4 mientras expiramos. Ahora puedes abrir lentamente los ojos y poco a poco. Se colocan en pequeños grupos y se analiza que han sentido ante una persona querida y hacia sí mismas y se hace una puesta en común en el gran grupo.

- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La actividad para *Practicar Todos los Días* se centra en la realización de las tareas propuestas para conseguir la meta señalada en la actividad anterior de la sesión. Por otro lado, se explica *la Pauta 6, Aprendemos* que consiste en colaborar en casa (Anexo 25).
- *Recordar.* Para finalizar, se exponen los aspectos que son importantes recordar del bloque.

### *12ª Sesión. Bloque V: Convivencia. Aprendemos, Pauta 6 (seguimiento).*

- *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un resumen de los aspectos trabajados en el bloque anterior.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos Los Días*, realizar las actividades para conseguir la meta.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Las Habilidades Sociales I* consiste en que se les dice a los participantes que piensen en algo que les ha sucedido durante la semana y quieran contárselo a su compañero, se hacen parejas que van a conversar sobre los que les pasó durante dos minutos, primero de espalda durante un minuto y después de frente durante un minuto. Una vez que los dos compañeros han contado algo se hacen pequeños grupos que analizan qué habilidades han observado en su compañero, cuáles han practicado ellos, cómo se han sentido cuándo han hablado de espaldas y de frente, y se pregunta qué habilidades sociales conocen. Se hace una puesta en común en el gran grupo de las conclusiones de cada grupo y se hace una presentación sobre las primeras habilidades sociales.
- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Las Habilidades Sociales II* se colocan todos los participantes en dos filas una frente a otra, a continuación, se les dan las siguientes

instrucciones: “Vamos a presentarnos”; “Vamos a presentar al compañero/a”; “Vamos a saludarnos”; “Vamos a iniciar, mantener y finalizar una conversación con la persona que tenemos enfrente”; “Vamos a dar las gracias a nuestro compañero”; “Vamos a pedir perdón a la persona que tenemos enfrente”; “Vamos a hacer una pregunta a nuestro compañero”; “Vamos a pedir ayuda a la persona que tenemos enfrente”; “Vamos a hacer un cumplido”; “Vamos a expresar los sentimientos”; “Vamos a expresar afecto o cariño”. Antes de comenzar se indica que cuando digamos “agitar” hay que cambiarse de lugar y cuando digamos “mezcla” nos tenemos que cambiar de fila. Para terminar se les pregunta a los niños cómo se han sentido con esta dinámica.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La actividad *Para Practicar Todos los Días* que se plantea consiste en elegir dos habilidades sociales que no solamos practicar y comenzar a aplicarla. Por último se hace un seguimiento de la *Pauta 6, Aprendemos* a través de la exposición de las dificultades que los niños han encontrado así como de los objetivos conseguidos.

### **13ª Sesión. Bloque V: Convivencia. Aprendemos, Pauta 7.**

□ *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un resumen de la sesión anterior en la que se han introducido las habilidades sociales.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos Los Días*, practicar las habilidades sociales seleccionadas por ellos mismos.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Asertividad*, se piden 4 voluntarios a tres de ellos se les reparte información sobre un tipo de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo y, un diálogo de una situación de la vida cotidiana en el que se ha utilizado ese tipo de comunicación (dos amigos que han quedado en la puerta del cine y uno de ellos llega tarde) (Anexo 26), a continuación, los voluntarios representarán la situación con el cuarto voluntario. En el gran grupo se reflexiona sobre las características que se observan en la situación según el estilo educativo, cuál le parece mejor y qué estilo utiliza cada persona.

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Ahora Es...* se divide el gran grupo en pequeños grupos, cada grupo dibuja tres caras que se corresponden con los tres tipos de

comunicación: una enfadada (tipo agresivo), otra triste (tipo pasivo) y otra sonriente (tipo asertivo). Se les presentan algunas características de cada estilo, entonces tienen que mostrar la cara que se corresponde con el contenido de la descripción, la cara enfadada para las características del tipo agresivo, la cara triste para el estilo de comunicación pasiva y una cara sonriente para las características del estilo educativo asertivo. Para terminar se les dice que hagan un resumen del tipo asertivo, para ello cada grupo aportará algunas características del tipo de comunicación asertivo.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* En esta sesión la actividad *Para Practicar Todos los Días* consiste en que cada persona elige dos características de la persona asertiva, se les pide que cuando se les presente una situación en la que esté hablando con alguien utilicen algunas de las características seleccionadas. Por último, se explica la *Pauta 7, Aprendemos* (Anexo 27) que consiste en repartir un guión sobre los pasos que hay que dar para estudiar cualquier materia, a continuación se hace una explicación y lectura de técnicas de estudio en el gran grupo, después se plantean y resuelven dudas, cada niño tendrá que utilizarlo para estudiar todos los días.

#### **14ª Sesión. Bloque V: Conviviendo. Aprendemos, Pauta 7 (seguimiento).**

□ *Resumen de la sesión anterior.* Se realiza un resumen de los contenidos expuestos en la sesión 13.

□ *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos Los Días*, practicar algunas de las características de la persona asertiva.

□ *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *Copia Fiel* consiste en que se colocan todos los participantes en un círculo y se les da un folio y un rotulador a cada uno, empezamos por una persona que inicia un dibujo en la espalda de su compañero, cuando termina éste tiene que reproducir lo que le ha dibujado su compañero en la espalda al compañero siguiente y así sucesivamente hasta llegar de nuevo a la persona que inició el dibujo. A continuación, se comparan el dibujo inicial con el final y se reflexiona en el gran grupo sobre las dificultades encontradas y si es importante escuchar de forma adecuada y por qué.

- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Dibujando* cada persona piensa en algo que se le guste hacer y hace un dibujo, a continuación, cada niño explica a los compañeros qué es lo que ha dibujado, para la exposición se dan las siguientes instrucciones: hay que mirar a los ojos de todos los compañeros mientras explica el dibujo, hablar en un tono audible y dar las gracias a los compañeros por haberle escuchado, asimismo se indica a todo el grupo que una vez terminada la exposición de dibujos de cada niño se va a preguntar de forma aleatoria lo que gusta hacer a su compañero, si acierta se le dará un aplauso. A continuación se lee en voz alta un listado de características que tiene la escucha activa y se colocan a los participantes por pareja para practicarla, el resto de compañeros deberán valorar qué aspectos han utilizado de ésta y se le pregunta a la persona escuchada cómo se ha sentido.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La actividad *Para Practicar Todos los Días* consiste en que cada niño va a seleccionar a una persona que ve a diario para practicar la escucha activa y una vez realizado va a reflexionar sobre cómo lo ha hecho y cómo se ha sentido la persona. Para terminar, se hace un seguimiento de la *Pauta 7, Aprendemos* exponiendo cada niño las dificultades encontradas en la aplicación de las técnicas de estudio y lo que ha conseguido en esta pauta.

**15ª Sesión. Bloque V: Conviviendo. Aprendemos, Pauta 8.**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un breve resumen de los contenidos tratados en el bloque hasta la sesión presente.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las actividades *Para Practicar Todos los Días*, practicar la escucha activa.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Empatizando* se hacen pequeños grupos y se les dicen que elaboren una definición de empatía, a continuación se hace una representación, en la que se explica una situación entre dos amigos (Anexo 28) para ello se piden dos voluntarios, una vez terminada la representación por grupos responden a una serie de preguntas acerca de cómo se sienten los personajes y cómo han actuado. A continuación, se exponen las respuestas de cada grupo en el gran grupo. Para finalizar con esta actividad presentan varias situaciones en las que el gran grupo tienen que decir cómo se sienten o se sentirían en cada situación (ver Anexo 23).

- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *¡Vamos a Jugar!* se hacen dos equipos, cada equipo se coloca uno frente a otro a una distancia de cinco metros y se asigna un número en función del número de participantes que haya, a continuación se coloca una persona en el centro entre los dos equipo que sujeta un pañuelo de tela, esta persona indicará un número, una vez dicho el número el participante al cual corresponda éste tendrá que dirigirse hacia el pañuelo y cogerlo y correr hacia sus compañeros antes de que el participante del otro equipo lo alcance, o esperar a que el compañero del otro equipo lo alcance y correr tras él. El equipo que consiga atrapar el pañuelo o a su compañero antes de que llegue al lugar de partida gana un punto.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La actividad *Para Practicar Todos los Días* se centra en seleccionar a una persona cercana y practicar con ella la empatía así como explicar cómo se ha hecho. Por otro lado, se pregunta a los participantes por qué es importante comer, una vez que cada persona haya aportado su razón, se explica que la *Pauta 8, Aprendemos* consiste en comer de manera adecuada (sin parar y todo) el desayuno, comida y cena (Anexo 29).
- *Recordar.* Por último se lee el apartado Recordar en el que se destacan los aspectos más importantes de este bloque en relación a las habilidades sociales, asertividad y empatía.

**16ª Sesión. Bloque VI: Buscando la felicidad. Aprendemos Pauta 8 (seguimiento).**

- *Resumen de la sesión anterior.* En primer lugar se resume el bloque V preguntando a los niños qué recuerdan de éste.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos Los Días*, practicar la empatía.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Resolviendo Conflictos* se exponen tres situaciones problemáticas de la vida cotidiana entre personas (Anexo 30) en el gran grupo, a continuación por parejas se plantean cómo resolver cada situación para ello se presentan una serie de pasos, por último cada grupo expone cómo resuelve cada problema.
- *Dinámica grupal o juego.* La actividad *¡Vamos a jugar!* consiste seguir una serie de instrucciones: caminar por toda la habitación contrayendo todos los músculos del cuerpo a la vez que cada persona intenta decir su nombre, una vez hecho se hacen parejas, se indica que un miembro de ésta tiene que hacer reír al otro que tiene la instrucción de no reírse.



□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La actividad para *Practicar Todos los Días* consiste en plantear un problema actual, pensar en varias alternativas, elegir una de ellas y ponerla en práctica. Por último, se hace un seguimiento de la *Pauta 8, Aprendemos* en la que cada niño expone las dificultades que ha encontrado durante la práctica de la pauta y sus logros.

**17ª Sesión. Bloque VI: Buscando la felicidad. Aprendemos, Pauta 9.**

- *Resumen de la sesión anterior.* En primer lugar, se realiza un resumen de la sesión 16.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos los Días*, practicar la técnica de resolución de conflictos.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *¡Organización!* consiste en que cada niño elabora un listado con las actividades que realiza en su vida diaria a lo largo de una semana, a continuación elabora un listado con cosas que le gustaría hacer en su día a día y actualmente no realizan señalando por qué no pueden realizarla y proponiendo una solución. Una vez realizado el listado cada persona va a realizar la actividad *Calendario Semanal* en el que colocarán todas las actividades del listado de la actividad anterior incluyendo las actividades que quiere realizar cada persona durante la semana. Para terminar, se hacen pequeños grupos para intercambiar opiniones sobre el calendario establecido por cada persona.
- *Dinámica grupal o juego.* En el juego *La Tormenta*, se colocan a todos los participantes en círculo sentados en las sillas, a continuación se les indica que estamos dentro de un barco en una tormenta y hay que seguir las siguientes instrucciones: si se dice ola derecha, todos se mueven hacia la derecha, si se dice ola izquierda, todos se mueven a la izquierda, si se dice viento hay que agarrarse a los compañeros de ambos lados, si se dice lluvia, hay que agacharse y si se dice tormenta hay que cambiarse de sitio.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La actividad para *Practicar Todos Los Días* consiste en poner en práctica el calendario que cada niño ha elaborado durante una semana. Por último, se expone la *Pauta 9 Aprendemos* (Anexo 31) que es la última pero que tendrá mayor duración, consiste en el seguimiento de una serie de indicaciones que hay que seguir: obedecer a los padres, ir a dormir sin protestar, etc.

**18ª Sesión. Bloque VI: Buscando la felicidad. Aprendemos Pauta 9 (seguimiento).**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se realiza un repaso de los aspectos más importantes de la sesión 17.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de las actividades *Para Practicar Todos Los Días*, realizar las actividades planteadas en el calendario semanal.
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* En la actividad *Me Siento Mejor Cuando...* cada persona describe lo que hace (o lo que haría) para sentirse mejor cuándo está enfadada o triste. A continuación, se colocan en pequeños grupos para comentar lo que hace cada persona en cada caso.
- *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *¡Vamos a Jugar!* se colocan en un círculo una serie de sillas según el número de participantes que hay menos una, se indica a los participantes que cuando pare la música tienen que subirse todos juntos en las sillas, si es necesario agarrándose unos a otros para que el grupo pueda seguir jugando todos los participantes deben estar sobre las sillas, cada vez que se pare la música se va quitando una silla, así sucesivamente hasta que quede una, si se suben todos en una han ganado.
- *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La actividad *Para Practicar Todos los días* trata sobre elegir las alternativas que han puesto los compañeros a la hora de sentirse mejor en distintos momentos (triste y enfadado). Por último, se hace el seguimiento de la *Pauta 9, Aprendemos*, cada niño exponer las dificultades y logros obtenidos.

**19ª Sesión. Bloque VI: Buscando la felicidad. Aprendemos, Pauta 9 (seguimiento).**

- *Resumen de la sesión anterior.* Se hace un resumen de los contenidos trabajados en la sesión 18.
- *Seguimiento de las actividades para casa.* Continuamos con el seguimiento de la actividad *Para Practicar Todos Los Días*, practicar las alternativas que han puesto los compañeros a la hora de sentirse mejor en distintos momentos (triste y enfadado).
- *Actividades de desarrollo de los contenidos.* La actividad *¿Qué Escuchas?* consiste en que cada persona se coloca sentada con los ojos cerrados y realiza varias respiraciones profundas, a continuación, tiene que concentrarse en lo que oye en la habitación, a medida

que se presentan los sonidos se les dice que vayan anotando en una hoja lo que van sintiendo. Una vez realizado esto, responden a una serie de preguntas, se hace una puesta en común en el gran grupo. A continuación, en la actividad *Me Gusta de Ti*, se les pide a los niños que se coloquen en círculo y se les pone un papel en la espalda de cada participante, se una vez que todos los participantes tienen un papel en la espalda cada persona tiene que poner algo positivo de esa persona, de manera que todos las personas tendrán que escribir a todos sus compañeros, una vez hecho esto, cada persona lee en voz alta lo que le han escrito sus compañeros y dice si está de acuerdo o no y que es lo que más le ha llamado la atención. Una vez realizado esto se les aplica un cuestionario de autoevaluación acerca de los contenidos tratados en las 1 a 19 (Anexo 13).

□ *Dinámica grupal o juego.* En la actividad *Tormenta* se colocan a todos los participantes sentados en círculo, a continuación se les indica que estamos dentro de un barco en una tormenta y hay que seguir las siguientes instrucciones: si se dice ola derecha, todos se mueven hacia la derecha, si se dice ola izquierda, todos se mueven a la izquierda, si se dice viento hay que agarrarse a los compañeros de ambos lados, si se dice lluvia, hay que agacharse y si se dice tormenta hay que cambiarse de sitio. A continuación en la actividad *Tambores* se divide el grupo en dos y se les dice que un grupo haga un círculo y el otro rodee con otro círculo al grupo primero, de manera que cada persona tenga una detrás, a continuación se le indica al grupo de dentro que cierre los ojos y al de fuera se le indica lo siguiente: cuando diga tierra se hará el masaje con los nudillos, cuando diga fuego se darán pellizcos suaves, cuando diga agua vamos a pasar las manos desde la cabeza hasta los pies. Una vez hecho esto se da la vuelta, ahora el grupo del círculo interior va a dar un masaje a su compañero siguiendo las instrucciones anteriores, cuando terminen cada persona expresa cómo se ha sentido al recibir el masaje y al darlo.

□ *Explicación de la actividad para practicar los contenidos y de la pauta educativa semanal.* La Actividad *Para Practicar Todos Los Días* consiste en describir dos cosas que a cada niño le hace sentir bien y hacerlo durante dos días. Por último, se hace un seguimiento de la *Pauta 9, Aprendemos*. Asimismo se explica que en la última sesión se va a realizar una actuación por familias.

□ *Recordar.* Para terminar se presentan una serie de frases que destacan las ideas más relevantes del bloque.

***20ª Sesión. Bloque VII: ¡Vamos a actuar! y Bloque VIII: Valoramos el programa.***

Esta sesión es distinta a las demás y consta de dos actividades principales. Por un lado, por grupos de familias se preparan una actuación libre o relacionada con los que hemos estado haciendo durante las sesiones anteriores, puede ser una canción, un cuento, un poema, un baile, un juego,...en esta sesión se realizan todas las actuaciones, asimismo, una vez terminadas se realiza una convivencia entre todos los participantes del programa, es la única sesión en la que todos están juntos. Por otra parte, cada participante completará la valoración global del programa (se encuentra al final del Manual Práctico de Inteligencia Emocional y Pautas Educativas para Niños y Niñas, Anexo 10).

A continuación se expone la estructura de las sesiones descritas anteriormente en las Tablas 18 y 19.

Tabla 18. Estructura del programa *IMAGINA*. Padres.

<b>BLOQUE/ MÓDULO</b>	<b>Nº SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE ACTIVIDADES</b>
<i>BLOQUE I:</i> El Programa <i>IMAGINA</i>  <i>Módulo I:</i> Presentación del Programa <i>IMAGINA</i>	<b>SESIÓN 1/ 1ª SEMANA</b>	<i>El Programa IMAGINA</i> (15 minutos)	-Dar a conocer a los participantes las características principales del programa.
<i>BLOQUE I:</i> El Programa <i>IMAGINA</i>  <i>Módulo II:</i> Los participantes del programa.		<i>Un sueño</i> (15 minutos)	-Favorecer el conocimiento mutuo de los participantes.
		<i>Mi grupo</i> (15 minutos)	-Potenciar la cohesión grupal.
		<i>Normas del grupo y Listado de normas del grupo</i> (15 minutos)	-Establecer un ambiente que favorezca la confianza entre los miembros del grupo.
		<i>¿Qué sabemos sobre nuestros hijos/as?</i> (15 minutos)	-Conocer la información de la que disponen los padres acerca del TDAH de sus hijos.
		<i>¿Qué queremos saber sobre nuestros hijos/as?</i> (10 minutos)	- Conocer la información que solicitan los padres acerca del TDAH de sus hijos.
		<i>Rompiendo barreras</i> (10 minutos)	-Mejorar la integración y participación en el grupo.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Poner en práctica los contenidos trabajados en la sesión.
		<i>Pauta Educativa 1</i> (15 minutos)	-Establecer normas sencillas.
		<i>Conceptos clave</i> (5 minutos)	-Resumir los conceptos trabajados en el módulo.
<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del módulo.		
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <i>Módulo III:</i> Conciencia, Expresión y Regulación Emocional.	<b>SESIÓN 2/ 1ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Las emociones</i> (30 minutos)	-Identificar, comprender y analizar las emociones.
		<i>Mis emociones</i> (30 minutos)	-Tomar conciencia y expresar las propias emociones.
		<i>¡Exprésate!</i> (10 minutos)	-Expresar emociones positivas. -Tomar conciencia de las emociones propias y ajenas.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 1 (seguimiento)</i> (20 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.

Tabla 18. Estructura del programa *IMAGINA*. Padres (Continuación).

<b>BLOQUE/ MÓDULO</b>	<b>Nº SESIÓN /SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE ACTIVIDADES</b>
<p><i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.</p> <p><i>Módulo III:</i> Conciencia, Expresión y Regulación Emocional.</p>	<b>SESIÓN 3/ 2ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Me siento</i> (30 minutos)	-Expresar y controlar emociones de forma adecuada.
		<i>Me dejo llevar...</i> (30 minutos)	-Expresar y controlar emociones propias y ajenas de forma adecuada.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 2.</i> (30 minutos)	- Conocer y apoyar a sus hijos en el aprendizaje de la técnica de autoinstrucciones.
	<b>SESIÓN 4/ 2ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Mis experiencias</i> (20 minutos)	-Identificar, comprender, analizar y expresar las emociones propias.
		<i>¿Qué está pasando?</i> (20 minutos)	-Tomar conciencia de las emociones de los demás.
		<i>Escena Primera</i> (30 minutos)	-Expresar emociones de forma adecuada.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria.</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
	<i>Pauta Educativa 2 (seguimiento).</i> (20 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.	
	<b>SESIÓN 5 /3ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>¡Pasó...!</i> (30 minutos)	-Reflexionar acerca de la expresión los sentimientos.
		<i>Relajación</i> (20 minutos)	-Manejar las emociones a través de una técnica de relajación.
		<i>Palabra final</i> (10 minutos)	-Expresar emociones o ideas
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 3.</i> (30 minutos)	-Conocer y aplicar una serie de principios básicos relacionados con la educación de los hijos.

Tabla 18. Estructura del programa *IMAGINA*. Padres (Continuación).

<b>BLOQUE/ MÓDULO</b>	<b>Nº SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE ACTIVIDADES</b>
<b>BLOQUE II:</b> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <b>Módulo III:</b> Conciencia, Expresión y Regulación Emocional	<b>SESIÓN 6/ 3ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>El día a día.</i> (20 minutos)	-Identificar pensamientos y emociones negativas.
		<i>¡Stop!</i> (20 minutos)	-Aprender una técnica de cambio de pensamiento para controlar las emociones negativas.
		<i>¡Cuéntame!</i> (20 minutos)	-Desarrollar actitudes positivas hacia la consecución de objetivos.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria.</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 3 (seguimiento)</i> (20 minutos).	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.
		<i>Conceptos clave</i> (5 minutos)	-Resumir los conceptos trabajados en el módulo.
	<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del módulo.	
<b>BLOQUE II:</b> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas  <b>Módulo IV:</b> Autoestima.	<b>SESIÓN 7/ 4ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Carta de presentación.</i> (40 minutos)	-Fomentar el autoconocimiento
		<i>¡Abrázame!</i> (20 minutos)	-Favorecer el afecto positivo entre los participantes.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 4.</i> (30 minutos)	-Favorecer la autoestima de los hijos en el hogar.
<b>BLOQUE II:</b> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas  <b>Módulo IV:</b> Autoestima.	<b>SESIÓN 8/ 4ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Autoestima.</i> (35 minutos)	-Desarrollar la autoestima.
		<i>¡Cuéntame!</i> (35 minutos)	-Reflexionar acerca de la autoestima.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria.</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 4 (seguimiento).</i> (20 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.

Tabla 18. Estructura del programa *IMAGINA*. Padres (Continuación).

<b>BLOQUE/ MÓDULO</b>	<b>Nº SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE ACTIVIDADES</b>
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas  <i>Módulo IV:</i> Autoestima.	<b>SESIÓN 9/ 5ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Me siento bien.</i> (20 minutos)	-Favorecer el autoconocimiento y la autoestima.
		<i>Mejorando la autoestima.</i> (15 minutos)	-Potenciar el desarrollo de la autoestima. -Desarrollar la capacidad de motivarse a sí mismo.
		<i>Compartiendo</i> (15 minutos)	-Concienciar de las cualidades positivas que cada persona posee.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria.</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 5.</i> (30 minutos)	-Conocer y poner en práctica las técnicas de modificación de conducta para aumentar los comportamientos adecuados de los hijos.
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas  <i>Módulo IV:</i> Autoestima.	<b>SESIÓN 10/ 5ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Mis pensamientos.</i> (40 minutos)	-Enseñar a cuestionar los pensamientos negativos hacia uno mismo.
		<i>Canción.</i> (20 minutos)	-Mejorar la autoestima.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 5 (seguimiento).</i> (30 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <i>Módulo V:</i> Habilidades Sociales.	<b>SESIÓN 11/ 6ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Metas.</i> (20 minutos)	-Plantear metas personales y establecer una serie de pasos para su consecución.
		<i>Reflexionando.</i> (15 minutos)	-Presentar una serie de afirmaciones que permiten mejorar la autoestima.
		<i>Cuestionario de Autoevaluación</i> (15 minutos)	-Analizar los contenidos adquiridos durante las sesiones.
		<i>¿Qué siento?</i> (10 minutos)	-Identificar la valoración que tenemos sobre nosotros mismos y sobre los demás.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria.</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 6.</i> (20 minutos)	-Conocer y poner en práctica las técnicas de modificación de conducta para disminuir los comportamientos disruptivos de los hijos.
		<i>Conceptos clave</i> (5 minutos)	-Resumir los conceptos trabajados en el módulo.
<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del módulo.		



Tabla 18. Estructura del programa *IMAGINA*. Padres (Continuación)

<b>BLOQUE/ MÓDULO</b>	<b>Nº SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE ACTIVIDADES</b>
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <i>Módulo V:</i> Habilidades Sociales.	<b>SESIÓN 12/ 6ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Las habilidades sociales I.</i> (35 minutos)	-Identificar, conocer y practicar las habilidades sociales.
		<i>Las habilidades sociales II</i> (35 minutos)	-Practicar algunas habilidades sociales en la vida cotidiana.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 6 (seguimiento).</i> (20 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <i>Módulo V:</i> Habilidades Sociales.	<b>SESIÓN 13/ 7ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Asertividad</i> (30 minutos)	-Conocer los distintos estilos de comunicación.
		<i>Mi estilo</i> (30 minutos)	-Practicar el estilo de comunicación asertivo.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 7.</i> (30 minutos)	-Conocer y aplicar las técnicas de modificación de conducta para disminuir la conducta: Estrategia paradójica y sobrecorrección.
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <i>Módulo V:</i> Habilidades Sociales.	<b>SESIÓN 14/ 7ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Te escucho</i> (30 minutos)	-Aprender en qué consiste la técnica de la escucha activa. -Poner en práctica la técnica de la escucha activa.
		<i>Copia fiel.</i> (30 minutos)	-Reflexionar sobre la importancia que tiene la escucha activa.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 7 (seguimiento)</i> (30 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.

Tabla 18. Estructura del programa *IMAGINA*. Padres (Continuación)

<b>BLOQUE/ MÓDULO</b>	<b>Nº SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE ACTIVIDADES</b>
<b>BLOQUE II:</b> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <b>Módulo V:</b> Habilidades Sociales.	<b>SESIÓN 15/ 8ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Empatizando</i> (20 minutos)	-Dar a conocer y/o recordar en qué consiste la empatía y su importancia.
		<i>Camina sobre mis zapatos</i> (30 minutos)	-Practicar la empatía.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 8</i> (30 minutos)	-Mejorar las habilidades sociales de los hijos.
		<i>Conceptos clave</i> (5 minutos)	-Resumir los conceptos trabajados en el módulo.
		<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del módulo.
<b>BLOQUE II:</b> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas  <b>Módulo VI:</b> Bienestar emocional	<b>SESIÓN 16/ 8ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Resolviendo conflictos</i> (30 minutos)	-Aprender y practicar la técnica de resolución de conflictos. -Resolver los problemas que se plantean en la vida cotidiana de manera adecuada.
		<i>¡Cuéntame!</i> (20 minutos)	-Aumentar el interés por la técnica de solución de problemas.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria.</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 8 (seguimiento)</i> (30 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.
<b>BLOQUE II:</b> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <b>Módulo VI:</b> Bienestar emocional	<b>SESIÓN 17/ 9ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Organización</i> (40 minutos)	-Aumentar el bienestar personal a través de la realización de actividades placenteras en el tiempo de ocio.
		<i>¡Vamos a jugar!</i> (20 minutos)	- Favorecer el bienestar a través del juego.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 9</i> (30 minutos)	-Mejorar la atención de los hijos a través de actividades específicas y juegos.

Tabla 18. Estructura del programa *IMAGINA*. Padres (Continuación).

<b>BLOQUE/ MÓDULO</b>	<b>Nº SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE ACTIVIDADES</b>
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <i>Módulo VI:</i> Bienestar emocional	<b>SESIÓN 18/ 9ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Me siento mejor cuando...</i> (30 minutos)	-Analizar los recursos que utiliza cada persona para sentirse bien en los momentos en que se está triste, enfadada, cansada y/o agobiada.
		<i>Felicidad</i> (30 minutos)	-Favorecer el bienestar emocional.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 9 (seguimiento)</i> (30 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.
<i>BLOQUE II:</i> Inteligencia Emocional y Pautas Educativas.  <i>Módulo VI:</i> Bienestar emocional	<b>SESIÓN 19/ 10ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (4 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Frase de introducción.</i> (1 minuto)	-Introducir un nuevo contenido.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (15 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>¡Cuéntame!</i> (10 minutos)	-Reflexionar sobre las conductas que producen malestar.
		<i>¿Qué escuchas?</i> (10 minutos)	-Favorecer el bienestar personal a través de la música.
		<i>¡Cuéntame!</i> (10 minutos)	-Mejorar el bienestar personal.
		<i>Me gusta de ti</i> (10 minutos)	-Conocer las cualidades positivas propias a través de los demás.
		<i>Cuestionario de Autoevaluación de contenidos</i> (15 minutos)	-Analizar los contenidos adquiridos durante las sesiones.
		<i>Tambores</i> (10 minutos)	-Favorecer el bienestar personal.
		<i>Actividades Para La Vida Diaria</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Pauta Educativa 10.</i> (15 minutos)	-Destacar los aspectos más importantes que hay que tener en cuenta en el hogar y fuera de ésta con los niños con TDAH.
		<i>Conceptos clave</i> (5 minutos)	-Resumir los conceptos trabajados en el módulo.
<i>BLOQUE III:</i> Finalización del Programa.  <i>Módulo VI:</i> En familia	<b>SESIÓN 20/ 10ª SEMANA</b>	<i>Actuaciones por familias</i> (80 minutos)	-Favorecer la realización de las actividades familiares.
		<i>Convivencia</i> (30 minutos)	-Mejorar las relaciones entre las familias participantes.
		<i>Valoración del programa</i> (10 minutos)	-Completar un cuestionario que evalúa distintos aspectos del programa desarrollado. -Conocer la satisfacción de los participantes del programa.
<i>BLOQUE III:</i> Finalización del Programa <i>Módulo VII:</i> Evaluación Global del Programa			

Tabla 19. Estructura del Programa *IMAGINA*. Niños.

<b>BLOQUE</b>	<b>Nº DE SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES</b>
<i>BLOQUE I:</i> ¿Qué es?	<b>SESIÓN 1/ 1ª SEMANA</b>	<i>El programa</i> (5 minutos)	-Exponer los aspectos centrales del programa. -Dar a conocer a los participantes las características principales del programa.
<i>BLOQUE II:</i> Mis compañeros y compañeras		<i>Mi juego favorito</i> (15 minutos)	-Favorecer el conocimiento mutuo de los participantes.
		<i>Normas del grupo</i> (15 minutos)	-Potenciar la cohesión grupal.
		<i>Rompiendo barreras</i> (10 minutos)	-Mejorar la integración y participación en el grupo.
		<i>Para practicar todos los días</i> (5 minutos).	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 1.</i> (10 minutos)	-Fomentar la responsabilidad de los niños. -Traer el manual a las sesiones.
		<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del bloque.
<i>BLOQUE III:</i> Explorando las emociones.	<b>SESIÓN 2/ 1ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (10 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Así me siento</i> (20 minutos)	-Expresar e identificar las propias emociones.
		<i>Exprésate</i> (10 minutos)	-Expresar y tomar conciencia de las propias y ajenas.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 1 (seguimiento)</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.
<i>BLOQUE III:</i> Explorando las emociones.	<b>SESIÓN 3/ 2ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>La fiesta</i> (20 minutos)	-Identificar sentimientos y emociones ajenas.
		<i>Me dejo llevar...</i> (10 minutos)	-Expresar emociones de forma adecuada. -Manejar las emociones propias y ajenas.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (10 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 2</i> (10 minutos)	-Aprender y practicar la técnica de autoinstrucciones.
<i>BLOQUE III:</i> Explorando las emociones	<b>SESIÓN 4/ 2ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Se siente...</i> (15 minutos)	-Identificar y expresar emociones en los demás.
		<i>¿Qué está pasando?</i> (10 minutos)	-Identificar y expresar emociones en los demás.
		<i>Escena primera</i> (10 minutos)	-Identificar y expresar emociones en los demás.
		<i>Espejo mágico</i> (5 minutos)	-Expresar emociones de forma adecuada.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 2 (seguimiento)</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.

Tabla 19. Estructura del Programa *IMAGINA*. Niños (Continuación).

<b>BLOQUE</b>	<b>Nº DE SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES</b>
<i>BLOQUE III:</i> Explorando las emociones	<b>SESIÓN 5/ 2ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Pasó...</i> (20 minutos)	-Reflexionar acerca de la expresión los sentimientos.
		<i>Relajación</i> (10 minutos)	-Manejar las emociones a través de una técnica de relajación.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 3.</i> (15 minutos)	-Aprender a organizar el día.
<i>BLOQUE III:</i> Explorando las emociones	<b>SESIÓN 6/ 3ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>¡Párate y piensa!</i> (15 minutos)	-Aprender una técnica de cambio de pensamiento para controlar las emociones negativas.
		<i>¡Cuéntame!</i> (15 minutos)	-Desarrollar actitudes positivas hacia la consecución de objetivos.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 3 (seguimiento)</i> (10 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida
		<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del bloque.
<i>BLOQUE IV:</i> Descubriendo mis tesoros.	<b>SESIÓN 7/ 3ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Carta de presentación</i> (20 minutos)	-Fomentar el autoconocimiento
		<i>¡Abrázame!</i> (10 minutos)	-Favorecer el afecto positivo entre los participantes.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 4</i> (15 minutos)	-Aprender a realizar las actividades que se hacen por la mañana de lunes a viernes de manera ordenada y rápida (levantarse, asearse, vestirse, desayunar, lavarse los dientes e ir al colegio).
<i>BLOQUE IV:</i> Descubriendo mis tesoros.	<b>SESIÓN 8/ 4ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Autoestima</i> (15 minutos)	-Desarrollar la autoestima.
		<i>Me quieren</i> (20 minutos)	-Potenciar la autoestima.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 4 (seguimiento)</i> (10 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.

Tabla 19. Estructura del Programa *IMAGINA*. Niños (Continuación).

<b>BLOQUE</b>	<b>Nº DE SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES</b>
<b>BLOQUE IV:</b> Descubriendo mis tesoros	<b>SESIÓN 9/ 5ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Me siento bien</i> (15 minutos)	-Favorecer el autoconocimiento y la autoestima.
		<i>Compartiendo</i> (10 minutos)	-Concienciar de las cualidades positivas que cada persona posee
		<i>¡Adelante!</i> (10 minutos)	.-Potenciar el desarrollo de la autoestima. -Desarrollar la capacidad de motivarse a sí mismo.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 5</i> (10 minutos)	-Aprender a preparar la mochila para el colegio de manera adecuada cada día.
<b>BLOQUE IV:</b> Descubriendo mis tesoros	<b>SESIÓN 10/ 5ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Lista de pensamientos</i> (20 minutos)	-Enseñar a cuestionar los pensamientos negativos hacia uno mismo.
		<i>Me hace feliz</i> (20 minutos)	-Mejorar la autoestima.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 5 (seguimiento)</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida
<b>BLOQUE IV:</b> Descubriendo mis tesoros	<b>SESIÓN 11/ 6ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Metas</i> (15 minutos)	-Plantear metas personales y establecer una serie de pasos para su consecución.
		<i>¿Qué siento?</i> (10 minutos)	-Identificar la valoración que tenemos sobre nosotros mismos y sobre los demás.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 6</i> (15 minutos)	-Reflexionar acerca de la importancia de colaborar en las actividades de la casa y proponer un actividad para realizar.
		<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del bloque.
<b>BLOQUE V:</b> Conviviendo	<b>SESIÓN 12/ 6ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Las habilidades sociales I</i> (20 minutos)	-Identificar, conocer y practicar las habilidades sociales.
		<i>Las habilidades sociales II</i> (20 minutos)	-Practicar algunas habilidades sociales en la vida cotidiana.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 6 (seguimiento)</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.

Tabla 19. Estructura del Programa *IMAGINA*. Niños (Continuación).

<b>BLOQUE</b>	<b>Nº DE SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES</b>
<b>BLOQUE V:</b> Conviviendo	<b>SESIÓN 13/ 7ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Asertividad</i> (20 minutos)	-Identificar y practicar el estilo de comunicación asertivo.
		<i>Ahora es...</i> (15 minutos)	-Conocer los distintos estilos de comunicación.
		<i>Para Practicar Todos Los Días.</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 7.</i> (10 minutos)	-Conocer y practicar las técnicas de estudio.
<b>BLOQUE V:</b> Conviviendo	<b>SESIÓN 14/ 7ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Copia fiel</i> (10 minutos)	-Reflexionar sobre la importancia que tiene la escucha activa.
		<i>Dibujando</i> (30 minutos)	-Aprender en qué consiste la técnica de la escucha activa. -Poner en práctica la técnica de la escucha activa.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 7 (seguimiento)</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida
<b>BLOQUE V:</b> Conviviendo.	<b>SESIÓN 15/ 8ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Empatizando</i> (15 minutos)	-Dar a conocer y/o practicar la empatía.
		<i>¡Vamos a jugar!</i> (10 minutos)	-Promover la cohesión de grupo y diversión. -Favorecer la atención de los niños.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 8</i> (15 minutos)	-Aprender la importancia de comer de forma adecuada y variada. -Comer todo y pronto en todas las comidas del día.
<b>BLOQUE VI:</b> Buscando la felicidad.	<b>SESIÓN 16/ 8ª SEMANA</b>	<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del bloque.
		<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Resolviendo conflictos</i>	-Aprender y practicar la técnica de resolución de conflictos. -Resolver los problemas que se plantean en la vida cotidiana de manera adecuada.
		<i>¡Vamos a jugar!</i>	-Promover la cohesión de grupo y diversión. -Favorecer la atención de los niños.
		<i>Para Practicar Todos Los Días.</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
<i>Aprendemos. Pauta 8 (seguimiento).</i>	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida.		

Tabla 19. Estructura del Programa *IMAGINA*. Niños (Continuación).

<b>BLOQUE</b>	<b>Nº DE SESIÓN/ SEMANA</b>	<b>ACTIVIDADES/ DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES</b>
<i>BLOQUE VI:</i> Buscando la felicidad.	<b>SESIÓN 17/ 9ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>¡Organización!</i> (20 minutos)	-Aumentar el bienestar personal.
		<i>¡Vamos a jugar!</i> (10 minutos)	-Promover la cohesión de grupo y diversión. -Favorecer la atención de los niños.
		<i>Para practicar todos los días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 9</i> (15 minutos)	-Reflexionar y poner en práctica: escuchar a los padres y obedecer, organizarse todos los días, realizar las tareas escolares y estudiar e ir a la cama cuando se lo dicen.
<i>BLOQUE VI:</i> Buscando la felicidad.	<b>SESIÓN 18/ 9ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>Me siento mejor cuando...</i> (20 minutos)	-Analizar los recursos que utiliza cada persona para sentirse bien en los momentos en que se está triste, y/o enfadada.
		<i>¡Vamos a jugar!</i> (15 minutos)	-Promover la cohesión de grupo y diversión. -Favorecer la atención de los niños.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 9 (seguimiento)</i> (10 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida
<i>BLOQUE VI:</i> Buscando la felicidad.	<b>SESIÓN 19/ 10ª SEMANA</b>	<i>Resumen de la sesión anterior</i> (5 minutos)	-Recordar los contenidos trabajados en la sesión anterior.
		<i>Seguimiento de las actividades para casa</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de los contenidos trabajados fuera de la sesión.
		<i>¿Qué escuchas?</i> (10 minutos)	-Favorecer el bienestar personal a través de la música.
		<i>Me gusta de ti</i> (5 minutos)	-Conocer las cualidades positivas propias a través de los demás.
		<i>Autoevaluación</i> (10 minutos)	-Analizar los contenidos adquiridos.
		<i>La Tormenta</i> (5 minutos)	-Promover la cohesión de grupo y la diversión. -Favorecer la atención de los niños.
		<i>Tambores</i> (5 minutos)	-Favorecer el bienestar personal.
		<i>Para Practicar Todos Los Días</i> (5 minutos)	-Proponer una actividad para trabajar los contenidos.
		<i>Aprendemos. Pauta 9 (seguimiento)</i> (5 minutos)	-Hacer un seguimiento de la pauta establecida
		<i>Recordar</i> (5 minutos)	-Destacar las ideas principales del bloque.
<i>BLOQUE VII:</i> Con mi familia	<b>SESIÓN 20/ 10ª SEMANA</b>	<i>Actuaciones por familias</i> ( 80 minutos)	-Favorecer la realización de las actividades familiares.
		<i>Convivencia</i> (30 minutos)	-Mejorar las relaciones entre las familias participantes.
<i>BLOQUE VIII:</i> Valoramos el programa.		<i>Valoración del programa</i> (10 minutos)	-Completar un cuestionario que evalúa distintos aspectos del programa desarrollado. -Conocer la satisfacción de los participantes del programa.







# Capítulo 8

## RESULTADOS

En este capítulo se analizan los efectos del programa de intervención sobre las variables objeto de estudio en los padres (IE percibida, bienestar psicológico percibido, habilidades sociales, ansiedad, depresión, autoestima, satisfacción familiar, estilo educativo, problemas emocionales y comportamentales de los niños y síntomas de déficit de atención, hiperactividad y problemas conductuales) y en los niños (IE percibida, ansiedad, depresión, autoestima, adaptación y estilo educativo recibido).

Para cada variable se comparan los resultados a nivel intragrupo e intergrupos. Por un lado, se analizan los cambios efectuados dentro de cada grupo, experimental y control, en los distintos momentos de medida, pretest, postest y seguimiento (sólo en el grupo experimental). Por otro lado, se comparan los cambios efectuados en cada variable entre los grupos experimental y control en los distintos momentos de medida pretest y postest. Asimismo, se analizan los resultados en distintas variables en el grupo experimental de padres e hijos según el sexo. Finalmente, se expone la información recogida durante las sesiones del programa.

### 8.1. Efectos de la intervención en los padres

En primer lugar, vamos a analizar los cambios efectuados en las variables de los grupos formados por los padres.

#### 8.1.1. Factores individuales en los padres

A continuación se exponen los resultados obtenidos sobre cada una de las variables individuales del estudio. En primer lugar, a nivel intragrupo y, en segundo lugar, a nivel intergrupos de los siguientes factores: IE percibida, bienestar psicológico subjetivo, habilidades sociales y asertividad, ansiedad, depresión, autoestima y satisfacción familiar en las fases de pretest, postest y seguimiento (sólo en el grupo experimental) de la muestra compuesta por los padres.

### 8.1.1.1. Efectos de la intervención sobre la inteligencia emocional

Con la finalidad de evaluar el impacto del programa sobre la IE percibida, se analizaron los cambios en las puntuaciones del *Trait Meta Mood Scale-24* (TMMS-24) en las dimensiones que lo integran, *Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional* en los grupos experimental y control en las fases de pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y en el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 20 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 20. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de IE percibida en los grupos experimental y control de padres.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre	Pos	Seg	Pre-Pos	Pre-Seg	Pos-Seg	Pre-Pos-Seg	Pre	Pos	Pre-Pos
	Me (IQR)	Me (IQR)	Me (IQR)	Z	Z	Z	X <sup>2</sup>	Me (IQR)	Me (IQR)	Z
<i>Atención Emocional</i>	25,00 (12,00)	25,00 (9,00)	25,00 (8,00)	-,787	-,601	-,588	1,095	23,00 (12,00)	21,00 (13,00)	-,750
<i>Claridad Emocional</i>	28,00 (9,00)	31,50 (7,00)	29,50 (5,00)	<b>-2,463*</b>	-1,260	-,312	<b>6,731*</b>	29,00 (7,00)	22,00 (13,00)	-1,122
<i>Reparación Emocional</i>	27,50 (13,00)	33,00 (12,00)	31,50 (10,00)	<b>-2,513*</b>	-1,049	<b>-2,320*</b>	<b>9,451**</b>	29,00 (6,00)	25,00 (5,00)	<b>-2,353*</b>

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; Me= Mediana; IQR= Intervalo intercuartílico; Z= Estadístico de Wilcoxon; X<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p<,001

Los datos aportados por los padres del grupo experimental no mostraron diferencias significativas en la *Atención Emocional* entre las fases pretest y postest ( $Z=-,787$ ,  $p=,431$ ), entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-,601$ ,  $p=,548$ ) y entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-,588$ ,  $p=,556$ ). Asimismo, en el grupo experimental de padres en las puntuaciones obtenidas no se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación ( $X^2=1,095$ ,  $p=,578$ ).

Por su parte, los datos obtenidos en la dimensión *Atención Emocional* en el grupo control formado por los padres no evidenciaron diferencias significativas entre las fases pretest y posttest ( $Z=-,750, p=,454$ ).

La Figura 5 presenta las puntuaciones obtenidas en la *Dimensión de Atención Emocional* en ambos grupos.

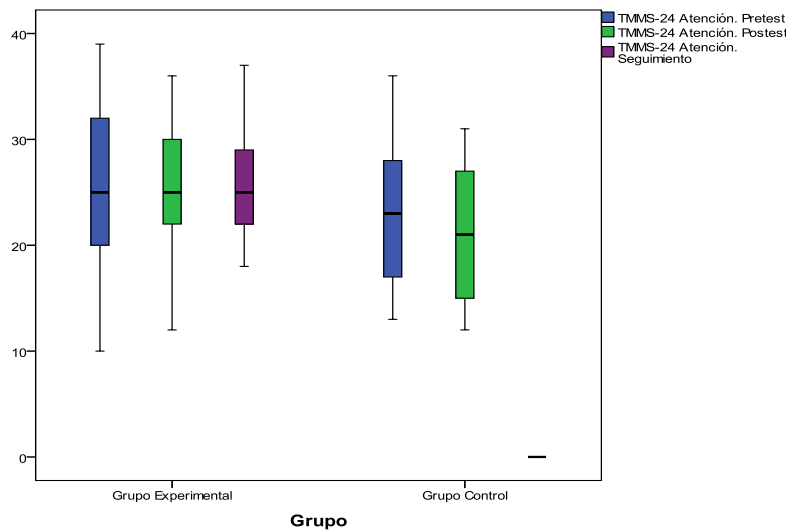


Figura 5. Gráfico de puntuaciones en la dimensión de *Atención Emocional* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

Los datos aportados por los padres del grupo experimental reflejan un aumento estadísticamente significativo de la *Claridad Emocional* entre la fases pretest y posttest ( $Z=-2,463, p=,014$ ), no se encontraron diferencias significativas entre la fase pretest y seguimiento ( $Z=-1,260, p=,208$ ) y la fases posttest y seguimiento ( $Z=-,315, p=,755$ ). Los resultados encontrados entre las mediciones pretest, posttest y seguimiento en el grupo experimental de padres es estadísticamente significativo ( $X^2=6,731, p=,035$ ).

En la dimensión *Claridad Emocional* no se encontró diferencias significativas entre la fase de pretest y posttest en el grupo control de padres ( $Z=-1,122, p=,262$ ).

En la Figura 6 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control.

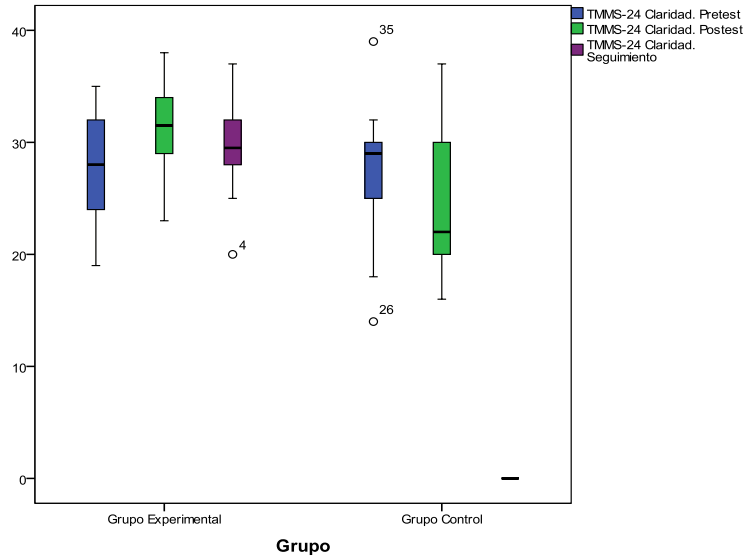


Figura 6. Gráfico de puntuaciones en la dimensión de *Claridad Emocional* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

En el grupo experimental de padres se encontró un aumento estadísticamente significativo en las puntuaciones de *Reparación Emocional* entre las fases pretest y posttest ( $Z=-2,513, p=,012$ ) y entre las fases posttest y seguimiento ( $Z=-2,320 p=,020$ ), sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre la fase pretest y posttest ( $Z=1,049, p=,294$ ). Asimismo, los datos aportados en la dimensión de *Reparación Emocional* en el grupo experimental de padres encontró diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pretest, posttest y ( $X^2=9,451, p=,009$ ).

Por otro lado, en el grupo control de padres los resultados evidencian una disminución estadísticamente significativa de la *Reparación Emocional* de ( $Z=-2,353, p=,019$ ) entre las fases pretest y posttest.

En la Figura 7 se muestran las puntuaciones obtenidas en las fases de pretest y posttest en el grupo experimental y control.

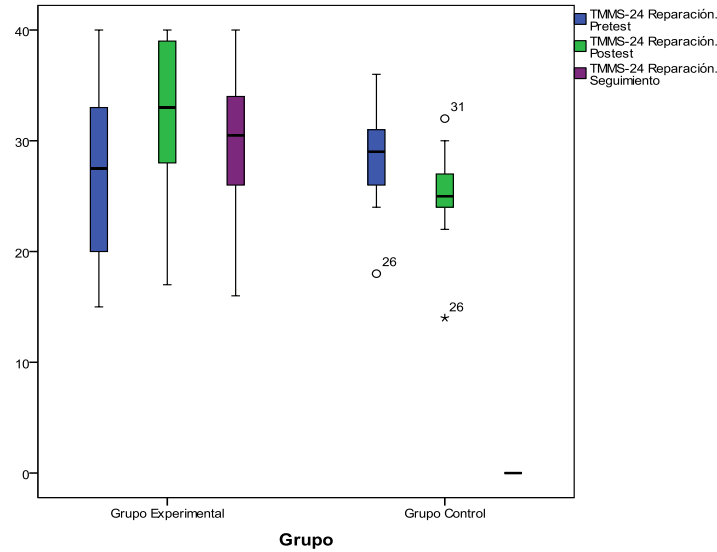


Figura 7. Gráfico de puntuaciones en la dimensión de *Reparación Emocional* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

Por otra parte, para comparar el impacto del programa sobre la IE percibida entre los grupos experimental y control en el pretest y posttest, se analizaron los cambios en las puntuaciones en el *Trait Meta Mood Scale-24* (TMMS-24) en sus dimensiones de *Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional* a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. Así, la fase pretest mostró resultados no significativos entre los grupos experimental y control en las dimensiones de *Atención Emocional* ( $Z=-,987$ ,  $p=,329$ ), *Claridad Emocional* ( $Z=-,365$ ,  $p=,720$ ) y *Reparación Emocional* ( $Z=-,548$ ,  $p=,583$ ). Sin embargo, en la fase posttest se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones que integran la IE percibida del TMMS-24: *Atención* ( $Z=-2,097$ ,  $p=,036$ ), *Claridad* ( $Z=-2,265$ ,  $p=,022$ ) y *Reparación Emocional* ( $Z=-3,016$ ,  $p=,002$ ). Por lo tanto el grupo experimental de padres muestra un aumento de los niveles de IE percibida tras la intervención.

### 8.1.1.2. Efectos de la intervención sobre el bienestar psicológico

Para evaluar el impacto del programa sobre el bienestar psicológico subjetivo de los participantes de los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación de la *Subescala de Bienestar Psicológico* (EBP) en las fases pretest y posttest a través de la Prueba de Wilcoxon y en el pretest, posttest y seguimiento en el grupo

experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 21 se exponen las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 21. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de bienestar psicológico en los grupos experimental y control de padres.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>	Pre-Seg <i>Z</i>	Pos-Seg <i>Z</i>	Pre-Pos-Seg <i>X</i> <sup>2</sup>	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>
<i>Bienestar psicológico subjetivo</i>	104,00 (21,00)	110,00 (23,00)	105,00 (28,00)	<b>-2,745**</b>	<b>-2,182*</b>	-,727	<b>6,808*</b>	101,00 (25,00)	104,00 (29,00)	-,393

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

En el grupo experimental de padres en las puntuaciones obtenidas en la *Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo* se halló un aumento estadísticamente significativo entre la fases pretest y postest (*Z*=-2,745, *p*=,006) y entre las fases pretest y seguimiento (*Z*=-2,182, *p*=,023), no se encontraron diferencias significativas entre las fases postest y seguimiento (*Z*=-,727, *p*=,467). Asimismo, en el grupo experimental de padres encontró diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo* (*X*<sup>2</sup>=6,808, *p*=,033).

En la *Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo* entre las fases pretest y postest en el grupo control de padres no se evidenció efectos significativos (*Z*=-,393, *p*=,695 evidenció).

Por otra parte, para evaluar el impacto del programa sobre el bienestar psicológico subjetivo entre los grupos experimental y control en el pretest y postest se compararon las puntuaciones obtenidas en la *Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo* en ambos



momentos a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. El pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control en la *Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo* ( $Z=-0,00$ ,  $p=1,000$ ). Además, tampoco se hallaron diferencias significativas en la fase posttest ( $Z=-1,539$ ,  $p=,124$ ).

En la Figura 8 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

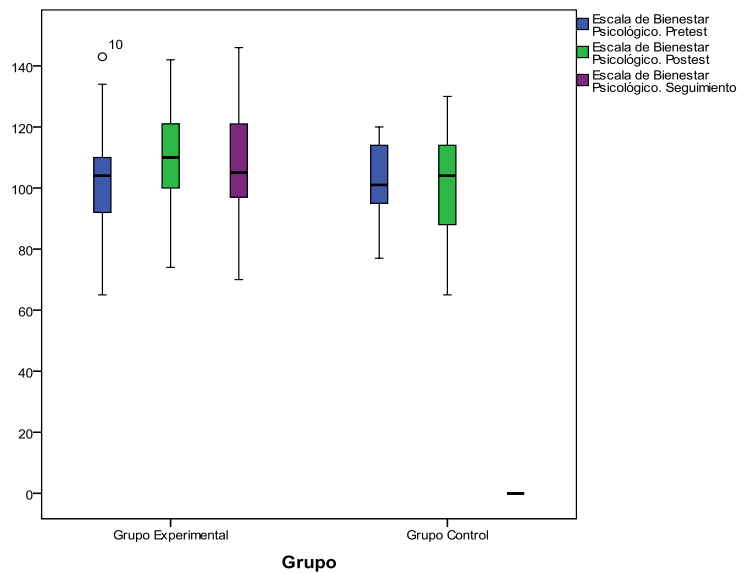


Figura 8. Gráfico de puntuaciones en la *Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

### 8.1.1.3. Efectos de la intervención sobre habilidades sociales

Para valorar el efecto del programa sobre las habilidades sociales y la asertividad de los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación global de la *Escala de Habilidades Sociales* (EHS) en las fases pretest y posttest a través de la Prueba de Wilcoxon y en el pretest, posttest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman.

En la Tabla 22 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el posttest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 22. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de habilidades sociales en los grupos experimental y control de padres.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre	Pos	Seg	Pre-Pos	Pre-Seg	Pos-Seg	Pre-Pos-Seg	Pre	Pos	Pre-Pos
	Me (IQR)	Me (IQR)	Me (IQR)	Z	Z	Z	X <sup>2</sup>	Me (IQR)	Me (IQR)	Z
<i>Habilidades sociales</i>	80,00 (24,00)	88,00 (20,00)	92,00 (24,00)	-2,733**	-2,544*	-,071	8,347*	98,00 (21,00)	97,00 (18,00)	-,385

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; Me= Mediana; IQR= Intervalo intercuartílico; Z= Estadístico de Wilcoxon; X<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p<,001

En el grupo experimental de padres, los datos aportados reflejan un aumento estadísticamente significativo en las fases pretest y postest ( $Z=-2,733$ ,  $p=,006$ ) y entre las fases pretest y postest ( $Z=-2,544$ ,  $p=,011$ ) en la *Escala Global de Habilidades Sociales*, no se encontraron diferencias significativas entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-,071$   $p=,943$ ). Asimismo, en el grupo experimental se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala Global de Habilidades Sociales* ( $X^2=8,347$ ,  $p=,015$ ).

En la *Escala Global de Habilidades Sociales* no se evidenció efectos significativos entre las fases pretest y postest en el grupo control de padres ( $Z=-,385$ ,  $p=,700$ ).

Por otra parte, para analizar el impacto del programa sobre las habilidades sociales entre los grupos experimental y control en el pretest y postest se compararon las puntuaciones obtenidas en la *Escala Global de Habilidades Sociales* en ambos momentos a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney.

El pretest mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control en la *Escala Global de Habilidades Sociales* ( $Z=-2,802$ ,  $p=,005$ ) debido a las elevadas puntuaciones del grupo control de padres en esta fase. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la fase postest ( $Z=-1,678$ ,  $p=,097$ ).

En la Figura 9 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

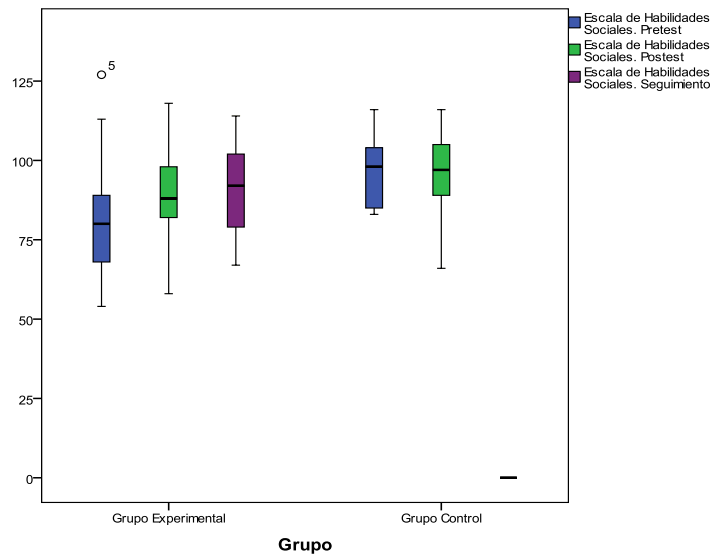


Figura 9. Gráfico de puntuaciones en la *Escala Global de Habilidades Sociales* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

#### 8.1.1.4. Efectos de la intervención sobre ansiedad

Para analizar el efecto del programa sobre la ansiedad de los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación de la *Subescala de Ansiedad /Rasgo* del *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI) en las fases pretest y posttest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, posttest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman.

En la Tabla 23 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el posttest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 23. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de ansiedad en los grupos experimental y control de padres.

Variable	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre	Pos	Seg	Pre-Pos	Pre-Seg	Pos-Seg	Pre-Pos-Seg	Pre	Pos	Pre-Pos
	Me (IQR)	Me (IQR)	Me (IQR)	Z	Z	Z	X <sup>2</sup>	Me (IQR)	Me (IQR)	Z
<i>Ansiedad</i>	23,00 (11,00)	18,00 (14,00)	23,00 (13,00)	<b>-2,360*</b>	-,244	<b>-2,549*</b>	<b>7,146*</b>	15,00 (11,00)	20,00 (16,00)	-,118

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; Me= Mediana; IQR= Intervalo intercuartílico; Z= Estadístico de Wilcoxon; X<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p<,001

En el grupo experimental de padres se encontró una disminución estadísticamente significativa entre las fases pretest y postest ( $Z=-2,360$ ,  $p=,018$ ) y en entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-2,549$ ,  $p=,011$ ), no se encontraron diferencias significativas entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-,244$ ,  $p=,808$ ). Asimismo, en el grupo experimental de padres se presentaron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Subescala de Ansiedad Rasgo* ( $X^2=7,146$ ,  $p=,028$ ).

En el grupo control de padres no se hallaron efectos significativos en la *Subescala de Ansiedad Rasgo* entre las fases pretest y postest ( $Z=-,118$ ,  $p=,906$ ).

Asimismo, para analizar el impacto del programa sobre la ansiedad rasgo entre los grupos experimental y control en el pretest y postest se compararon las puntuaciones obtenidas en la *Subescala de Ansiedad/Rasgo* en ambos momentos a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. El pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control en la ( $Z=-1,525$ ,  $p=,127$ ). Además, no se encontraron diferencias significativas en la fase postest ( $Z=-,123$   $p=,902$ ).

En la Figura 10 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

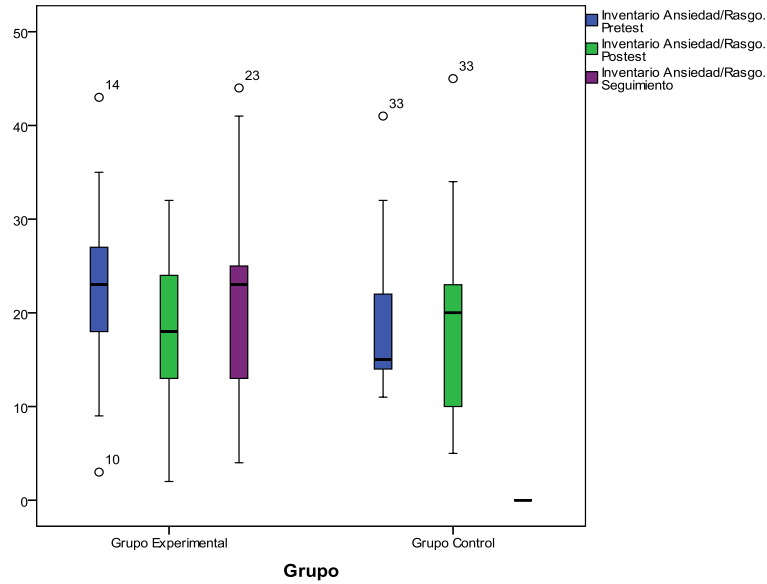


Figura 10. Gráfico de puntuaciones en la *Subescala Ansiedad/Rasgo* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

### 8.1.1.5. Efectos de la intervención sobre depresión

En relación al efecto del programa sobre la depresión rasgo de los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación de la *Subescala de Depresión/Rasgo* del *Inventario de Depresión Estado Rasgo* (IDER) en las fases pretest y posttest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, posttest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman.

En la Tabla 24 presentan las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el posttest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 24. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de depresión en los grupos experimental y control de padres.

Variable	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre	Pos	Seg	Pre-Pos	Pre-Seg	Pos-Seg	Pre-Pos-Seg	Pre	Pos	Pre-Pos
	Me (IQR)	Me (IQR)	Me (IQR)	Z	Z	Z	X <sup>2</sup>	Me (IQR)	Me (IQR)	Z
<b>Depresión Rasgo</b>	21,00 (5,00)	21,00 (3,00)	22,00 (4,00)	-,358	-,754	-1,055	1,239	20,00 (7,00)	20,00 (7,00)	-,360

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; Me= Mediana; IQR= Intervalo intercuartílico; Z= Estadístico de Wilcoxon; X<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p<,001

En el grupo experimental, en la *Subescala Depresión Rasgo* no se hallaron efectos significativos en las fase pretest y postest ( $Z=-,358, p=,721$ ), en las fases pretest y postest ( $Z=-,754, p=,445$ ) y en las fases pretest y seguimiento ( $Z=-1,055, p=,291$ ). Asimismo, las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental de padres no encontró diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Subescala de Depresión Rasgo* ( $X^2=1,239 p=,538$ ).

En la *Subescala Depresión Rasgo* las fases pretest y postest en el grupo control de padres ( $Z=-,360, p=,719$ ) no presentó efectos significativos.

Asimismo, se compararon las puntuaciones obtenidas en la *Subescala de Depresión/Rasgo* para analizar el impacto del programa entre los grupos experimental y control en el pretest y postest a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. El pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control en la ( $Z=-,263, p=,808$ ). Además, no se encontraron diferencias significativas en la fase postest ( $Z=-,482 p=,649$ ).

En la Figura 11 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

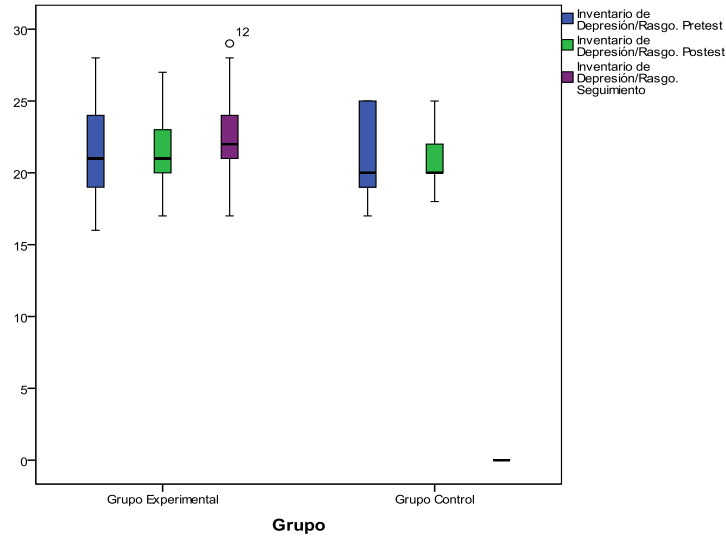


Figura 11. Gráfico de puntuaciones en la *Subescala Depresión/Rasgo* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

### 8.1.1.6. Efectos de la intervención sobre autoestima

Para analizar el efecto del programa sobre el nivel de autoestima de los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación en la *Escala de Rosenberg* (EAR) en las fases pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 25 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 25. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de autoestima en los grupos experimental y control de padres.

Variable	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre	Pos	Seg	Pre-Pos	Pre-Seg	Pos-Seg	Pre-Pos-Seg	Pre	Pos	Pre-Pos
	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Z</i>	<i>Z</i>	<i>Z</i>	<i>X</i> <sup>2</sup>	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Z</i>
<i>Autoestima</i>	33,00 (10,00)	34,00 (8,00)	34,00 (9,00)	<b>-2,153*</b>	-1,407	-,918	3,894	35,00 (9,00)	33,00 (6,00)	-1,538

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

En el grupo experimental de padres los datos aportados reflejan un aumento de la *Autoestima* estadísticamente significativa entre las fases pretest y posttest ( $Z=-2,153$ ,  $p=,031$ ), sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-1,407$ ,  $p=,160$ ) y entre las fases posttest y seguimiento ( $Z=-,918$ ,  $p=,358$ ). Por su parte, en el grupo experimental de padres no se hallaron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, posttest y seguimiento) en la *Escala de Autoestima* ( $X^2=3,894$ ,  $p=,143$ ).

Los datos obtenidos a través de los padres del grupo control en el variable de *Autoestima* no presentaron efectos significativos entre las fases pretest y posttest ( $Z=-1,538$ ,  $p=,124$ ).

Por otro lado, se compararon las puntuaciones obtenidas en la *Escala de Autoestima* entre los grupos experimental y control en las fases de pretest y posttest a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. El pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control en la ( $Z=-,972$   $p=,345$ ). Aunque sí se encontraron diferencias significativas en la fase posttest ( $Z=-2,234$ ,  $p=,025$ ) indicando que el grupo experimental aumenta el nivel de autoestima de manera significativa en comparación con el grupo control una vez finalizado el programa.

En la Figura 12 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

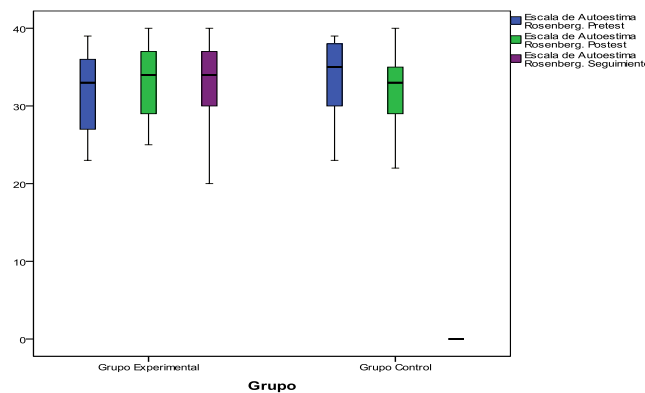


Figura 12. Gráfico de puntuaciones en la *Escala de Autoestima* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.



### 8.1.1.7. Efectos de la intervención sobre satisfacción familiar

Para analizar el efecto del programa sobre la satisfacción familiar en los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación de la *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos* (ESFA) en las fases pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 26 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 26. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de satisfacción familiar en los grupos experimental y control de padres.

Variable	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>	Pre-Seg <i>Z</i>	Pos-Seg <i>Z</i>	Pre-Pos-Seg <i>X</i> <sup>2</sup>	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>
<i>Satisfacción familiar</i>	138,00 (29,00)	146,00 (25,00)	144,00 (31,00)	-2,390*	-,901	-2,099*	9,213*	136,00 (22,00)	136 (21,00)	-,070

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

En el grupo experimental de padres se halló un aumento de las puntuaciones en la *Escala de Satisfacción Familiar* estadísticamente significativo entre las fases pretest y postest (*Z*=-2,390 *p*=,017) y entre las fases postest y seguimiento (*Z*=-2,099, *p*=,036), pero no se encontraron diferencias significativas entre las fases pretest y seguimiento (*Z*=-,901, *p*=,368). Asimismo, en el grupo experimental se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos* (*X*<sup>2</sup>=9,213, *p*=,010).

La *Escala de Satisfacción Familiar* no mostró efectos significativos entre las fases pretest y postest en las puntuaciones obtenidas por el grupo control de padres (*Z*=-,070,

$p=,944$ ).

Asimismo, para analizar el impacto del programa entre los grupos experimental y control en el pretest y posttest se compararon las puntuaciones obtenidas en la *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos* a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. El pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control en el nivel de satisfacción familiar ( $Z=-,755$   $p=,450$ ). En la fase posttest, se encontraron diferencias significativas ( $Z=-2,094$ ,  $p=,036$ ) entre los grupos control y experimental de padres, estos resultados manifiestan un aumento del nivel de satisfacción en el grupo experimental de manera significativa.

En la Figura 13 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

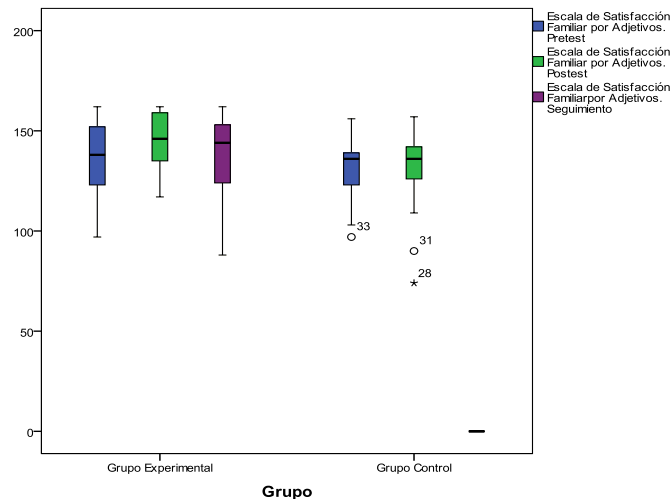


Figura 13. Gráfico de puntuaciones en la *Escala de Satisfacción Familiar* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

### 8.1.2. Factores relacionados con los hijos

En el siguiente apartado se exponen los resultados obtenidos sobre cada una de las variables del estudio relacionadas con los hijos. En primer lugar, a nivel intragrupo y, en segundo lugar, a nivel intergrupos de los factores: estilo educativo, problemas emocionales y conductuales y síntomas de déficit de atención, hiperactividad y trastornos de conducta en

las fases de pretest, postest y seguimiento (sólo en el grupo experimental) de la muestra compuesta por los padres.

### 8.1.2.1. Efectos de la intervención sobre estilo educativo

Para analizar el efecto del programa sobre el estilo educativo de los padres en los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación global del *Estilo Autoritario*, del *Estilo Equilibrado* y del *Estilo Permisivo* de la *Escala de Identificación de Prácticas Educativas Familiares* (PEF) en las fases pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 27 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 27. Estadísticos descriptivos y cambios en el estilo educativo en los grupos experimental y control de padres.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre	Pos	Seg	Pre-Pos	Pre-Seg	Pos-Seg	Pre-Pos-Seg	Pre	Pos	Pre-Pos
	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Z</i>	<i>Z</i>	<i>Z</i>	<i>X</i> <sup>2</sup>	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	<i>Z</i>
<i>Estilo Autoritario</i>	32,00 (14,00)	32,00 (15,00)	28,00 (18,00)	-,296	-,916	-,129	,429	37,00 (12,00)	35,00 (17,00)	-1,295
<i>Estilo Equilibrado</i>	51,50 (10,00)	58,00 (15,00)	55,50 (14,00)	<b>-2,668**</b>	-,831	-,949	<b>6,703*</b>	50,00 (19,00)	48,00 (21,00)	-1,139
<i>Estilo Permisivo</i>	27,00 (12,00)	23,00 (10,00)	19,00 (15,00)	<b>-1,990*</b>	<b>-2,333*</b>	-,991	<b>7,072*</b>	25,00 (12,00)	23,00 (9,00)	-1,605

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

En el grupo experimental tampoco se encontraron diferencias significativas entre las fases pretest y postest (*Z*=-,296 *p*=,767), entre las fases pretest y seguimiento (*Z*=-,916

$p=,360$ ) y entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-,129$ ,  $p=,898$ ) en los datos aportados en el *Estilo Autoritario*. Asimismo, en el grupo experimental no se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en el *Estilo Autoritario* ( $X^2=,429$ ,  $p=,807$ ).

En las puntuaciones obtenidas en el grupo control de padres en el *Estilo Autoritario* entre las fases pretest y postest no se hallaron diferencias significativas ( $Z=-1,295$ ,  $p=,195$ ).

En la Figura 14 se exponen las puntuaciones obtenidas en las fases pretest y postest en los grupos experimental y control.

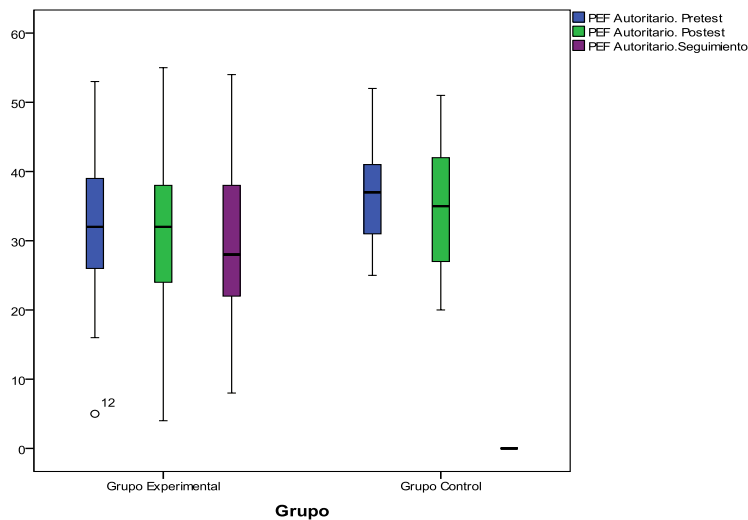


Figura 14. Gráfico de puntuaciones del *Estilo Autoritario* los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

En el grupo experimental de padres los datos aportados en el *Estilo Equilibrado* indican un aumento estadísticamente significativo entre las fases pretest y postest ( $Z=-2,668$ ,  $p=,008$ ), aunque en las fases pretest y seguimiento ( $Z=-,831$ ,  $p=,406$ ) y en las fases postest y seguimiento ( $Z=-,949$ ,  $p=,343$ ) no se obtuvieron diferencias significativas. Asimismo, en el grupo experimental se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en el *Estilo Equilibrado* ( $X^2=6,703$ ,  $p=,035$ ).

En las puntuaciones obtenidas en el *Estilo Equilibrado* no hallaron efectos significativos entre las fases pretest y posttest en el grupo control de padres ( $Z=-1,139$ ,  $p=,255$ ).

En la Figura 15 se presentan las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en los distintos momentos de evaluación.

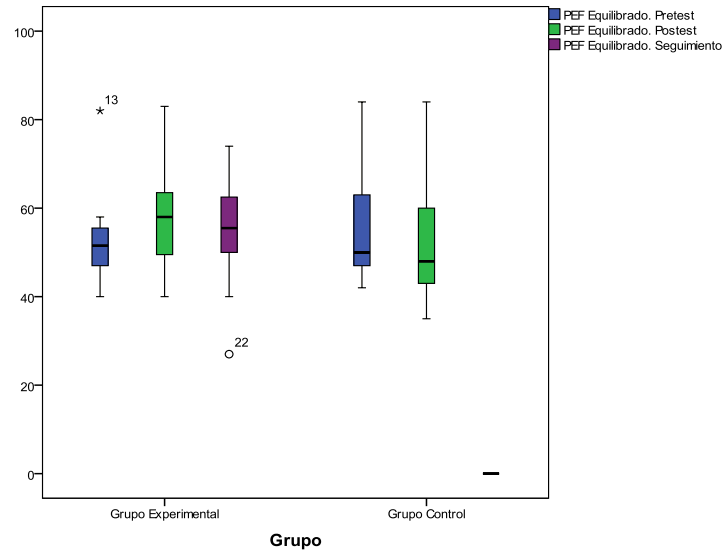


Figura 15. Gráfico de puntuaciones en el *Estilo Equilibrado* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

En el grupo experimental de padres los datos obtenidos indican una disminución estadísticamente significativa entre las fases pretest y posttest ( $Z=-1,190$   $p=,047$ ), aunque entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-2,333$   $p=,020$ ) y entre las fases posttest y seguimiento ( $Z=-,991$ ,  $p=,322$ ) no se encontraron diferencias significativas. Asimismo, en el grupo experimental de padres se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, posttest y seguimiento) en el Estilo Permisivo ( $X^2=7,072$   $p=,029$ ).

Respecto al *Estilo Permisivo*, no se hallaron efectos significativos entre las fases pretest y posttest en el grupo control de padres ( $Z=-1,605$ ,  $p=,108$ ).

En la Figura 16 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

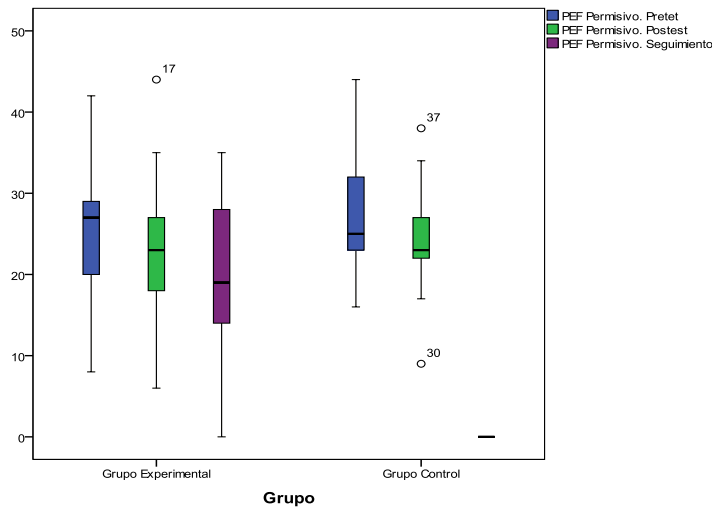


Figura 16. Gráfico de puntuaciones en el *Estilo Permisivo* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

Por su parte, para comparar el impacto del programa entre los grupos experimental y control entre las fases pretest y posttest, se analizaron los cambios en las puntuaciones en la *Escala de Identificación de Pautas Educativas Familiares* (PEF) en el *Estilo Autoritario*, el *Estilo Equilibrado* y el *Estilo Permisivo* a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney.

Así, el pretest mostró resultados no significativos entre los grupos experimental y control en el *Estilo Autoritario* ( $Z=-1,278$ ,  $p=,210$ ), *Estilo Equilibrado* ( $Z=-,355$ ,  $p=,723$ ) y el *Estilo Permisivo* ( $Z=-,385$ ,  $p=,716$ ). Asimismo, en la fase posttest no se hallaron diferencias significativas en ninguno de los tres estilos: *Autoritario* ( $Z=-,708$   $p=,484$ ), *Equilibrado* ( $Z=-1,279$ ,  $p=,201$ ) y *Permisivo* ( $Z=-432$ ,  $p=,617$ ).

### 8.1.2.2. Efectos de la intervención sobre los problemas emocionales y conductuales de los hijos

Con la finalidad de evaluar el impacto del programa sobre los problemas emocionales y conductuales de los hijos, se analizaron los cambios en las puntuaciones del *Cuestionario de Dificultades y Capacidades* (SDQ) en las escalas que lo integran, *Síntomas Emocionales*, *Problemas de Conducta*, *Hiperactividad*, *Problemas con Compañeros* que configuran la *Escala Total de Dificultades* y en la *Conducta Prosocial* en los grupos

experimental y control en las fases de pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y en el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 28 se presentan las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 28. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de problemas emocionales y conductuales en los grupos experimental y control de padres.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>	Pre-Seg <i>Z</i>	Pos-Seg <i>Z</i>	Pre-Pos-Seg <i>X</i> <sup>2</sup>	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>
<b>Síntomas Emocionales</b>	5,00 (4,00)	4,00 (3,00)	4,00 (3,00)	-1,710	<b>-2,685**</b>	-1,125	5,342	3,00 (3,00)	4,00 (4,00)	-,425
<b>Problemas de Conducta</b>	4,00 (3,00)	4,00 (2,00)	3,00 (3,00)	-,172	-,815	-1,397	2,000	3,00 (4,00)	3,00 (2,00)	-,574
<b>Hiperactividad</b>	9,00 (4,00)	6,00 (5,00)	6,00 (4,00)	<b>-2,256*</b>	<b>-2,900**</b>	<b>-2,022*</b>	<b>11,605**</b>	8,00 (4,00)	8,00 (5,00)	-,741
<b>Problemas con Compañeros</b>	3,00 (4,00)	2,00 (4,00)	2,00 (4,00)	-,356	-1,056	,530	2,641	3,00 (3,00)	3,00 (3,00)	-,920
<b>Total Dificultades</b>	19,00 (10,00)	17,00 (12,00)	16,00 (11,00)	-1,902	<b>-2,964**</b>	<b>-2,264*</b>	<b>13,832***</b>	17,00 (7,00)	16,00 (8,00)	-,671
<b>Conducta Prosocial</b>	8,00 (5,00)	9,00 (3,00)	8,00 (4,00)	<b>-2,171*</b> (,030)	-1,622 (,105)	-1,105 (,269)	4,222 (,121)	8,00 (4,00)	8,00 (4,00)	-,259

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

a. Total Dificultades: resultado del sumatorio de las puntuaciones obtenidas en las escalas: Síntomas Emocionales, Problemas de Conducta, Hiperactividad y Problemas con Compañeros.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

En el grupo experimental no se encontraron diferencias significativas entre las fases pretest y postest ( $Z=-1,710$ ,  $p=,087$ ) y entre la fase postest y seguimiento ( $Z=-1,125$ ,  $p=,261$ ) en la *Escala de Síntomas Emocionales*, sin embargo, se halló una disminución estadísticamente significativa entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-2,685$ ,  $p=,007$ ). Asimismo, la Prueba de Friedman en el grupo experimental no encontró diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala de Síntomas Emocionales* ( $X^2=5,342$ ,  $p=,069$ ).

En el grupo control formado por padres, las puntuaciones obtenidas entre las fases de pretest y postest no se hallaron diferencias significativas en la *Escala de Síntomas Emocionales* ( $Z=-,425, p=,671$ ).

En el grupo experimental de padres entre los datos aportados en la *Escala de Problemas de Conducta* no se encontraron diferencias significativas en la fase pretest y postest ( $Z=-,172, p=,864$ ), en la fase pretest y seguimiento ( $Z=-,815 p=,415$ ) y entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-1,397 p=,162$ ). Asimismo, en el grupo experimental no se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala de Problemas de Conducta* ( $X^2=2,000, p=,368$ ).

Por su parte, en el grupo control de padres los resultados obtenidos en la *Escala de Problemas de Conducta* no evidenció cambios significativos entre las fases de pretest y postest ( $Z=-,574, p=,566$ ).

Siguiendo con las escalas de *Dificultades* del SDQ, en el grupo experimental de padres se encontró una disminución de la puntuación en la *Escala de Hiperactividad* estadísticamente significativa entre las fases pretest y postest ( $Z=-2,256, p=,024$ ), entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-2,900, p=,004$ ) y entre las fases postest y seguimiento y ( $Z=-2,022, p=,043$ ). Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala de Hiperactividad* ( $X^2=11,605, p=,003$ ) entre las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental de padres.

En el grupo control de padres no se evidenció diferencias significativas entre las fases de pretest y postest en la *Escala de Hiperactividad* ( $Z=-,741, p=,458$ ).

En el grupo experimental de padres no se encontraron efectos significativos entre las fases pretest y postest ( $Z=-,356, p=,722$ ), entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-1,056, p=,291$ ) y entre las fases de postest y seguimiento ( $Z=-,530, p=,596$ ) en las puntuaciones obtenidas en la *Escala de Problemas con Compañeros*. Asimismo, las puntuaciones del



grupo experimental de padres no mostraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala de Problemas con Compañeros* ( $X^2=2,641$ ,  $p=,267$ ).

Por otro lado, en el grupo control de padres no se detectaron diferencias significativas entre las fases de pretest y postest en la *Escala de Problemas con Compañeros* en el grupo control ( $Z=-,920$ ,  $p=,358$ ).

En el grupo experimental de padres entre las puntuaciones de la *Escala Total de Dificultades* no se encontraron efectos significativos entre las fases pretest y postest ( $Z=-1,902$   $p=,056$ ), sin embargo, se efectuó una disminución estadísticamente significativa del *Total de Dificultades* entre las fases de pretest y seguimiento ( $Z=-2,964$   $p=,003$ ) y entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-2,264$ ,  $p=,024$ ). Asimismo, en el grupo experimental de padres se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala Total de Dificultades* ( $X^2=13,832$ ,  $p=,001$ ).

Por su parte, en el grupo control de padres no se hallaron diferencias significativas en la *Escala Total de Dificultades* entre las fases de pretest y postest ( $Z=-,671$ ,  $p=,502$ ).

En la Figura 17 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control en la *Escala Total de Dificultades*.

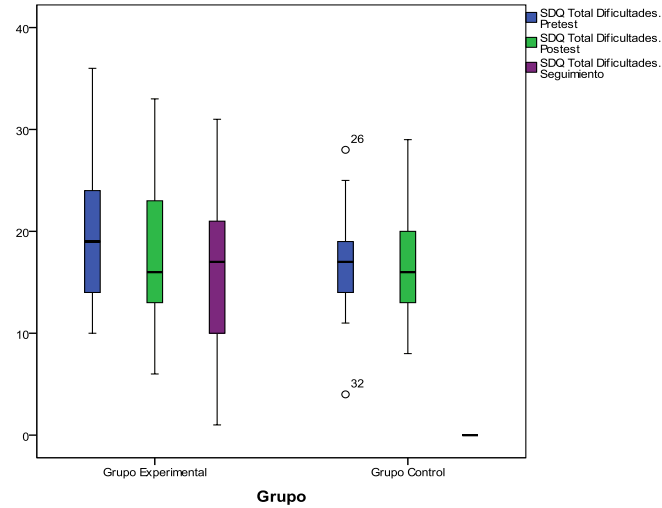


Figura 17. Gráfico de puntuaciones en la *Escala Total de Dificultades* de los grupos experimental y control en la de las distintas fases del estudio.

En el grupo experimental de padres se encontró un aumento de las puntuaciones de la *Escala de Conducta Prosocial* estadísticamente significativo entre las fases pretest y posttest ( $Z=-2,171, p=,030$ ), sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre en la fase pretest y seguimiento ( $Z=-1,622, p=,105$ ) y las fases posttest y seguimiento ( $Z=-1,105, p=,269$ ). Asimismo, en el grupo experimental no se mostraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, posttest y seguimiento) en la *Escala de Conducta Prosocial* ( $X^2=4,222, p=,121$ ).

En el grupo control de padres no se evidenciaron diferencias significativas entre las fases de pretest y posttest en la *Escala de Conducta Prosocial* ( $Z=-,259, p=,796$ ).

En la Figura 18 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control en la *Escala de Conducta Prosocial*.

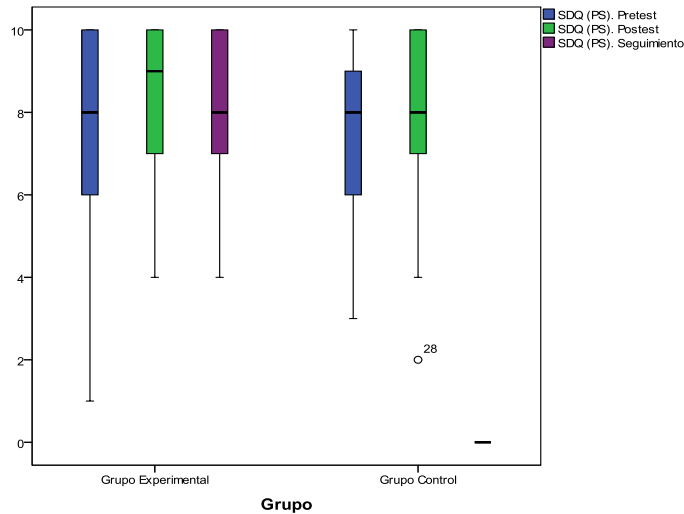


Figura 18. Gráfico de puntuaciones de la *Escala de Conducta Prosocial* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

Por otro lado, para comparar el impacto del programa sobre los problemas conductuales y emocionales entre los grupos experimental y control en el pretest y posttest, se analizaron los cambios en las puntuaciones del *Cuestionario de Capacidades y Dificultades* en sus distintas escalas, a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. Así, pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control en las *Escala de Síntomas Emocionales* ( $Z=-1,909$ ,  $p=,056$ ), *Escala de Problemas de Conducta* ( $Z=-,715$ ,  $p=,475$ ), en la *Escala de Hiperactividad* ( $Z=-,251$ ,  $p=,802$ ), en la *Escala de Problemas con Compañeros* ( $Z=-,608$ ,  $p=,543$ ), en la *Escala Total de Dificultades* ( $Z=-,725$ ,  $p=,468$ ) y en la *Escala de Conducta Prosocial* ( $Z=-,298$ ,  $p=,766$ ). Además, en la fase posttest no se hallaron diferencias significativas entre los grupos experimental y control en las *Escala de Síntomas Emocionales* ( $Z=-,655$ ,  $p=,513$ ), *Escala Problemas de Conducta* ( $Z=-1,429$ ,  $p=,153$ ), en la *Escala de Hiperactividad* ( $Z=-,518$ ,  $p=,604$ ), en la *Escala Problemas con Compañeros* ( $Z=-,312$ ,  $p=,755$ ), en la *Escala Total de Dificultades* ( $Z=-,477$ ,  $p=,655$ ) y en la *Escala de Conducta Prosocial* ( $Z=-,892$ ,  $p=,373$ ).

### 8.1.2.3. Efectos de la intervención sobre síntomas de déficit de atención, hiperactividad y trastornos de conducta de los hijos

Para evaluar los efectos del programa sobre los síntomas de déficit de atención, hiperactividad y trastornos de conducta de los hijos, se analizaron los cambios en las

puntuaciones de las *Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (EDAH) en los grupos experimental y control en las fases de pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y en el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman.

En la Tabla 29 se presentan las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 29. Estadísticos descriptivos y cambios en las puntuaciones de los síntomas de TDAH y problemas asociados en los grupos experimental y control de padres.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>	Pre-Seg <i>Z</i>	Pos-Seg <i>Z</i>	Pre-Pos-Seg <i>X</i> <sup>2</sup>	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>
<b>Hiperactividad</b>	10,00 (6,00)	8,00 (6,00)	8,00 (8,00)	-1,880	<b>-2,934**</b>	-1,143	<b>9,823**</b>	8,00 (9,00)	6,00 (9,00)	-1,298
<b>Atención</b>	10,00 (8,00)	8,00 (5,00)	8,00 (6,00)	<b>-3,661***</b>	<b>-3,546***</b>	-,577	<b>14,953**</b>	9,00 (3,00)	9,00 (4,00)	-,413
<b>Hiperactividad/ Atención</b>	20,00 (9,00)	17,00 (9,00)	16,00 (13,00)	<b>-3,499***</b>	<b>-3,618***</b>	-1,075	<b>19,913***</b>	16,00 (10,00)	14,00 (11,00)	-1,248
<b>Trastorno de Conducta</b>	13,00 (11,00)	13,00 (12,00)	14,00 (14,00)	-,014	-,793	,839	2,800 ,247	10,00 (14,00)	9,00 (13,00)	-,654
<b>Escala Global</b>	32,00 (18,00)	29,00 (16,00)	29,00 (25,00)	<b>-2,274*</b>	<b>-2,561*</b>	-1,389	<b>7,271*</b>	27,00 (19,00)	20,00 (22,00)	-,802

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

a. Hiperactividad/Atención= resultado del sumatorio de las puntuaciones obtenidas en las subescalas: Hiperactividad y Atención.

b. Escala Global= resultado del sumatorio de las puntuaciones obtenidas en las subescalas: Hiperactividad/Atención y Trastornos de Conducta.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

En el grupo experimental de padres, las puntuaciones obtenidas en el *Subescala de Hiperactividad* no se encontraron diferencias significativas entre la fase pretest y postest (*Z*=-1,880, *p*=,060) y entre las fases postest y seguimiento (*Z*=-1,143 *p*=,253), sin embargo,

se encontraron diferencias significativas entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-2,934$ ,  $p=,003$ ). Asimismo, en el grupo experimental de padres se hallaron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Subescala de Hiperactividad* ( $X^2=9,823$ ,  $p=,007$ ).

En el grupo control de padres los datos obtenidos no mostraron diferencias significativas entre las fases de pretest y postest en la *Subescala de Hiperactividad* ( $Z=-1,298$ ,  $p=,194$ ).

En la *Subescala de Atención* los datos aportados señalan una disminución de las puntuaciones estadísticamente significativa en el grupo experimental de padres entre las fases de pretest y postest ( $Z=-3,661$   $p=,000$ ) y entre las fases de pretest y seguimiento ( $Z=-3,546$ ,  $p=,000$ ), sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre las fases postest y seguimiento y ( $Z=-,577$ ,  $p=,564$ ). Asimismo, en el grupo experimental de padres se mostraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Subescala de Atención* ( $X^2=14,953$ ,  $p=,001$ ).

Por su parte, en el grupo control de padres, las puntuaciones obtenidas en la *Subescala de Atención* no evidenciaron diferencias significativas entre las fases de pretest y postest ( $Z=-,413$ ,  $p=,679$ ).

En la *Subescala de Hiperactividad-Déficit de Atención* del EDAH, en el grupo experimental se halló una disminución de las puntuaciones estadísticamente significativa entre las fases de pretest y postest ( $Z=-3,499$ ,  $p=,000$ ), entre el pretest y seguimiento ( $Z=-3,618$ ,  $p=,000$ ), entre las fases de postest y seguimiento no se evidenciaron diferencias significativas ( $Z=-1,075$ ,  $p=,282$ ). Asimismo, en el grupo experimental de padres los datos aportados señalan la presencia de diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Subescala de Hiperactividad-Déficit de Atención* ( $X^2=19,913$ ,  $p=,000$ ).

Respecto al grupo control de padres, las puntuaciones presentadas no evidenciaron diferencias significativas entre las fases de pretest y postest ( $Z=-1,248$ ,  $p=,212$ ).

En la *Subescala de Trastornos de Conducta* las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental de padres no mostraron efectos significativos entre las fases de pretest y postest ( $Z=-,014$ ,  $p=,989$ ), entre las fases de pretest y seguimiento ( $Z=-,793$ ,  $p=,428$ ) y entre las fases de postest y seguimiento ( $Z=-,839$ ,  $p=,401$ ). Asimismo, en las puntuaciones del grupo experimental de padres no se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Subescala de Trastornos de Conducta* ( $X^2=2,800$ ,  $p=,247$ ).

Por otro lado, en el grupo control de padres no se evidenciaron diferencias significativas entre las fases de pretest y postest en la *Subescala de Trastornos de Conducta* ( $Z=-,654$ ,  $p=,513$ ).

En la *Escala Global* del EDAH, los datos obtenidos en el grupo experimental de padres indican una disminución estadísticamente significativa de los síntomas de TDAH entre las fases de pretest y postest ( $Z=-2,274$   $p=,023$ ) y entre las fases de pretest y seguimiento ( $Z=-2,561$ ,  $p=,010$ ), aunque no se encontraron diferencias significativas entre las fases de postest y seguimiento ( $Z=-1,389$ ,  $p=,165$ ). Asimismo, en el grupo experimental de padres se hallaron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala Global* del EDAH ( $X^2=7,271$ ,  $p=,026$ ).

Por su parte, en el grupo control de padres no se mostraron diferencias significativas entre las fases de pretest y postest en la *Escala Global* del EDAH ( $Z=-,802$ ,  $p=,423$ ).

En la Figura 19 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control.

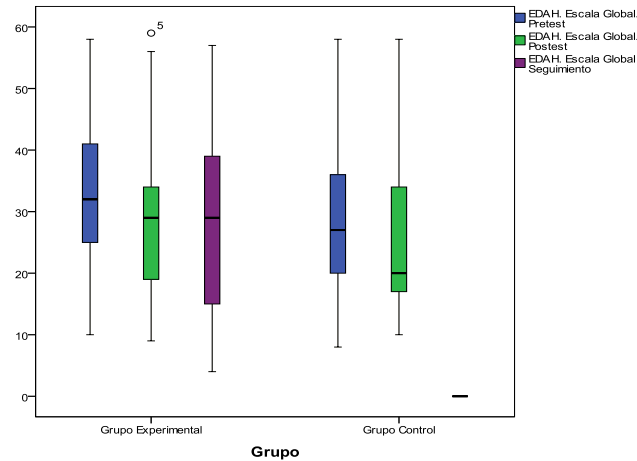


Figura 19. Gráfico de puntuaciones de la *Escala Global* de síntomas del TDAH en los grupos experimental y control en las distintas fase del estudio.

Por otro lado, para comparar el efecto del programa entre los grupos experimental y control en el pretest y posttest, se analizaron los cambios en las puntuaciones de las *Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*, a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. Así, el pretest mostró resultados no significativos entre los grupos experimental y control en la *Subescala de Hiperactividad* ( $Z=-,619$ ,  $p=,536$ ), en la *Subescala de Atención* ( $Z=-,747$ ,  $p=,455$ ), en la *Subescala de Hiperactividad-Déficit de Atención* ( $Z=-,987$ ,  $p=,324$ ), en la *Subescala de Trastornos de Conducta* ( $Z=-,740$ ,  $p=,460$ ) y en la *Escala Global* del EDAH ( $Z=-,924$ ,  $p=,356$ ). Además, en la fase posttest no se hallaron diferencias significativas entre los grupos experimental y control la *Subescala de Hiperactividad* ( $Z=-1,143$ ,  $p=,253$ ), en la *Subescala de Atención* ( $Z=-,898$ ,  $p=,369$ ), en la *Subescala de Hiperactividad-Déficit de Atención* ( $Z=-,385$ ,  $p=,700$ ), en la *Subescala de Trastornos de Conducta* ( $Z=-,847$ ,  $p=,397$ ) y en la *Escala Global* del EDAH ( $Z=-,770$ ,  $p=,441$ ).

## 8.2. Efectos de la intervención en niños

En segundo lugar, se presentan los cambios efectuados en las variables del estudio en los grupos formados por los niños.

### 8.2.1. Factores individuales en los niños

A continuación se exponen los resultados obtenidos sobre cada una de las variables individuales del estudio en los niños: inteligencia emocional, a nivel intragrupo y a nivel intergrupos de los factores individuales: IE, ansiedad, depresión, autoestima y adaptación personal, social, escolar y familiar en las fases de pretest, postest y seguimiento (sólo en el grupo experimental).

#### 8.2.1.1. Efectos de la intervención sobre la inteligencia emocional

Para valorar el impacto del programa sobre la IE percibida, se analizaron los cambios en las puntuaciones de las subescalas del *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version* (EQ-I: YV) en los grupos experimental y control en las fases de pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y en el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 30 se presentan las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 30. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de IE percibida en los grupos experimental y control de niños.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>	Pre-Seg <i>Z</i>	Pos-Seg <i>Z</i>	Pre-Pos-Seg <i>X<sup>2</sup></i>	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>
<i>Intrapersonal</i>	14,00 (5,00)	16,00 (7,00)	17,00 (6,00)	-2,311*	-1,405	-,313	5,317	16,50 (7,00)	15,00 (7,00)	-,865
<i>Interpersonal</i>	38,00 (11,00)	42,00 (8,00)	39,00 (6,00)	-2,358*	-1,231	1,260	2,627	36,00 (6,00)	36,50 (11,00)	-,119
<i>Manejo del Estrés</i>	30,00 (6,00)	30,00 (13,00)	33,00 (8,00)	-,350	-1,061	,630	1,451	36,50 (6,00)	31,00 (9,00)	-2,075*
<i>Adaptabilidad</i>	29,00 (10,00)	31,00 (10,00)	31,00 (10,00)	-1,486	-2,138*	-,633	7,469*	30,50 (18,00)	30,50 (8,00)	-,408
<i>Estado de Ánimo</i>	44,00 (11,00)	48,00 (9,00)	52,00 (9,00)	-3,190**	2,488*	-,118	14,392**	47,00 (16,00)	47,50 (10,00)	-,624
<b>IE Total</b>	157,00 (28,00)	167,50 (31,00)	174,00 (30,00)	-3,298**	-2,294*	-,471	13,000**	164,00 (55,00)	152,00 (45,00)	-,533

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X<sup>2</sup>*=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

a. IE Total= resultado del sumatorio de las puntuaciones obtenidas en las escalas: Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del Estrés, Adaptabilidad y Estado de Ánimo.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001



En el grupo experimental de niños los datos obtenidos a través de la *Escala Intrapersonal* reflejan un aumento estadísticamente significativo entre los resultados de las fases de pretest y postest ( $Z=-2,311$   $p=,021$ ) en el factor de IE intrapersonal, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-1,405$   $p=,160$ ) y entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-,313$   $p=,754$ ). Además, en el grupo experimental de niños no se hallaron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala Intrapersonal* ( $X^2=5,317$   $p=,070$ ).

Por su parte, en el grupo control de niños los datos aportados en la *Escala Intrapersonal* no evidenció diferencias significativas entre las fases de pretest y postest ( $Z=-,865$   $p=,387$ ).

En la *Escala Interpersonal* los resultados obtenidos en el grupo experimental de niños manifiestan un aumento estadísticamente significativo entre las fases de pretest y postest ( $Z=-2,358$   $p=,018$ ), sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en la fase pretest y seguimiento ( $Z=-1,231$ ,  $p=,218$ ) y entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-1,260$ ,  $p=,208$ ). Asimismo, en el grupo experimental de niños no se mostraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala Interpersonal* ( $X^2=2,627$ ,  $p=,269$ ).

En el grupo control de niños, los resultados obtenidos *Escala Interpersonal* no se mostraron significativos entre las fases de pretest y postest en la en el grupo control ( $Z=-,119$ ,  $p=,905$ ).

En el grupo experimental de niños, en los datos aportados en la *Escala de Manejo de Estrés* no se encontraron diferencias significativas entre las fases pretest y postest ( $Z=-,350$ ,  $p=,726$ ), en la pretest y seguimiento ( $Z=-1,061$ ,  $p=,289$ ) y en la fase postest y seguimiento ( $Z=-,630$   $p=,529$ ). Asimismo, en el grupo experimental de niños no se hallaron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala Manejo de Estrés* ( $X^2=1,451$ ,  $p=,484$ ).

En el grupo control de niños, en las puntuaciones de la *Escala Manejo de Estrés* se evidenció una disminución estadísticamente significativa entre las fases de pretest y postest ( $Z=-2,075, p=,038$ ).

En el grupo experimental de niños, los datos recogidos en la *Escala de Adaptabilidad* no mostraron diferencias significativas entre las fases pretest y postest ( $Z=-,1486, p=,137$ ) y entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-,633, p=,527$ ), aunque sí se encontró un aumento de la puntuación obtenida, estadísticamente significativa, entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-2,138, p=,033$ ). Además, se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la de *Escala Adaptabilidad* ( $X^2=7,469, p=,024$ ) en el grupo experimental de niños.

Por otro lado, en el grupo control de niños no se hallaron diferencias significativas entre los resultados obtenidos entre las fases de pretest y postest en la *Escala Adaptabilidad* en el grupo control ( $Z=-,408, p=,683$ ).

En la *Escala de Estado de Ánimo*, las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental de niños muestran un aumento estadísticamente significativo entre las fases pretest y postest ( $Z=-3,190, p=,001$ ) y entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-118, p=,906$ ), no se hallaron diferencias significativas entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-,839, p=,401$ ). Además, los datos aportados en la *Escala de Estado de Ánimo* por el grupo experimental de niños entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) encontraron diferencias significativas ( $X^2=14,392, p=,001$ ).

Por otro lado, en el grupo control de niños las puntuaciones obtenidas entre las fases pretest y postest de la *Escala de Estado de Ánimo* no presentaron diferencias significativas ( $Z=-,624, p=,532$ ).

En la Escala IE Total en el grupo experimental de niños encontramos un aumento estadísticamente significativo de las puntuaciones obtenidas entre la fase pretest y postest ( $Z=-3,298, p=,001$ ) y entre las fases de pretest y seguimiento ( $Z=-2,294, p=,022$ ), no se

hallaron diferencias significativas entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-471, p=,637$ ). Asimismo, en el grupo experimental de niños se mostraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala IE Total* ( $X^2=13,000, p=,002$ ).

En el grupo control de niños, no se hallaron diferencias significativas entre las fases de pretest y postest en la *Escala IE Total* ( $Z=-,533, p=,594$ ).

En la Figura 20 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control.

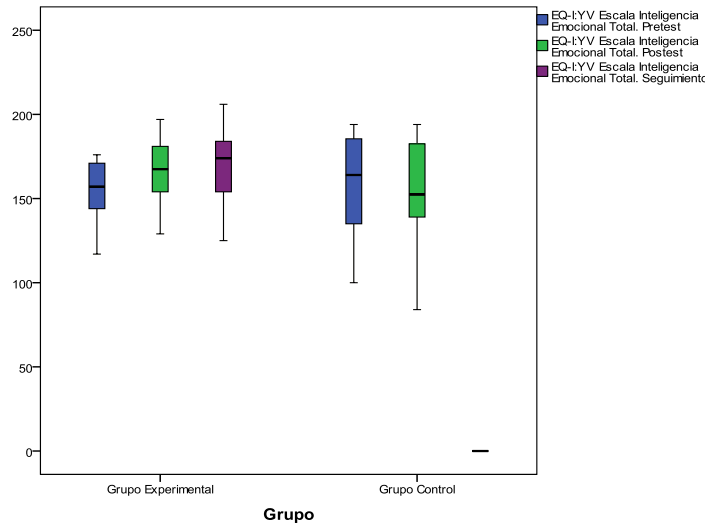


Figura 20. Gráfico de puntuaciones de la *Escala IE Total* en los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

Por otro lado, para comparar el efecto del programa entre los grupos experimental y control en el pretest y postest, se analizaron los cambios en las puntuaciones del *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version*, a través de la Prueba  $U$  de Mann-Whitney.

Por un lado, la comparación del pretest mostró resultados no significativos entre los grupos experimental y control de niños en la *Escala Intrapersonal* ( $Z=-,580, p=,562$ ), en la *Escala Interpersonal* ( $Z=-,272, p=,785$ ), en la *Escala Manejo de Estrés* ( $Z=-1,885, p=,059$ ), en la *Escala de Adaptabilidad* ( $Z=-,246, p=,810$ ), en la *Escala de Estado de Ánimo* ( $Z=-,874, p=,382$ ) y en la *Escala de IE Total* ( $Z=-,695, p=,487$ ). Por otro lado, en la fase postest

no se hallaron diferencias significativas entre los grupos experimental y control la *Escala Intrapersonal* ( $Z=-1,120$ ,  $p=,263$ ), en la *Escala Interpersonal* ( $Z=-1,255$ ,  $p=,210$ ), en la *Escala Manejo de Estrés* ( $Z=-,409$ ,  $p=,682$ ), en la *Escala de Adaptabilidad* ( $Z=-,000$ ,  $p=1,000$ ), en la *Escala de Estado de Ánimo* ( $Z=-,792$ ,  $p=,429$ ) y en la *Escala de IE Total del EQi: YV* ( $Z=-1,003$ ,  $p=,316$ ).

### 8.2.1.2. Efectos de la intervención sobre la ansiedad

Para analizar el efecto del programa sobre la ansiedad en los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación de la *Escala de Ansiedad / Rasgo* del *Cuestionario de Autoevaluación* (STAIC) en las fases pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 31 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 31. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de ansiedad en los grupos experimental y control de niños.

Variable	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre	Pos	Seg	Pre-Pos	Pre-Seg	Pos-Seg	Pre-Pos-Seg	Pre	Pos	Pre-Pos
	Me (IQR)	Me (IQR)	Me (IQR)	Z	Z	Z	X <sup>2</sup>	Me (IQR)	Me (IQR)	Z
<i>Ansiedad Rasgo</i>	34,00 (17,00)	27,50 (12,00)	25,50 (12,00)	-2,362*	-2,363*	-1,380	11,021**	27,00 (15,00)	35,00 (26,00)	-1,521

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; Me= Mediana; IQR= Intervalo intercuartílico; Z= Estadístico de Wilcoxon; X<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

a. Sólo se han tenido en cuenta las puntuaciones de la muestra que cumplía el criterio de edad del instrumento aplicado.

\*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p<,001

En el grupo experimental de niños se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en la *Escala de Ansiedad Rasgo* entre las fases de pretest y postest ( $Z=-2,362$ ,  $p=,018$ ) y entre las fases pretest y postest ( $Z=-2,363$ ,  $p=,018$ ), se produce una disminución estadísticamente significativa en los datos obtenidos entre las fases, sin

embargo, no se encontraron diferencias significativas entre las fases de posttest y seguimiento ( $Z=-1,380$ ,  $p=,168$ ). Asimismo, en el grupo experimental se encontraron diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, posttest y seguimiento) en la *Escala de Ansiedad Rasgo* ( $X^2=11,021$ ,  $p=,004$ ).

En el grupo control de niños los datos aportados entre las fases de pretest y posttest en la *Escala de Ansiedad Rasgo* no destacaron efectos significativos ( $Z=-1,521$ ,  $p=,128$ ).

Asimismo, para analizar el impacto del programa sobre la ansiedad rasgo entre los grupos experimental y control en el pretest y posttest se compararon las puntuaciones obtenidas en la *Escala de Ansiedad/Rasgo* en ambos momentos a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. El pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control en la ( $Z=-,594$ ,  $p=,553$ ). Además, no se encontraron diferencias significativas en la fase posttest ( $Z=-1,142$ ,  $p=,253$ ).

En la Figura 21 se exponen las puntuaciones obtenidas en las fases en los grupos experimental y control.

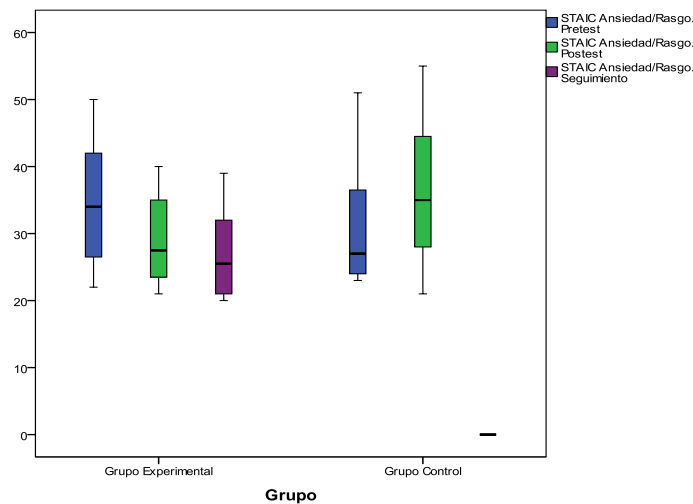


Figura 21. Gráfico de puntuaciones en la *Escala Ansiedad/Rasgo* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

### 8.2.1.3. Efectos de la intervención sobre la depresión

En relación al efecto del programa sobre la depresión de los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación obtenida en la *Escala Total de Depresión del Inventario de Depresión Infantil (CDI)* en las fases pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 32 se presentan las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 32. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de depresión en los grupos experimental y control de niños.

Variable	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre	Pos	Seg	Pre-Pos	Pre-Seg	Pos-Seg	Pre-Pos-Seg	Pre	Pos	Pre-Pos
	Me (IQR)	Me (IQR)	Me (IQR)	Z	Z	Z	X <sup>2</sup>	Me (IQR)	Me (IQR)	Z
<i>Depresión</i>	11,00 (11,00)	9,50 (9,00)	7,00 (8,00)	-,543	-1,271	,505	,633	11,50 (14,00)	7,50 (6,00)	-1,329

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; Me= Mediana; IQR= Intervalo intercuartílico; Z= Estadístico de Wilcoxon; X<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\*p< ,05; \*\*p< ,01; \*\*\*p<,001

En el grupo experimental de niños no se hallaron efectos significativos entre los datos recogidos en la *Escala Total de Depresión* entre las fases de pretest y postest ( $Z=-,543$ ,  $p=,587$ ), en las fases pretest y seguimiento ( $Z=-1,271$ ,  $p=,204$ ) y entre las fases postest y seguimiento ( $Z=-,505$ ,  $p=,613$ ). Asimismo, las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental de niños no encontró diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en la *Escala Total de Depresión* ( $X^2=,633$   $p=,729$ ).

En el grupo control de niños, las puntuaciones obtenidas en la *Escala Total de Depresión* entre las fases pretest y posttest no evidenciaron diferencias significativas ( $Z=-1,329, p=,184$ ).

Por otro lado, se compararon las puntuaciones obtenidas en la *Escala Total de Depresión* para analizar el impacto del programa entre los grupos experimental y control en el pretest y posttest a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. El pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control ( $Z=-,351, p=,726$ ). Además, no se encontraron diferencias significativas en la fase posttest ( $Z=-,975 p=,329$ ).

En la Figura 22 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

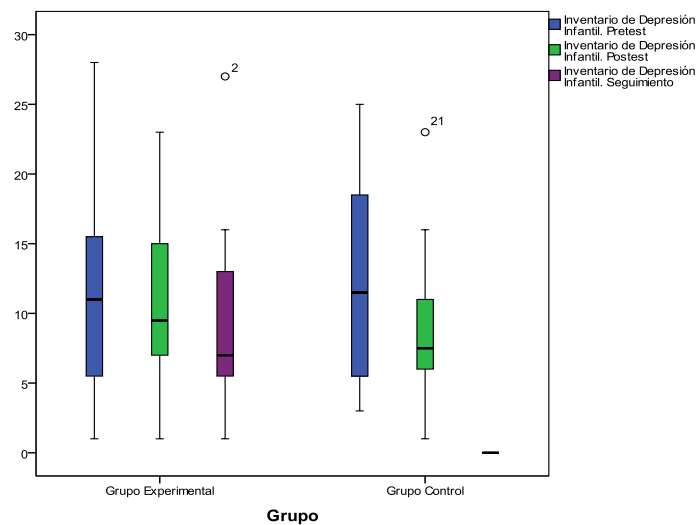


Figura 22. Gráfico de puntuaciones de la *Escala Total de Depresión* los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

#### 8.2.1.4. Efectos de la intervención sobre la autoestima

Para analizar el efecto del programa sobre el nivel de autoestima de los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación obtenida a través del *Cuestionario de Autoestima para Educación Primaria* (AE-P) en las fases pretest y posttest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, posttest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman.

En la Tabla 33 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 33. Estadísticos descriptivos y cambios en el nivel de autoestima en los grupos experimental y control de niños.

Variable	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>	Pre-Seg <i>Z</i>	Pos-Seg <i>Z</i>	Pre-Pos-Seg <i>X</i> <sup>2</sup>	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>
<i>Autoestima</i>	24,50 (10)	27,00 (7,00)	28,50 (7,00)	-1,069	-1,250	-,616	1,227	28,00 (9,00)	26,00 (7,00)	-,636

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

a. Sólo se han tenido en cuenta las puntuaciones de la muestra que cumplía el criterio de edad del instrumento aplicado.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

En los datos aportados por el grupo experimental de niños en el *Cuestionario de Autoestima* no se encontraron diferencias significativas entre las fases pretest y postest (*Z*=-1,069, *p*=,285), entre las fases pretest y seguimiento (*Z*=-1,250, *p*=,211) y entre las fases postest y seguimiento (*Z*=-,616, *p*=,538). Asimismo, en el grupo experimental de niños no se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en el *Cuestionario de Autoestima* (*X*<sup>2</sup>=1,227, *p*=,541).

En el grupo control de niños, la puntuación obtenida en el *Cuestionario de Autoestima* no presentó diferencias significativas entre las fases pretest y postest (*Z*=-636, *p*=,524).

Por su parte, se compararon las puntuaciones obtenidas en el *Cuestionario de Autoestima* entre los grupos experimental y control de niños entre las fases de pretest y postest a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. El pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos experimental y control (*Z*=-,936, *p*=,349). La comparación



postest entre los resultados obtenidos por los grupos experimental y control no evidenciaron diferencias significativas ( $Z=-,340$ ,  $p=,734$ ).

En la Figura 23 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

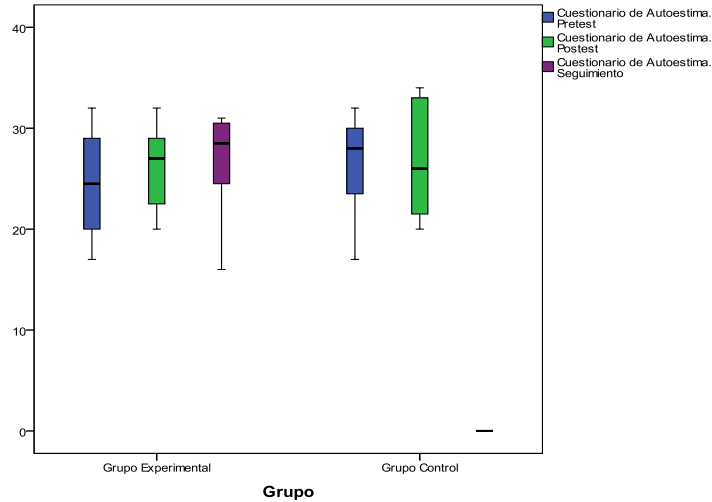


Figura 23. Gráfico de puntuaciones del *Cuestionario de Autoestima* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

### 8.2.1.5. Efectos de la intervención sobre la adaptación personal, social, escolar y familiar

Para valorar el impacto del programa sobre la adaptación personal, social, escolar y familiar, se analizaron los cambios en las puntuaciones de los subfactores del *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil* (TAMAI) en los grupos experimental y control en las fases de pretest y posttest a través de la Prueba de Wilcoxon y en el pretest, posttest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman.

En la Tabla 34 se presentan las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el posttest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 34. Estadísticos descriptivos y cambios en la adaptación personal, escolar, social y familiar en los grupos experimental y control de niños.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>	Pre-Seg <i>Z</i>	Pos-Seg <i>Z</i>	Pre-Pos-Seg <i>X</i> <sup>2</sup>	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>
<i>Inadaptación Personal</i>	9,00 (9,00)	6,00 (10,00)	3,50 (7,00)	-2,184*	3,104**	1,570	11,873**	9,00 (8,00)	2,00 (8,00)	-1,737
<i>Inadaptación Escolar</i>	8,00 (9,00)	6,00 (7,00)	5,00 (6,00)	-,101	-2,509*	-1,963	8,208*	7,50 (9,00)	5,50 (6,00)	-1,917
<i>Inadaptación Social</i>	11,00 (11,00)	6,00 (10,00)	7,00 (11,00)	-2,394*	-2,211*	-,590	6,632*	4,50 (12,00)	6,00 (9,00)	-,979
<i>Insatisfacción Familiar</i>	0,00 (2,00)	1,00 (2,00)	0,00 (2,00)	-,548	,261	-1,294	1,250	0,50 (3,00)	1,00 (2,00)	-,575

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

En el grupo experimental de niños las puntuaciones obtenidas en el *Subfactor Inadaptación Personal*, indican una disminución estadísticamente significativa entre las fases pretest y postest (*Z*=-2,184, *p*=,029) y entre las fases pretest y seguimiento (*Z*=-3,104, *p*=,002), no se encontraron diferencias significativas entre las fases postest y seguimiento (*Z*=-1,570 *p*=,116). Los datos aportados en las distintas fases indican que en el grupo experimental de niños existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en el *Subfactor Inadaptación Personal* (*X*<sup>2</sup>=11,873, *p*=,003). Los niveles de inadaptación personal han ido disminuyendo de manera significativa tras la intervención.

En el grupo control de niños, los datos aportados entre las fases pretest y postest en el *Subfactor Inadaptación Personal* no evidenciaron efectos significativos (*Z*=-1,737, *p*=,082).

En la Figura 24 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control.

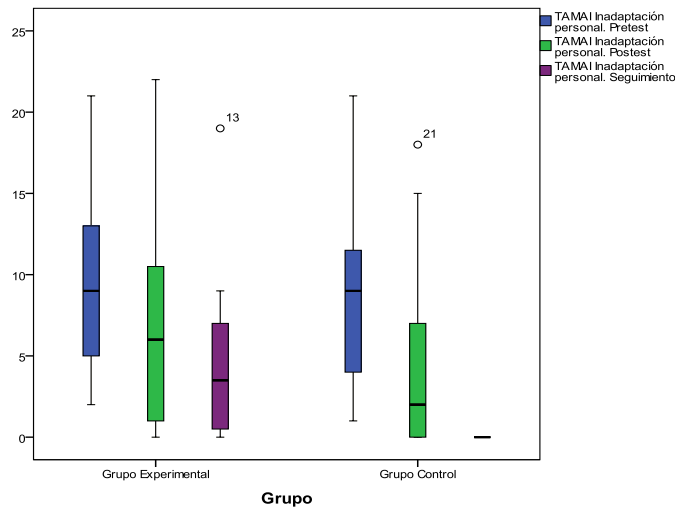


Figura 24. Gráfico de puntuaciones en el *Subfactor Inadaptación Personal* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

En el *Subfactor de Inadaptación Escolar* los datos aportados por el grupo experimental de niños no mostraron diferencias significativas entre las fases pretest y posttest ( $Z=-,101$ ,  $p=,920$ ) y entre las fases posttest y seguimiento ( $Z=-1,963$ ,  $p=,53$ ), sin embargo, se hallaron diferencias significativas entre las fases de pretest y seguimiento ( $Z=-2,509$ ,  $p=,012$ ). Por su parte, los resultados obtenidos por el grupo experimental de niños en el *Subfactor Inadaptación Escolar* entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, posttest y seguimiento) evidenciaron diferencias significativas ( $X^2=8,208$ ,  $p=,017$ ). La puntuación obtenida en la inadaptación escolar disminuye de manera significativa tras la intervención.

En el grupo control de niños, los datos aportados no muestran diferencias significativas entre las fases de pretest y posttest en el *Subfactor Inadaptación* ( $Z=-1,917$ ,  $p=,055$ ).

En la Figura 25 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control.

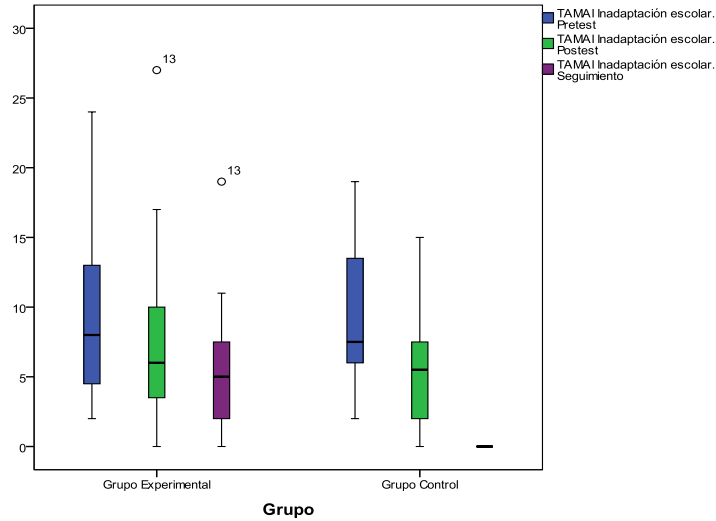


Figura 25. Gráfico de puntuaciones el *Subfactor Inadaptación Escolar* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

En el *Subfactor Inadaptación Social*, las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental de niños presentan una disminución estadísticamente significativa entre las fases pretest y posttest ( $Z=-2,394, p=,017$ ) y entre las fases de pretest y seguimiento ( $Z=-2,211, p=,027$ ), no se encontraron diferencias significativas entre las fases posttest y seguimiento ( $Z=-,590, p=,555$ ). Por otro lado, los datos aportados en los distintos momentos de evaluación en el grupo experimental de niños halló diferencias significativas (fases pretest, posttest y seguimiento) en la *Subfactor Inadaptación Social* ( $X^2=6,632, p=,036$ ). Por lo tanto, se produce una disminución de la inadaptación social después de la aplicación del programa.

En el grupo control, la información aportada en las fases pretest y posttest no muestran diferencias significativas en el *Subfactor Inadaptación Social* ( $Z=-,979, p=,327$ ).

En la Figura 26 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control.

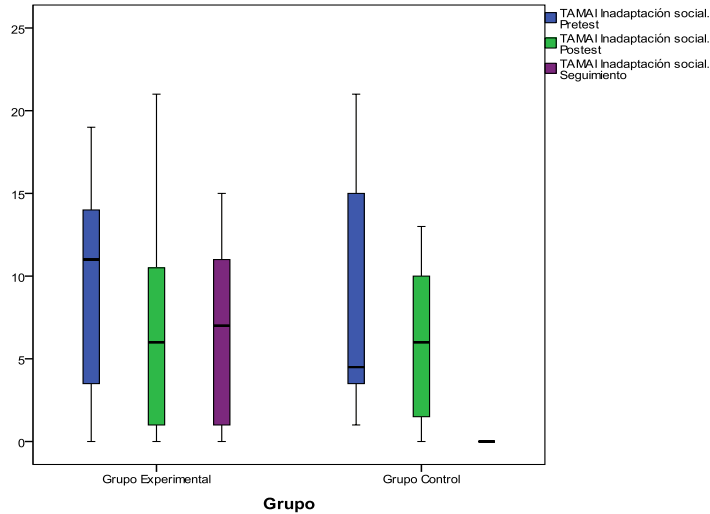


Figura 26. Gráfico de puntuaciones en el *Subfactor Inadaptación Social* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

En el *Subfactor de Insatisfacción con el Ambiente Familiar*, las puntuaciones halladas en el grupo experimental de niños no evidenciaron diferencias significativas entre las fases pretest y posttest ( $Z=-,548$ ,  $p=,584$ ), entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-,261$ ,  $p=,794$ ) y entre la fase posttest y seguimiento ( $Z=-1,294$ ,  $p=,196$ ). Al analizar las puntuaciones obtenidas del grupo experimental de niños entre las distintas fases entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, posttest y seguimiento) en el *Subfactor Insatisfacción con el Ambiente Familiar*, no se hallaron diferencias significativas ( $X^2=1,250$ ,  $p=,535$ ).

En el grupo control de niños, los resultados obtenidos *Subfactor Insatisfacción con el Ambiente Familiar* no evidenció efectos significativos entre las fases de pretest y posttest ( $Z=-,575$ ,  $p=,565$ ).

En la Figura 27 se muestran las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental y control.

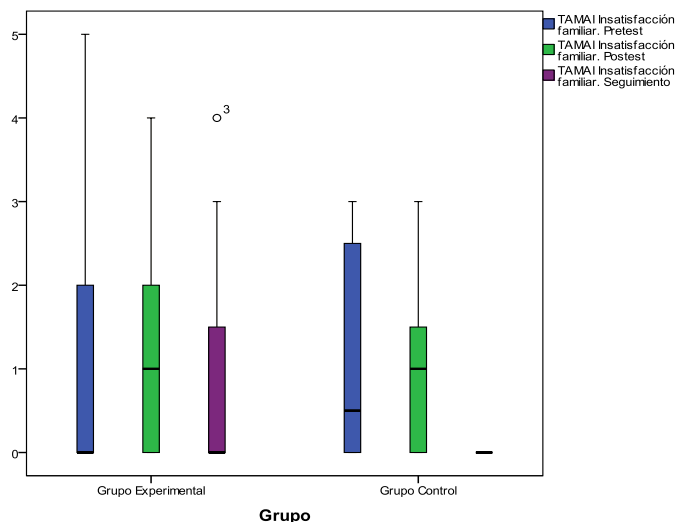


Figura 27. Gráfico de puntuaciones en el *Subfactor Insatisfacción con el Ambiente Familiar* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

Por otro lado, para comparar el efecto del programa entre los grupos experimental y control en el pretest y postest, se analizaron los cambios en las puntuaciones del *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*, a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. Por un lado, en la fase pretest las puntuaciones obtenidas no evidenciaron diferencias significativas entre los grupos experimental y control en el *Subfactor de Inadaptación Personal* ( $Z=-,215$ ,  $p=,830$ ), en el *Subfactor Inadaptación Escolar* ( $Z=-,254$ ,  $p=,799$ ), en el *Subfactor de Insatisfacción Social* ( $Z=-,527$ ,  $p=,598$ ) y en el *Subfactor Insatisfacción con el Ambiente Familiar* ( $Z=-,496$ ,  $p=,659$ ). Por otro lado, en la fase postest los resultados no mostraron diferencias significativas entre los grupos experimental y control en el *Subfactor de Inadaptación Personal* ( $Z=-1,082$ ,  $p=,279$ ), en el *Subfactor Inadaptación Escolar* ( $Z=-1,057$ ,  $p=,291$ ), en el *Subfactor de Insatisfacción Social* ( $Z=-,137$ ,  $p=,891$ ) y en el *Subfactor Insatisfacción con el Ambiente Familiar* ( $Z=-,205$ ,  $p=,837$ ).

### 8.2.2. Factores relacionados con los padres

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos en la variable del estudio relacionada con los padres. En primer lugar, a nivel intragrupo y, en segundo lugar, a nivel intergrupos del estilo educativo en las fases de pretest, postest y seguimiento (sólo en el grupo experimental).

### 8.2.2.1. Estilo educativo

Para analizar el efecto del programa sobre el estilo educativo de los padres en los grupos experimental y control, se analizaron los cambios en la puntuación global del *Estilo Autoritario*, del *Estilo Equilibrado* y del *Estilo Permisivo* de la *Escala de Identificación de Prácticas Educativas Familiares* (PEF) en las fases pretest y postest a través de la Prueba de Wilcoxon y entre el pretest, postest y seguimiento en el grupo experimental utilizando la Prueba de Friedman. En la Tabla 35 pueden observarse las medianas, los intervalos intercuartílicos y los resultados obtenidos en las comparaciones intragrupo en los grupos experimental y control entre el pretest y el postest y en el seguimiento en el grupo experimental.

Tabla 35. Estadísticos descriptivos y cambios en el estilo educativo en los grupos experimental y control de niños.

Variables	Grupo Experimental							Grupo Control		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>	Pre-Seg <i>Z</i>	Pos-Seg <i>Z</i>	Pre-Pos-Seg <i>X</i> <sup>2</sup>	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre-Pos <i>Z</i>
<i>Estilo Autoritario</i>	17,50 (10,00)	19,00 (18,00)	18,00 (20,00)	-,623	-,157	-,445	,565	31,00 (10,00)	24,00 (13,00)	-,763
<i>Estilo Equilibrado</i>	30,00 (14,00)	30,00 (11,00)	28,00 (17,00)	-,614	-,275	-,000	,400	34,00 (7,00)	22,00 (21,00)	-1,352
<i>Estilo Permisivo</i>	22,00 (9,00)	21,00 (14,00)	17,00 (15,00)	-,267	-1,178	<b>-2,084*</b>	4,638	25,00 (13,00)	16,00 (14,00)	-1,183

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *Z*= Estadístico de Wilcoxon; *X*<sup>2</sup>=Estadístico de chi-cuadrado de Friedman.

a. Sólo se han tenido en cuenta las puntuaciones de la muestra que cumplía el criterio de edad del instrumento aplicado.

\**p*< ,05; \*\**p*< ,01; \*\*\**p*<,001

Las puntuaciones obtenidas en el *Estilo Autoritario* en el grupo experimental de niños no mostraron diferencias significativas entre las fases pretest y postest (*Z*=-,623, *p*=,533), entre las fases pretest y seguimiento (*Z*=-,157, *p*=,875) y entre las fases postest y seguimiento (*Z*=-,445, *p*=,656). Asimismo, en los datos aportados en los distintos

momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) en el grupo experimental de niños no se encontraron diferencias significativas en el *Estilo Autoritario* ( $X^2=,565$ ,  $p=,754$ ).

En el grupo control de niños, los datos obtenidos del *Estilo Autoritario* no muestran diferencias significativas entre las fases pretest y postest ( $Z=-,763$ ,  $p=,352$ ).

En la Figura 28 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

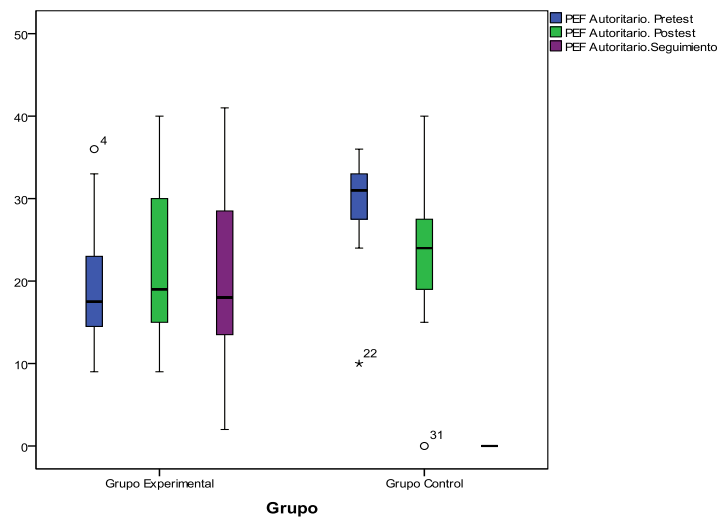


Figura 28. Gráfico de puntuaciones en el *Estilo Autoritario* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

En el grupo experimental de niños los datos obtenidos en el *Estilo Equilibrado* no presentan diferencias significativas entre las fases pretest y postest ( $Z=-,614$ ,  $p=,539$ ), en las fases pretest y seguimiento ( $Z=-,275$ ,  $p=,783$ ) y en las fases postest y seguimiento ( $Z=-,000$ ,  $p=1,000$ ). Asimismo, las puntuaciones obtenidas en el *Estilo Equilibrado* en los distintos momentos de evaluación (fases pretest, postest y seguimiento) del grupo experimental de niños no encontraron diferencias significativas ( $X^2=,400$ ,  $p=,819$ ).

En el grupo control de niños, las puntuaciones obtenidas en el *Estilo Equilibrado* no presentaron diferencias significativas entre las fases pretest y postest ( $Z=-1,352$ ,  $p=,176$ ).



En la Figura 29 se presentan las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en los distintos momentos de evaluación.

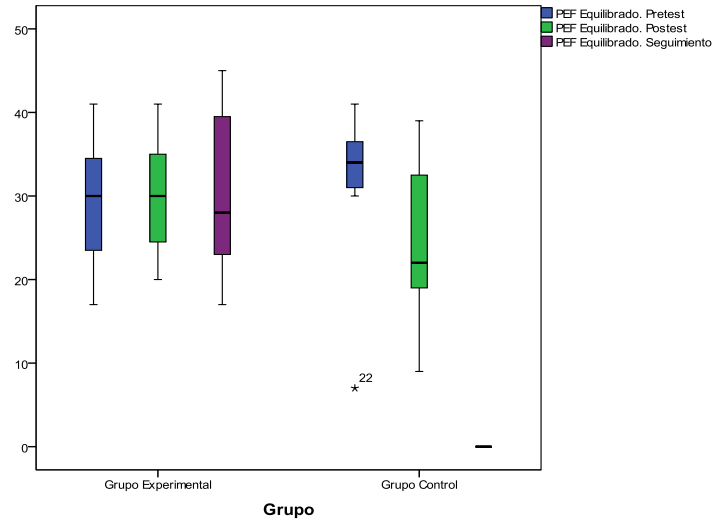


Figura 29. Gráfico de puntuaciones en el *Estilo Equilibrado* de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

Respecto al *Estilo Permisivo*, los resultados obtenidos por el grupos experimental de niños no presentaron diferencias significativas en las fases pretest y posttest ( $Z=-,267$ ,  $p=,789$ ) y entre las fases pretest y seguimiento ( $Z=-1,178$ ,  $p=,239$ ), sin embargo, entre las fases posttest y seguimiento ( $Z=-2,084$ ,  $p=,037$ ) se muestra una disminución estadísticamente significativa. Además, en el grupo experimental de niños las puntuaciones obtenidas entre los distintos momentos de evaluación (fases pretest, posttest y seguimiento) en el *Estilo Permisivo* no mostraron diferencias significativas ( $X^2=4,638$ ,  $p=,098$ ).

En el grupo control de niños no se halló una diferencia estadísticamente significativa de las puntuaciones obtenidas en el *Estilo Permisivo* entre las fases de pretest y posttest ( $Z=-1,183$ ,  $p=,237$ ).

En la Figura 30 se exponen las puntuaciones obtenidas en los grupos experimental y control.

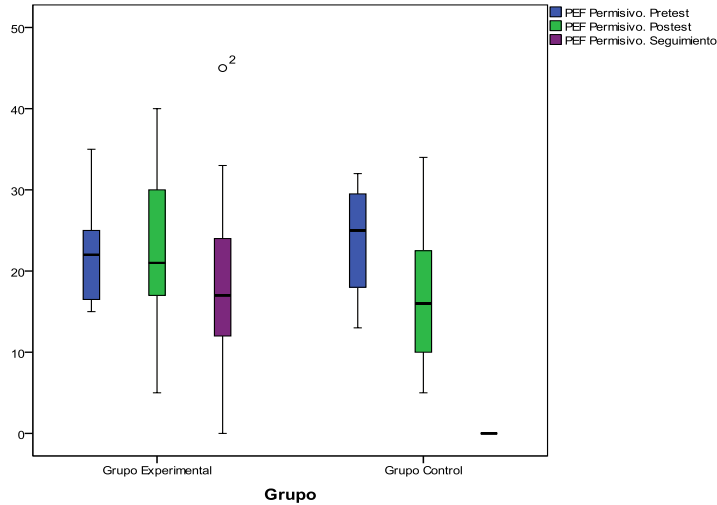


Figura 30. Gráfico de puntuaciones en el *Estilo Permisivo* del PEF de los grupos experimental y control en las distintas fases del estudio.

Por otra parte, para comparar el impacto del programa entre los grupos experimental y control entre las fases pretest y posttest, se analizaron los cambios en las puntuaciones en la *Escala de Identificación de Pautas Educativas Familiares* a través de la Prueba *U* de Mann-Whitney. Así, la comparación efectuada con la puntuación obtenida en el pretest mostró resultados no significativos entre los grupos experimental y control de niños en el *Estilo Autoritario* ( $Z=-1,911$ ,  $p=,056$ ), en el *Estilo Equilibrado* ( $Z=-1,017$ ,  $p=,309$ ) y en el *Estilo Permisivo* ( $Z=-,636$ ,  $p=,525$ ). Asimismo, en la fase posttest no se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones de los tres estilos del PEF: *Autoritario* ( $Z=-,550$ ,  $p=,582$ ), *Equilibrado* ( $Z=-1,187$ ,  $p=,235$ ) y *Permisivo* ( $Z=-1,058$ ,  $p=,290$ ).

### 8.3. Comparación de variables socio-emocionales según el sexo de los participantes

Para estudiar si el programa afectó de manera diferente en función del sexo en el grupo experimental de padres e hijos, se realizaron los análisis descriptivos (medianas e intervalos intercuartílicos) de las variables de inteligencia emocional, ansiedad, depresión y autoestima, asimismo para realizar las comparación entre ambos sexos se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney de las fases pretest, posttest y seguimiento (Ver Tablas 36 y 37).

Tabla 36. Estadísticos descriptivos y resultados de la comparación de distintas variables socioemocionales en el grupo experimental de padres según el sexo.

Instrumento/ Variables	Grupo Hombres			Grupo Mujeres			Hombres-Mujeres		
	Pre <i>Me (IQR)</i>	Pos <i>Me (IQR)</i>	Seg <i>Me (IQR)</i>	Pre <i>Me (IQR)</i>	Pos <i>Me (IQR)</i>	Seg <i>Me (IQR)</i>	Pre <i>U / Z</i>	Pos <i>U / Z</i>	Seg <i>U / Z</i>
<b>TMM5</b>									
<i>Atención Emocional</i>	24,00 (16,00)	21,00 (12,00)	27,00 (12,00)	25,50 (12,00)	26,00 (8,00)	27,00 (12,00)	52,000 -,667	41,000 -1,336	60,500 ,152
<i>Claridad Emocional</i>	27,00 (5,00)	29,00 (9,00)	29,00 (10,00)	31,00 (11,00)	32,00 (8,00)	30,00 (6,00)	13,500 -1,203	13,500 -1,212	21,500 -,134
<i>Reparación Emocional</i>	24,00 (13,00)	33,00 (12,00)	34,00 (12,00)	31,00 (16,00)	33,00 (13,00)	30,00 (11,00)	22,000 -,067	25,000 ,000	18,500 -,800
<b>STAI</b>									
<i>Ansiedad Rasgo</i>	18,00 (14,00)	13,00 (16,00)	24,00 (16,00)	23,50 (9,00)	18,00 (13,00)	23,00 (10,00)	31,000 -1,943	42,000 -1,275	60,500 -1,520
<b>IDER</b>									
<i>Depresión Rasgo</i>	22,00 (3,00)	23,00 (8,00)	22,00 (4,00)	20,50 (5,00)	21,00 (3,00)	21,50 (4,00)	51,000 -,733	47,000 -,976	61,500 -,092
<b>EAR</b>									
<i>Autoestima</i>	35,00 (13,00)	34,00 (8,00)	34,00 (10,00)	31,50 (9,00)	33,00 (7,00)	34,00 (10,00)	48,500 -,880	56,500 -,396	54,000 -,548

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *U*= *U* de Mann-Whitney; *Z*= Estadístico de *U* de Mann-Whitney.

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

Las puntuaciones obtenidas por los hombres y mujeres en la fase de pretest mostraron resultados no significativos en la *Atención Emocional* ( $Z = -,667$ ,  $p = ,505$ ), en la *Claridad Emocional* ( $Z = -1,203$ ,  $p = ,229$ ) y en la *Reparación Emocional* ( $Z = -,067$ ,  $p = ,947$ ). Asimismo, en la fase postest no se hallaron diferencias significativas en los datos obtenidos en las tres dimensiones: *Atención Emocional* ( $Z = -1,136$ ,  $p = ,182$ ), *Claridad Emocional* ( $Z = -1,212$ ,  $p = ,225$ ) y *Reparación Emocional* ( $Z = -,000$ ,  $p = 1,000$ ). En la misma línea, en las puntuaciones recogidas en el seguimiento no presentaron resultados significativos en la *Atención Emocional* ( $Z = -,152$ ,  $p = ,879$ ), en la *Claridad Emocional* ( $Z = -,134$ ,  $p = ,893$ ) y en la *Reparación Emocional* ( $Z = -,800$ ,  $p = ,423$ ).

Por otra parte, los resultados de los grupos de hombres y mujeres del pretest no mostraron diferencias significativas en la *Ansiedad Rasgo* ( $Z=-1,943$ ,  $p=,052$ ). En la fase postest no se hallaron diferencias significativas entre los datos aportados ( $Z=-1,275$ ,  $p=,202$ ) y en el seguimiento tampoco se encontraron diferencias significativas ( $Z=-1,520$ ,  $p=,879$ ).

Por su parte, las puntuaciones obtenidas en el nivel de Depresión del pretest no presentaron diferencias significativas entre los grupos de hombres y mujeres ( $Z=-,733$ ,  $p=,464$ ). En la fase postest estos datos no mostraron diferencias significativas ( $Z=-,976$ ,  $p=,329$ ) y en el seguimiento tampoco se encontraron diferencias significativas ( $Z=-,092$ ,  $p=,927$ ).

Por último, respecto a los datos obtenidos en la escala de *Autoestima* el pretest no mostró diferencias significativas entre los grupos de hombres y mujeres ( $Z=-,880$ ,  $p=,379$ ). En la fase postest los datos no hallaron diferencias significativas ( $Z=-,396$ ,  $p=,692$ ) y en el seguimiento de nuevo no se encontraron diferencias significativas ( $Z=-,548$ ,  $p=,584$ ).

En definitiva, no se han hallado diferencias significativas en las distintas variables en el grupo experimental de padres en función del sexo.

A continuación se exponen los resultados de la comparación en el grupo de niños.

Tabla 37. Estadísticos descriptivos y resultados de la comparación de distintas variables socioemocionales en el grupo experimental de niños según el sexo.

Instrumento/ Variables	Grupo Niños			Grupo Niñas			Niños-Niñas		
	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pos <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Seg <i>Me</i> ( <i>IQR</i> )	Pre <i>Z</i>	Pos <i>Z</i>	Seg <i>Z</i>
<b><i>EQ-I: YV</i></b>									
<i>Escala IE</i>	157,00 (26,00)	167,00 (26,00)	179,00 (29,00)	158,50 (51,00)	177,00 (57,00)	161,50 (40,00)	18,500	16,000	10,000
<b><i>Total</i></b>							<b>-2,212</b>	<b>-5,566</b>	<b>-1,422</b>
<b><i>STAIC</i></b>									
<i>Ansiedad</i>	27,00 (15,00)	25,50 (14,00)	23,50 (9,00)	42,00 (15,00)	31,50 (11,00)	35,50 (16,00)	<b>4,500*</b>	13,000	7,500
<b><i>Rasgo</i></b>							<b>-1,960</b>	<b>-5,510</b>	<b>-1,451</b>
<b><i>CDI</i></b>									
<i>Depresión</i>	11,00 (13,00)	9,00 (9,00)	7,00 (5,00)	11,00 (9,00)	13,00 (9,00)	13,00 (6,00)	43,000	23,500	<b>16,000*</b>
							<b>-1,199</b>	<b>-1,750</b>	<b>-2,353</b>
<b><i>AE-P</i></b>									
<i>Autoestima</i>	25,00 (12,00)	24,00 (7,00)	27,00 (12,00)	24,50 (10)	29,00 (3,00)	30,50 (3,00)	14,000	6,000	6,500
							<b>-3,343</b>	<b>-1,710</b>	<b>-1,631</b>

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; *Me*= Mediana; *IQR*= Intervalo intercuartílico; *U*= *U* de Mann-Whitney; *Z*= Estadístico de *U* de Mann-Whitney.

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

En primer lugar, las puntuaciones obtenidas por los grupos de niños y niñas en la fase pretest no mostraron diferencias significativas en la *IE Total* ( $Z = -,212$ ,  $p = ,832$ ). En la fase postest no se hallaron diferencias significativas ( $Z = -,566$ ,  $p = ,571$ ) en los datos aportados en esta variable y en el seguimiento tampoco se encontraron diferencias significativas ( $Z = -1,422$ ,  $p = ,155$ ).

Por su parte, la *Ansiedad Rasgo* en la fase pretest mostró resultados significativos entre los datos obtenidos por los grupos de niños y niñas ( $Z = -1,960$ ,  $p = ,050$ ). En la fase postest no se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos sexos ( $Z = -,510$ ,  $p = ,610$ ) y en el seguimiento no se presentaron diferencias significativas ( $Z = -1,451$ ,  $p = ,147$ ).

Respecto a la puntuación obtenida en la variable *Depresión* la puntuación obtenida en los grupos de niños y niñas en el pretest no presentó diferencias significativas ( $Z = -,199$ ,  $p = ,843$ ). En los datos obtenidos en la fase postest no se encontraron diferencias

significativas ( $Z=-1,750$ ,  $p=,080$ ). Asimismo, en la fase de seguimiento sí se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por los niños y niñas ( $Z=-2,353$ ,  $p=,019$ ).

Por último, las puntuaciones obtenidas en el pretest no presentaron diferencias significativas entre los grupos de niños y niñas en el nivel de *Autoestima* ( $Z=-,343$ ,  $p=,732$ ). En la fase posttest los datos aportados no hallaron diferencias significativas ( $Z=-1,710$ ,  $p=,087$ ) y en las puntuaciones del seguimiento no se presentaron diferencias significativas ( $Z=-1,631$ ,  $p=,103$ ).

En resumen, se encuentran diferencias significativas en el nivel de ansiedad en la fase de pretest entre niños y niñas, las niñas presentan una puntuación más elevada que los niños y en la variable depresión, las niñas obtienen puntuaciones mayores que los niños en la fase de seguimiento.

#### **8.4. Resultados de la evaluación continua del programa**

Con la finalidad de complementar la información aportada a través de la evaluación experimental que hemos expuesto anteriormente y presentar el seguimiento de las sesiones que integran el programa se exponen los resultados obtenidos en la *Ficha de registro del comportamiento del niño* (Anexo 6), en los *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa* (Anexos 7 y 13) y los *Cuestionarios de Valoración Global del Programa* (última página de los Anexos 8 y 10).

Por un lado, presentamos los estadísticos descriptivos del nivel de cambio percibido por los padres referentes a los datos de la *Ficha de registro de comportamiento del niño* (ver Tabla 38).

Tabla 38. Estadísticos descriptivos del nivel de cambio en el comportamiento de los niños percibido por los padres.

Grupo Experimental				
Variable	Pre	Mes	Pos	Seg
	Me (IQR)	Me (IQR)	Me (IQR)	Me (IQR)
Comportamiento general del niño	23,50 (6,00)	27,50 (7,00)	29,00 (9,00)	25,50 (11,00)

Nota: Pre= Fase Pretest de la intervención; Mes= Evaluación tras el primer mes desde el inicio del programa; Pos= Fase Postest de la intervención; Seg= Fase de seguimiento de la intervención; Me= Mediana; IQR= Intervalo intercuartílico

Según la percepción de los padres de forma global los niños aumentan su puntuación en los distintos aspectos del comportamiento a medida que va avanzando el programa, aunque en la fase de seguimiento se produce una disminución de la puntuación obtenida, ésta es mayor que en la fase pretest (ver Figura 31).

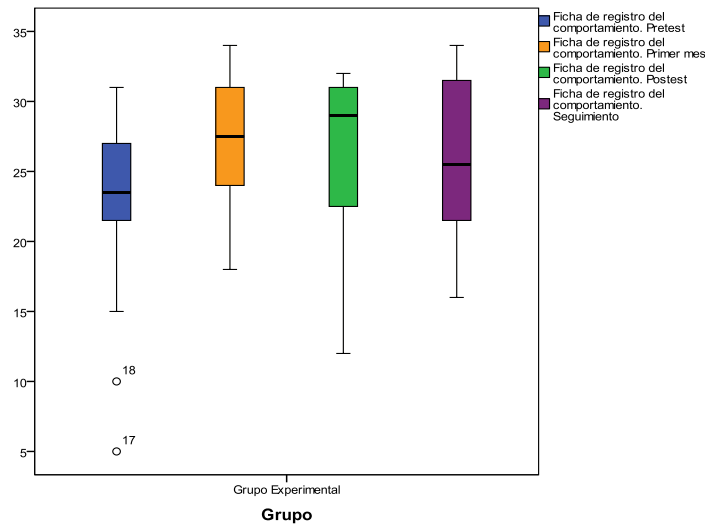


Figura 31. Gráfico de puntuaciones de la *Ficha de registro del comportamiento de los hijos*.

Por otro lado, se muestran la información recogida en los *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa* de los padres en los dos momentos de evaluación continua.

Tabla 39. Información de los *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa*. Padres.

<b>LISTADO DE ENUNCIADOS</b>	<b>% RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>
<b>CONCIENCIA Y REGULACIÓN EMOCIONAL</b>	
“Conozco las emociones básicas y secundarias”	96%
“Soy consciente de mis propias emociones (me paro a pensar en lo que estoy sintiendo)”	84%
“Tengo conciencia de las emociones de los demás (pregunto a los demás cómo se sienten)”	96%
“Expreso mis emociones y sentimientos a los/as demás”	84%
“Controlo y regulo mis emociones”	74%
<b>AUTOESTIMA</b>	
“Me quiero y me cuido”	76%
“Conozco mis cualidades”	100%
“Me acepto y cambio lo que no me gusta de mí mismo/a”	82%
“Soy consciente de las cosas positivas que me ocurren cada día”	86%
“Cuestiono los pensamientos automáticos en contra de mi persona y los analizo”	78%
“Le digo a los/as demás cuáles son mis sentimientos positivos hacia ellos/as”	78%
“Hago cosas para sentirme bien”	90%
“Estoy consiguiendo mi meta”	84%
<b>HABILIDADES SOCIALES</b>	
“Practico cada día las habilidades sociales”	100%
“Conozco y practico el estilo de comunicación asertivo”	100%
“Practico la escucha activa”	100%
“Practico la empatía”	95,5%
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	
“Resuelvo mis conflictos de forma adecuada:	80%
Identifico el problema y Planteo varias alternativas	97,5%
Elijo una de estas alternativas	95,5%
Aplico la solución tomada	91%
Valoro los resultados”	86,5%
“Me organizo cada día”	95,5%
“A menudo hago cosas para sentirme bien”	86,5%
<b>PAUTAS EDUCATIVAS</b>	
“Sé establecer normas sencillas y claras en casa”	94%
“Tengo en cuenta con mi hijo/a:	
-Ponerle límites	96%
-Prestarle atención cuándo hace cosas positivas y reforzarle	98%
-Minimizo el uso del no	74%
-Le permito elegir	72%
-Le doy explicaciones	90%
-Soy coherente	96%
-Me controlo”	72%
“Aumento la autoestima de mi hijo”	100%
“Técnicas de modificación de conducta que utilizo actualmente:	
-Reforzamiento positivo	100%
-Reforzamiento negativo	80%
-Principio de Premack	60%
-Extinción	68%
-Castigo positivo	64%
-Castigo negativo”	68%
-Sobrecorrección	60%
-Estrategia Paradójica”	48%
“Mejoro las habilidades sociales de mi hijo/a”	97,5%
“Mejoro la atención de mi hijo/a”	95,65%

Por otra parte, se muestran algunas de las respuestas literales recogidas en los *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa* de los padres.



Tabla 40. *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa. Respuestas literales. Padres.*

<b>CONCIENCIA Y REGULACIÓN EMOCIONAL</b>
<p><b>En general, respecto a las emociones he conseguido:</b></p> <p>“Autocontrolarme con las emociones de furia, mal humor y conocerme más a mí misma”</p> <p>“Cambiar muchas de las negativas en otras que no lo son y también controlar bastante mis explosiones de emotividad”</p> <p>“Sentir, vivir sensaciones del día a día, no agobios y menos tensiones”</p> <p>“Poder llevar día a día toda la carga que me he puesto”</p> <p>“Ser consciente de ellas y de esta forma sacar lo positivo de cada situación”</p> <p>“Ser o intentar valorar más todo”</p> <p>“Hacer las cosas mejor”</p> <p>“Ser más consciente de lo que conlleva no controlarlas a tiempo y personalmente ser más comunicativa con gente que conozco poco”</p> <p>“Saber expresar mis sentimientos”</p> <p>“Saber controlar”</p> <p>“Hablar bajito, tranquilizarme y controlarme”</p> <p>“Conocerme mejor”</p> <p>“A ser un poco más positivo”</p> <p>“Autocontrolarme mejor, saber reaccionar más positivamente y ponerme en la otra parte también, es importante, porque lo pasa mal”</p> <p>“Percibir las con intensidad”</p> <p>“Saber controlarlas a veces”</p> <p>“Estar más calmada, pensar más, después actúo”</p> <p>“Creo que expresarlas un poco más, aunque lo difícil algunas veces es encontrar alguien a quien quieras contarlas y que te quiera escuchar”</p> <p>“Controlarlas”</p> <p>“He conseguido darle importancia a lo que realmente la tiene”</p> <p>“Pararme a pensar y rectificar”</p> <p>“Entenderme y entender a los demás (no siempre)”</p>
<b>AUTOESTIMA</b>
<p><b>En general, respecto a mi autoestima:</b></p> <p>“Estoy satisfecha”</p> <p>“La voy mejorando un poco cada día”</p> <p>“Intento sacar lo bueno y lo positivo”</p> <p>“Creo que he mejorado”</p> <p>“Lo estoy consiguiendo poco a poco”</p> <p>“Ha mejorado algo con respecto a la timidez y vergüenza que sentía antes”</p> <p>“Estoy consiguiendo controlarme”</p> <p>“No tengo problemas de autoestima”</p> <p>“Me acepto, me quiero, le digo a los demás cuáles son mis sentimientos”</p> <p>“Es buena”</p> <p>“A veces, según esté”</p> <p>“Creo que sí, aunque yo por mí no tengo preocupaciones, me preocupan más los demás”</p> <p>“Creo que me valoro mejor que lo que puedo valorar a otras personas, quiero sentirme bien para que todos estemos mucho mejor”</p> <p>“Procuro que mi hijo la tenga bien alta”</p> <p>“Me encuentro más segura de mí misma y puedo hacer todo lo que me proponga”</p> <p>“Me voy queriendo más me doy cuenta que los demás me quieren y me necesitan”</p> <p>“He aprendido a valorarme más, sentirme más segura en algunas cosas”</p> <p>“Mejor”</p> <p>“Aún necesito trabajar más en lo que puedo conseguir laboralmente”</p> <p>“A veces me siento mucho mejor que antes del curso pero por factores emocionales no siempre”</p> <p>“Lo he empezado a valorar bastante más”</p> <p>“Me quiero y me acepto como soy con mis defectos y virtudes, y acepto que cometo errores como cualquier humano”</p> <p>“La fortalezco cada día un poco más”</p> <p>“Va mejorando”</p>

Tabla 40. *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa. Respuestas literales. Padres (Continuación).*

<b>HABILIDADES SOCIALES</b>
<p><b>En general, respecto a las habilidades sociales he conseguido:</b></p> <p>“He conseguido aprender un poco de todas ellas”</p> <p>“Ser aún más consciente de los beneficios que su utilización aporta a los demás y a nosotros mismos”</p> <p>“Llegar a controlar mis prontos y saber entender mejor”</p> <p>“Saber escuchar, entender a las personas y saber cómo se sienten pero sin opinar”</p> <p>“Saber escuchar mejor a los demás”</p> <p>“Controlar las emociones y el tono de voz”</p> <p>“A comunicarme mejor, sobre todo con mi hijo”</p> <p>“Ayudar a los demás”</p> <p>“Ser más comunicativa”</p> <p>“Ponerlas en práctica, algunas me cuestan”</p> <p>“Saber comportarme mejor con los demás”</p> <p>“Ser más asertiva, que me gusta esta habilidad y mucho más”</p> <p>“Control, escuchar y ser escuchado, dominar la agresividad”</p> <p>“Escuchar y no dar mi opinión si no me la piden”</p> <p>“Ver las cosas desde otro punto de vista”</p> <p>“Relacionarme mejor con los demás”</p> <p>“Mejorar la relación con los demás”</p> <p>“Reforzar mi autoestima y dar menos voces, apoyar más a mi hijo”</p> <p>“Control”</p> <p>“Controlarme”</p> <p>“Serenarme y parecer más segura”</p> <p>“Que mi hijo vaya mejorando”</p> <p>“Aprender de los demás”</p>
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>
<p><b>En general, respecto a mi bienestar emocional he conseguido:</b></p> <p>“Quererme más para que los demás también me quieran”</p> <p>“Valorar cada momento y estrujarlo para aprovecharlo al máximo”</p> <p>“Saber que yo también puedo mejorar para ayudar más y mejor a mi hija”</p> <p>“Saber controlar cualquier situación problemática y sin mucho esfuerzo”</p> <p>“Dedicarme más tiempo a mí misma”</p> <p>“Sentirme mejor y más tranquila”</p> <p>“Organizarme mejor, pensar las cosas”</p> <p>“Tranquilizarme”</p> <p>“Tener la autoestima más alta y controlar algo más las emociones”</p> <p>“Ser un poco más positiva y quererme un poco más”</p> <p>“Mejor calidad de vida”</p> <p>“Ser más positiva aunque me cuesta un poco todavía, más segura y empática”</p> <p>“Identificar las emociones para actuar sobre ellas”</p> <p>“Buscar el momento adecuado para estar a gusto”</p> <p>“Calmarme”</p> <p>“Darme un lugar de importancia y ahora lo considero algo necesario para que todo funcione mejor”</p> <p>“Sentirme mejor más tranquila”</p> <p>“Estar más tranquila, creo que más feliz, estar mejor con mi hijo y con mi marido”</p> <p>“Estar mejor con mis hijos aunque en ciertas ocasiones no pueda”</p> <p>“Pensar un poco más en mí, tener un rato mío propio para hacer algo que me guste”</p> <p>“Entenderme algo mejor”</p> <p>“Sentirme mejor, al compartir mi estado de ánimo”</p>

Tabla 40. *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa.* Respuestas literales. Padres (Continuación).

<b>PAUTAS EDUCATIVAS</b>
<b>En general, respecto a las pautas educativas, he conseguido:</b>
“Mejorar en casa la vida familiar, que haga sus tareas sin tantas pegas, que se bañe y se vista sola, que sea más organizada”
“Una mejoría notable en su comportamiento”
“Creo que muchas cosas, en casa encuentro más armonía y menos enfado”
“Que los deberes sean más amenos, utilizo el principio de Premack”
“Controlarme a veces mis pautas negativas y valorar más a mi hijo”
“Muchas cosas, reforzar el estudio, aprender a organizarse a la hora de hacer sus tareas”
“Que ya no se levante a la hora de comer, que no tarde tanto en irse a la cama”
“Estoy muy contenta, yo creo que nos está ayudando a los tres mucho, no quiero que se acabe” Mi hijo ha conseguido vestirse solo, ducharse, ayudar en casa y estamos aprendiendo a controlar sus impulsos”
“Mejorar la relación de todos los miembros de la familia” Mejorar el entorno”
“Pues que mi hijo se comporte mejor, que haga las camas por la mañana, le dé tiempo a todo y que en el cole va mejor”
“Que acepte de mejor agrado tareas escolares, que antes era una negativa segura”
“Que mi hijo se dé cuenta que puede conseguir lo que se propone”
“Comprender más a mi hijo y hacer que él me comprenda a mí”
“Tener una convivencia más tranquila y agradable y que sea más responsable sobre todo en los estudios”
“Que se levanten rápido”
“Mejorar la relación con mi hijo y mejorar su comportamiento y actitud”
“Que esté mejor en casa en sociedad, está mejorando mucho hasta en los estudios”
“Que la vida diaria sea más agradable y sosegada”
“La estrategia paradójica ya la utilicé, utilizar menos el castigo positivo”
“He conseguido que mi hijo se dé cuenta de las pautas a seguir y que las cosas cuestan”
“Felicitarle por sus logros, darle cariño y controlarme”
“Descubrirme en algunos aspectos de mi vida y cómo resolver muchos problemas con mi familia”
“Que vaya haciendo las tareas por sí solo”
“Tranquilizarme y no perder los nervios”
“Tener una relación más fluida y tranquila con mi hija”
“Trabajar mejor y hacer mejor las cosas”
“No dar tantas voces aunque me queda mucho todavía”
“Sentirme más segura, integrada, valiente y a valorarme más con mis defectos y virtudes”
“No estar tan estresada y nerviosa”
“Hacer las cosas con tranquilidad y pensando”
“Estar más confiada y segura y organizada”
“Casi todo lo que me propongo”
“Tener las cosas bajo control”
“Más obediencia, más atención, más ayuda”
“Un respeto hacia él y hacia mi misma y un acercamiento”
“Que mi hijo mejore en atención”
“Mejorar el carácter y ser más paciente y positiva”
“A controlar su comportamiento sobre todo su autoestima”
“Que tenga más claras determinadas normas y sea más autónomo”
“Que haga las tareas solo sin enfrentamiento y que se duche”
“Con mi hijo he conseguido que sea más independiente”
“Que esté más centrada en lo que hace y que colabore más en casa y con sus quehaceres”
“Cómo tratar a mi hija y cómo ayudarla”
“Mejorar muchos aspectos para mi vida diaria”
“Que sea más autónomo, autoinstructor de sus deberes”
“Que cuando hay conflictos me paro a pensar las cosas, no gritar, premiarle cuando hace algo bien, etc. y que el día a día sea más agradable para todos”
“Que mi hijo mejore su conducta y que nuestra relación sea mejor”
“Casi todas”
“Que tenga la autoestima alta y él crea que puede”
“Que no necesite tanto de mí a la hora de los deberes”
“Que sea más organizada, que se asee sola y se vistas, que sea más limpia, que le cueste menos la hora de las tareas, ...”
“Tener una herramienta de trabajo que me facilita el trabajo”
“Con las pautas la niña sabe los pasos a seguir, sin tener que preguntarnos continuamente”
“Mejorar las actividades diarias, que todo va un poco mejor”

Asimismo, se muestran la información recogida en los *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa* de los niños en la evaluación continua.

Tabla 41. Información de los *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa*. Niños.

<b>LISTADO DE ENUNCIADOS</b>	<b>% RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>
<b>EXPLORANDO LAS EMOCIONES</b>	
“Conozco mis emociones”	100%
“Expreso mis emociones”	78,5%
“Controlo mis emociones”	89%
“Utilizo la relajación”	76%
“Cuando tengo un pensamiento negativo lo cambio a positivo”	92%
<b>DESCUBRIENDO MIS TESOROS</b>	
“Me gusta cómo soy”	89%
“Me quiero”	100%
“Cumplo mi meta”	94,5%
<b>APRENDEMOS, PAUTA</b>	
“Uso el Panel de Autoinstrucciones”	78,5%
“Hago un listado diario de las tareas que tengo que hacer toda la tarde”	52,5%
“Me levanto de la cama cuando me llaman o suena el despertador”	76%
“Me visto en 10 minutos”	86,5%
“Desayuno en 10-15 minutos”	89%
“Me lavo los dientes, la cara y me peino en 10 minutos”	94,5%
“Llego al colegio con tiempo”	92%
“Preparo solo/a la mochila del colegio y no me falta nada”	89%
“Colaboro en casa”	94,5%
“Estudio todos los días”	86,5%
“Como todo y pronto (desayuno, comida, cena)”	89%
“Escucho a mi padre y/o madre y hago todo lo que me dicen”	78,5%
“Hago las tareas escolares solo/a”	86,5%
“Voy a la cama cuando me lo dicen”	86,5%

Asimismo, se muestran algunas de las respuestas literales recogidas en los *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa* de los niños.

Tabla 42. *Cuestionarios de Autoevaluación de los contenidos del programa*. Respuestas literales. Niños.

<b>EXPLORANDO LAS EMOCIONES</b>	<b>DESCUBRIENDO MIS TESOROS</b>
<b>¿Cómo lo hago? Controlar las emociones.</b>	<b>Soy</b>
“Expresándome bien”	“Bueno”
“Bien” (3)	“Alegre (2)
“Cuando estoy mal lo cambio por bien”	“Guapo, cachondo”
“Haciéndolo (2)	“Asertivo”
“Tranquilizándome (3)	“Guapa, lista y sensible”
“Relajándome un poco (2)	“Muy contento, gracioso, educado y buena persona”
“Respiramos y nos relajamos”	“Alegre, guapo, alto”
“Porque me porto bien”	“Buena, alegre, guapa e inteligente”
“Haciendo lo contrario”	“Bueno, generoso, inteligente, noble”
“Demostrándolo”	“Guapo y bueno”
“Pensando bien la situación”	“Generoso”
“Pues controlando”	“Feliz”
	“Listo”
	“Feliz, amable, noble”
	“Feliz”
	“Cariñosa, alegre, trabajadora”
	“Buena, cariñosa, lista, amable y simpática”

Para finalizar este apartado, vamos a exponer las valoraciones realizadas por los participantes a través de *Cuestionarios de Valoración Global del programa*, en primer lugar exponemos los resultados hallados en los padres y a continuación en los niños.

Tabla 43. *Cuestionario de Valoración Global del programa*. Padres.

ASPECTOS DEL PROGRAMA	Mucho	Algo	Poco
<b>TEMAS</b>			
Me han parecido interesantes.	100%	0%	0%
He aprendido sobre mí mismo/a, sobre los demás, a entenderme mejor, a solucionar problemas, valorarme más, comunicarme mejor...	92%	8%	0%
Me puede ser útil en mi vida diaria.	96%	4%	0%
Creo que han sido los adecuados para poder desarrollar mi inteligencia emocional.	96%	4%	0%
Han cumplido mis expectativas.	88%	12%	0%
<b>ACTIVIDADES</b>			
Han sido adecuadas y útiles.	88%	12%	0%
<b>METODOLOGÍA</b> (la forma en la que se han presentado las actividades, las explicaciones, las presentaciones, las dinámicas, etc.)	88%	12%	0%
<b>MATERIAL</b> (diseño, comprensión, utilidad, etc.)	96%	4%	0%
<b>TÚ COMO PARTICIPANTE</b>			
Me he sentido integrado/a en el grupo.	96%	4%	0%
He participado en todas las actividades	92%	8%	0%
Me he sentido escuchado/a, respetado/a y libre para expresarme.	100%	0%	0%
<b>AUTOEVALUACIÓN</b>			
<b>He aprendido:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-A sentir, a identificar sensaciones, a organizarme a centrarme.</li> <li>-Muchas técnicas para comprender a mi hijo y a mí mismo.</li> <li>-A compartir y trabajar juntos en pos de unos objetivos comunes.</li> <li>-A ser mejor persona y quererme a mí mismo.</li> <li>-A controlarme mejor.</li> <li>-A comprender a mi hijo y a saber controlarme.</li> <li>-A conocerme mejor.</li> <li>-Muchísimas cosas que desconocía y además muy prácticas.</li> <li>-A vivir.</li> <li>-A compartir experiencias y recibir sensaciones positivas, a valorarme un poco más.</li> <li>-A valorarme mucho más y pensar que puedo llegar a hacer muchas cosas y que con mi hijo las cosas se pueden conseguir.</li> <li>-A relacionarme con los demás.</li> <li>-A controlar las emociones y unas pautas educativas.</li> <li>-Habilidades sociales, a relajarme, vivir mejor el día a día. Valorar más a mis hijos, valorar sus esfuerzos.</li> <li>-A conocer mejor esta enfermedad, comprender y saber llevar mejor a mi hijo.</li> <li>-A aceptarme mejor, pero sobre todo a entender más y mejor el problema de mi hija.</li> <li>-A controlarme un poco.</li> <li>-A tener la autoestima alta.</li> <li>-Cómo debo educar a mi hijo para sacar lo mejor de él y a reflexionar antes de actuar.</li> <li>-A valorarme como persona y valorar más a las personas que me rodean.</li> <li>-A controlar mis emociones y saberme valor más y comprender más a mi hija.</li> <li>-A comprender mejor a mi hijo, a ayudarlo para subirle la autoestima, a que se valore, ha valorarlo yo aún más.</li> <li>-A valorar y conocer a las personas y a mí misma.</li> <li>-A conocerme mejor.</li> <li>-Las emociones, las habilidades sociales.</li> </ul>			

Tabla 43. *Cuestionario de Valoración Global del programa. Padres (Continuación)*

<p><b>AUTOEVALUACIÓN</b></p> <p><b>¿Para qué me sirve lo que he aprendido?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aplicarlo a mi vida en todo su conjunto.</li> <li>-Para entender a mi hijo y saber llevarlo.</li> <li>-Para mi vida diaria. Para sentirme más feliz.</li> <li>-Para saber afrontar los problemas que vengan con felicidad y saber educar a mi hijo mucho mejor.</li> <li>-Para mejorar la vida en general.</li> <li>-Para saber cómo actuar y elegir la mejor acción.</li> <li>-Para ayudar más y mejor a mis hijos.</li> <li>-Para mejorar mi vida diaria y la de mi hijo.</li> <li>-Convivo mejor con los míos y los que no son míos.</li> <li>-Para vivir, porque hasta ahora no podía entender ciertas cosas que hoy tengo más claras.</li> <li>-En principio para mi hijo pero para todo en general, en mi relación de pareja y con la familia.</li> <li>-Para saber dialogar más con otros.</li> <li>-Para llevar una vida mejor.</li> <li>-Para vivir y hacer feliz a los que me rodean.</li> <li>-Para mí lo más importante es comprender a mi hijo y tratarlo mejor.</li> <li>-Para continuar este avance que he hecho tan bueno y positivo.</li> <li>-Ponerlo en práctica.</li> <li>-Para enfrentarme a la vida.</li> <li>-Corregir lo que hacía/hago mal. Mejorar mi vida familiar y ayudar a mi hijo.</li> <li>-Para que la convivencia con mi hija sea mucho mejor, sin gritos ni enfados y saber arreglar cualquier problema hablando con tranquilidad.</li> <li>-Para que mi hija tenga una vida más llevadera y saber enseñarle todo lo que yo he aprendido aquí.</li> <li>-Para ayudarme a mí misma a llevar a mi hijo y dar la importancia justa a cada cosa.</li> <li>-Para mi vida diaria.</li> <li>-Para ayudar a mi hijo.</li> <li>-Para ponerlo en práctica y enseñarle a mi hijo a crecer como persona y ayudarle así a ser feliz.</li> </ul> <p><b>Mi reflexión tras las sesiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mi hijo ha cambiado gracias al programa y yo también.</li> <li>-Qué ojalá lo hubiéramos hecho antes, es genial.</li> <li>-He aprendido mucho.</li> <li>-Debo aspirar a mejorar y hacer más feliz la vida de los que me rodean, día tras día.</li> <li>-Son muy útiles porque hemos aprendido cada día cosas nuevas para entender a nuestros hijos.</li> <li>-Es buena.</li> <li>-Entiendo mucho mejor las cosas que hacemos y decimos.</li> <li>-Me ha parecido muy útil para educar niños con TDAH y familias sin él.</li> <li>-Son muy intensas.</li> <li>-Cuesta poner el programa en marcha porque estamos aclimatados a nuestro entorno y es difícil eliminar ciertas costumbres.</li> <li>-Ha sido muy positiva.</li> <li>-Creo que necesitamos más tiempo para asimilar, son muchos contenidos.</li> <li>-Poner en práctica todo lo aprendido y no olvidar las pautas educativas.</li> <li>-Entender a mi hijo y saber que si no hace las cosas bien es porque no puede.</li> <li>-Que me ayuda a cómo ayudar a mi hija.</li> <li>-Me ha gustado mucho.</li> <li>-Lo que he aprendido debo ponerlo en práctica para mejorar mi vida.</li> <li>-Te sientes fuerte para practicar todo lo aprendido.</li> <li>-Si yo quiero puedo conseguir muchas cosas. Sobre todo que mi hija tenga una conducta mejor y que ella se sienta mejor.</li> <li>-Que debería haber más gente como tú.</li> <li>-Me conozco mejor a mí y a mi hijo.</li> <li>-Positiva.</li> </ul>
--

Por último, se expone la información aportada por los niños en el *Cuestionario de Valoración Global del programa*.

Tabla 44. Cuestionario de Valoración Global del programa. Niños.

ASPECTOS DEL PROGRAMA	Mucho	Algo	Poco
<b>LO QUE HEMOS HECHO CADA DÍA</b>			
Me ha gustado	86,66%	9,09%	4,54%
He aprendido sobre mí mismo/a, sobre los demás, a entenderme mejor, a solucionar problemas, a valorarme más, a comunicarme mejor...	77,27%	22,72%	0%
<b>ACTIVIDADES</b>			
Me han gustado mucho, he aprendido y me divertido.	90,90%	9,09%	0%
<b>MATERIAL</b>			
Mi manual me ha gustado.	86,36%	13,66%	0%
<b>TÚ COMO PARTICIPANTE</b>			
Me he sentido integrado/a en el grupo.	95,45%	4,54%	0%
He participado en todas las actividades	86,36%	9,09%	4,54%
Me he sentido escuchado/a, respetado/a y libre para expresarme.	81,81%	18,18%	0%
<b>AUTOEVALUACIÓN</b>			
<p><b>He aprendido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-A respetar a los demás.</li> <li>-Mucho, a hacer los deberes pronto.</li> <li>-Sí (6).</li> <li>-Muchas cosas (2).</li> <li>-Mucho, pedir perdón.</li> <li>-A comprenderme mejor.</li> <li>-A escuchar etc.</li> <li>-A entender mejor a la gente.</li> <li>-Muchísimo.</li> <li>-Cómo estar alegre.</li> <li>-Habilidades sociales, mucho, emociones, etc.</li> <li>-A escuchar y atender.</li> <li>-Mucho a relacionarme y hacer más amigos.</li> <li>-Muchas cosas, a escuchar.</li> <li>-Muchas cosas como: respirar hondo.</li> <li>-Todo.</li> </ul> <p><b>¿Para qué me sirve lo que he aprendido?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Para relacionarme con la gente.</li> <li>-Para aprender.</li> <li>-Para aprender a controlar mis emociones.</li> <li>-Sí.</li> <li>-Para hacerlo (2)</li> <li>-Para todo.</li> <li>-Para mucho.</li> <li>-Para portarme mejor.</li> <li>-Para tenerlo toda la vida.</li> <li>-Para expresar mejor mis sentimientos.</li> <li>-Ser una mejor persona.</li> <li>-Para ser mejor.</li> <li>-A perdonar, he aprendido mucho.</li> <li>-Para estar mejor.</li> <li>-Para estar alegre.</li> <li>-Para mejorar.</li> <li>-Para ser mejor persona.</li> <li>-Para portarme bien.</li> <li>-Para aprender.</li> <li>-Para reflexionarlo.</li> <li>-Para sentirme mejor.</li> </ul>	<p><b>Mi reflexión tras las sesiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-A entender a la gente.</li> <li>-Estudiar.</li> <li>-Me ha gustado.</li> <li>-Pues claro que sí.</li> <li>-Pienso que la vida cuando estas feliz y alegre es mejor.</li> <li>-Me ha gustado.</li> <li>-Es estudiar más.</li> <li>-Ha sido buena.</li> <li>-Es muy corto.</li> <li>-Ha sido positivo.</li> <li>-Buena.</li> <li>-Son buenas.</li> </ul>		

Los resultados recogidos a lo largo del programa parecen mostrar percepciones positivas y el aprendizaje de los contenidos en las familias participantes, así cómo la consecución de objetivos propuestos en el programa.





# Capítulo 9

## DISCUSIÓN

La intervención psicosocial del TDAH va adquiriendo cada día mayor relevancia debido a los efectos beneficiosos que están encontrando diversos autores (Arco, Fernández e Hinojo, 2004; Barkley, 2002b; Chronis, Jones y Raggi, 2006; Daly, Creed, Xanthopoulos y Brown, 2007; Jarque, 2012; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, y Eames, 2008; Hinshaw et al., 2011; Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Meliá y Roselló, 2008; Miranda, et al., 2002; O'Connell, Bellgrove, Dockree y Robertson, 2006; Orjales, 2007; Pouretamad, Khooshabi, Roshanbin y Jadidi, 2009; Power, et al., 2012; Presentación, Siegenthaler, Jara y Miranda, 2010; Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein y Miller, 2006) a nivel personal, social, familiar y académico en la vida del niños con TDAH. Por ello, el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta y psicoeducación a padres y profesorado, el entrenamiento en habilidades sociales, la intervención psicopedagógica, etc. se están convirtiendo en alternativas y/o complementos eficaces al tratamiento farmacológico.

El objetivo principal del presente estudio fue analizar los efectos de una intervención grupal dirigida a padres e hijos con TDAH. Para ello, se plantearon una serie de hipótesis acerca de los cambios positivos que se establecerían en una serie de variables socioemocionales y comportamentales tras la intervención (a corto plazo) y a los seis meses tras ésta (a medio plazo). Para realizar esta investigación se llevó a cabo el diseño, implementación y evaluación de un programa cuyo objetivo central fue favorecer el bienestar personal, social, emocional y familiar de padres e hijos con TDAH a través del desarrollo y/o potenciación de habilidades y/o competencias socioemocionales y de pautas educativas en el hogar.

Las dos primeras hipótesis del estudio se centran en analizar el impacto del programa sobre las variables del estudio en los grupos experimentales de padres e hijos. Por otro lado, la tercera y cuarta hipótesis permiten comparar los hallazgos con un grupo control de padres e hijos. Por último, se analizan las diferencias que pueden aparecer en algunas de las

variables del estudio en función del sexo en los grupos experimentales formados por adultos y niños.

Los resultados generales de esta investigación indican que existen efectos positivos a nivel intragrupo tras la intervención en la mayor parte de las variables estudiadas en los padres y en los hijos, algunos de estos cambios efectuados se mantienen o mejoran a los seis meses. Por lo tanto, se puede afirmar que el programa aplicado produce efectos beneficiosos sobre el bienestar personal, social, emocional y familiar de los padres e hijos con TDAH a corto y medio plazo (en algunas variables). Sin embargo, con los resultados obtenidos en nuestra investigación sólo se pueden apoyar de manera parcial las hipótesis planteadas ya que al compararlo con el grupo control, no se aprecian diferencias significativas en la mayoría de las variables de los padres y en ninguna de las variables de los hijos, a nivel intragrupo en el grupo control de padres o de hijos no se apreciaron diferencias significativas en las distintas variables estudiadas. A continuación se exponen cuáles han sido los datos aportados que apoyan las hipótesis del estudio.

La *primera hipótesis general* de la investigación planteaba que *el impacto del programa podrá observarse al finalizar el tratamiento en diversas variables socioemocionales y comportamentales en los padres que han recibido la intervención*. A continuación vamos a exponer cuáles de las hipótesis específicas se confirman en este estudio.

En primer lugar, respecto a la *hipótesis específica 1.1* relacionada con la variable *IE percibida* entendida como atención, claridad y reparación emocional, los resultados obtenidos permiten afirmar la existencia del aumento del nivel de claridad y reparación emocional al finalizar el tratamiento. Es decir, tras la intervención los padres del grupo experimental se perciben a sí mismos con mayor capacidad para identificar las distintas emociones que van sintiendo así como que pueden controlar su estado emocional y dirigirlo hacia otros estados más positivos. Hallazgos similares encontraron los autores Nelis, Quoidbach, Mikolajczak y Hansenne (2009) en la investigación realizada en un grupo de participantes que recibió formación en IE, tras la intervención los datos obtenidos en este

estudio indicaban un aumento significativo en la identificación de las emociones y las capacidades de gestión de las emociones de los participantes. Sin embargo, nuestros datos no reflejan la existencia del aumento de atención emocional, aunque los resultados indican que el grupo experimental presentaba puntuaciones dentro de la normalidad en esta variable a lo largo de todo el estudio.

Los resultados encontrados en nuestra investigación apoyan la *hipótesis específica 1.2*, que postulaba que los padres aumentarían el nivel de *bienestar psicológico subjetivo*, tras la participación en el programa los padres se perciben a sí mismos como más felices, más optimistas y positivos. Estos resultados se mantienen incluso a los seis meses tras la intervención.

Asimismo, los datos hallados permiten aceptar la *hipótesis específica 1.3* que afirmaba que los padres aumentarían su nivel de *habilidades sociales*, a los 6 meses tras la intervención continúan apareciendo diferencias respecto a la evaluación inicial. Por lo tanto, los padres participantes del programa indican que han aumentado su nivel de conducta asertiva o socialmente habilidosa ya que se identifican más con las respuestas verbales o no verbales de autoexpresión de necesidades, sentimientos y opiniones en situaciones sociales de manera adecuada y defiende sus propios derechos respetando a los demás (Gismero, 1996).

Con la evidencia empírica se puede apoyar la *hipótesis específica 1.4* referida al nivel de *ansiedad rasgo*, tras la intervención los padres han disminuido el nivel de ansiedad, es decir, perciben las situaciones vitales como menos amenazadoras y presentan menos preocupaciones en la vida cotidiana.

Con nuestros datos no se puede afirmar la *hipótesis específica 1.5* que señalaba que los padres disminuirán su nivel de *depresión*, aunque la información aportada señala que las puntuaciones obtenidas en esta variable se encuentran dentro de la normalidad.

Con los resultados de nuestro estudio se puede apoyar la *hipótesis específica 1.6* que indicaba que los padres aumentarán su nivel de *autoestima*. Los padres del grupo experimental se sienten más valorados, con más cualidades positivas, más competentes, satisfechos y útiles tras la intervención. Estos resultados coinciden con los hallados por Chronis, Gamble, Roberts y Pelham (2006), que aplicaron un programa de intervención en el que participaron madres e hijos con TDAH, tras la intervención presentaron mejoras en la autoestima.

Además, los datos de nuestro estudio permiten apoyar la *hipótesis específica 1.7* que señalaba que los padres aumentarán su nivel de *satisfacción familiar* lo que supone un aumento de la percepción de agrado, apoyo, tranquilidad, bienestar, respeto y comprensión en la familia al finalizar el programa.

Por su parte, respecto a la *hipótesis 1.8* que hacía referencia a las variables relacionadas con el *estilo educativo*, se pueden aceptar en parte, ya que los padres después de la participación en el programa han aumentado su nivel de estilo equilibrado y han disminuido su nivel de estilo permisivo manteniéndose a los seis meses tras la intervención, sin embargo, no se apoya la hipótesis referida a la disminución del nivel del estilo autoritario. Es decir, los padres se describen como más expresivos a nivel afectivo y con más comunicación con sus hijos a la vez que integran una mayor exigencia y control, además se perciben como menos permisivos, es decir, con menor grado de expresión a nivel de afecto dejando a un lado las normas (Alonso y Román, 2005). Estos datos resultan fundamentales ya que la mejora de los estilos de crianza a través de la terapia familiar, la capacitación para padres, los programas de educación en las escuelas y la enseñanza de habilidades de afrontamiento puede mejorar la calidad de vida y las relaciones en las familias con hijos con TDAH (Chacko et al., 2008; Gardner, Hutchings, Bywater, Whitaker, 2010; Gerdes, Haack y Schneider, 2012; Moghaddam et al., 2013). Según estudios previos, la mejora de las habilidades parentales que favorecen las actitudes positivas de los progenitores fomentará la autoestima y la competencia social de sus hijos, por lo tanto la actitud de los padres es un importante factor que influye en el desarrollo de la salud socioemocional de

los niños con TDAH (Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley y Thompson, 2005; Treacy, Tripp y Baird, 2005).

La *segunda hipótesis general* señalaba que *el impacto del programa podrá observarse al finalizar el tratamiento en diversas variables socioemocionales y comportamentales en los niños con TDAH que han recibido la intervención*. A continuación vamos a exponer cuáles de las hipótesis específicas se pueden apoyar en este estudio.

La evidencia empírica apoya la *hipótesis específica 2.1* que afirmaba que tras la intervención se produciría un aumento de la *IE total percibida* en los niños, estos cambios se han mantenido a los seis meses tras la intervención. En concreto, los datos aportados indican un aumento en el nivel de IE intrapersonal, interpersonal y estado de ánimo que se mantiene a los seis meses tras la implementación del programa, es decir, los niños tras la intervención manifiestan un aumento de la capacidad para identificar y expresar sus emociones, la capacidad para mantener relaciones interpersonales satisfactorias, identificar las emociones de los demás y la capacidad para mantener una actitud positiva. Sin embargo, los resultados no establecen cambios en el manejo de estrés y en el nivel de adaptación (la capacidad para ser flexible, realista y eficaz) no se perciben cambios hasta los seis meses tras la intervención.

Respecto a la *hipótesis específica 2.2* los datos hallados señalan una disminución de la *ansiedad* tras la intervención y los seis meses tras ésta, esto indica que los niños se perciben con menos preocupaciones y tensiones una vez finalizada su participación en el programa.

Con los datos aportados, no podemos afirmar la *hipótesis específica 2.3* que enunciaba una disminución del nivel de *depresión* tras la intervención en el grupo experimental de niños, sin embargo, las puntuaciones obtenidas en esta variable indican que los niños se encuentran dentro de la normalidad.

Respecto a la *hipótesis específica 2.4* nuestros resultados no reflejan la existencia del aumento del nivel de *autoestima* en los niños que participaron en el programa, aunque las

puntuaciones obtenidas en el seguimiento (a los seis meses tras la intervención) se sitúan dentro de la normalidad.

Por su parte, los datos obtenidos en la *hipótesis específica 2.5* indican una mejora en distintas áreas de *adaptación*, es decir, los niños del grupo experimental disminuyeron su nivel de inadaptación personal y social tras la intervención y a los seis meses tras ésta. Asimismo se muestra una disminución de la inadaptación escolar a los seis meses tras la implementación del programa. Según estos resultados, los niños que recibieron la intervención expresan menos pesimismo, sufrimiento e insatisfacción personal, miedo, autodesprecio, tristeza y molestias somáticas, por un lado y, por otro, manifiestan menor conflicto y mayor relación con los demás, mayor aceptación a las normas y confianza en los demás y, por último, expresan estar más aplicados y disciplinados en el colegio, tener menos aversión hacia los profesores, el colegio, el estudio y el saber. Nuestros hallazgos coinciden con los obtenidos por Presentación et al. (2009) cuyos resultados indican que una intervención cognitivo-conductual aplicada a niños con TDAH mostró efectos significativos en la reducción de problemas de conducta e incremento de la adaptación social según la percepción de sus padres y profesores. Sin embargo, en el área de insatisfacción con el ambiente familiar no se reflejan efectos significativos.

Con los resultados aportados, se puede afirmar de manera parcial la *hipótesis específica 2.6* a corto plazo, ya que los niños tras la participación en el programa disminuyen el nivel de *hiperactividad* y aumentan el nivel de *conducta prosocial*. Por lo tanto, los padres perciben a sus hijos como menos inquietos, más tranquilos, concentrados y reflexivos, por un lado, y por otro, más sensibles a los sentimientos de los demás, más generosos y atentos con las demás personas. Asimismo, a los seis meses tras la intervención también disminuye el *total de dificultades* y, en concreto, los *síntomas emocionales* y la *hiperactividad*, según la percepción de los padres, los niños tienen menos quejas somáticas, están más felices, menos nerviosos, más confiados y con menos miedo. Estos resultados son coincidentes con el trabajo desarrollado por McGilloway et al. (2014) acerca de un programa de entrenamiento a padres que presentó reducciones significativa en los niveles de dificultades socioemocionales y de comportamiento así como el aumento de la conducta

prosocial. Con nuestros datos no podemos apoyar, sin embargo, que exista una disminución de los problemas de comportamiento y los problemas con los compañeros, aunque las puntuaciones obtenidas por los niños en estas variables se encuentran dentro de la normalidad.

Por su parte, con los datos del estudio se puede apoyar la *hipótesis específica 2.7* que indica que los niños tras la intervención disminuyen los *síntomas de trastorno por déficit de atención* y de *hiperactividad*, incluso a los seis meses tras la implementación del programa se mantienen estos cambios según los padres. En concreto, los padres indican una disminución del déficit de atención tras la intervención y a los seis meses del nivel de hiperactividad, por lo tanto los niños tras la intervención presentan según sus padres menos dificultades de aprendizaje escolar, menor distracción, menos inquietud motora, más paciencia y menor impulsividad. En la misma línea, encontramos los resultados de una investigación desarrollada por Huang et al. (2009), estos autores aplicaron una terapia conductual en padres con niños con TDAH, los hallazgos indican que los niños presentaban una mejoría tras las sesiones de los padres en distintas variables como problemas de atención y de conducta. Según los resultados de nuestro estudio no se puede apoyar la afirmación acerca de la disminución de los trastornos de comportamiento.

Con nuestros datos no se puede apoyar la *hipótesis específica 2.8* ya que según los hijos, los padres no disminuyen los niveles en el estilo educativo autoritario y no aumentan la puntuación en el estido equilibrado, sin embargo a los seis meses tras la intervención los niños perciben a los padres como menos permisivos, aunque los resultados obtenidos indican que los niños presentan puntuaciones situadas dentro de la normalidad en los tres estilos educativos.

La *tercera hipótesis general* enunciaba que *el programa de IE se mostrará más eficaz en relación a la no intervención en las variables socioemocionales y comportamentales en los padres*. Con los resultados obtenidos sólo se puede apoyar de manera parcial esta hipótesis.

Los datos parecen avalar la *hipótesis específica 3.1* que sostiene que el grupo experimental presenta un mayor nivel de *IE percibida*, en atención, claridad y reparación emocional que el grupo control. Por otro parte, los resultados indican que los padres tras la intervención presentan un mayor nivel de *autoestima* y *satisfacción familiar* que el grupo control por lo tanto estos datos permiten afirmar las *hipótesis específicas 3.6* y *3.7* respectivamente. Los datos aportados no permiten apoyar las *hipótesis específicas 3.2, 3.3, 3.4, 3.5* y *3.8* que enunciaban que el grupo experimental presentaría un mayor nivel de *bienestar psicológico subjetivo, habilidades sociales*, un menor nivel de *ansiedad* y *depresión* y mejor *estilo educativo* que el grupo control.

La *cuarta hipótesis general* indicaba que *el programa de IE se mostrará más eficaz que la no intervención en relación las variables socioemocionales y comportamentales en los niños*. Los resultados de nuestra investigación no permiten afirmar esta hipótesis. Los resultados encontrados no coinciden con otros estudios que encuentran mejoras tras la intervención en comparación con el grupo control (Antshel y Remer, 2003; Pfiffner et al., 2007; Presentación et al., 2009).

Por último, la *quinta hipótesis general* del estudio sugería que *el programa de IE mostrará diferencias en las puntuaciones de las variables socioemocionales (inteligencia emocional, ansiedad, depresión y autoestima) según el sexo de los participantes del grupo experimental (padres e hijos)*. A continuación se analizan los resultados hallados en las hipótesis específicas.

Los datos aportados no permiten apoyar las *hipótesis específicas 5.1, 5.2, 5.3* y *5.4* acerca de las diferencias entre ambos sexos en la *IE percibida, ansiedad, depresión* y *autoestima* en el grupo de padres.

Por su parte, los datos no reflejan la presencia de diferencias en el nivel de *IE percibida* y en el de *autoestima* entre el grupo de niños y niñas, por lo tanto no se pueden apoyar las *hipótesis específicas 5.5* y *5.8*.



Los resultados hallados respecto a la *ansiedad* del grupo formado por niños y niñas permiten apoyar la *hipótesis específica 5.6*, se encuentran diferencias significativas por sexos en la fase de pretest, las niñas presentan un nivel de ansiedad más elevado que los niños.

Los datos hallados en la variable de *depresión* permite afirmar la *hipótesis específica 5.7* ya que existen diferencias entre niños y niñas a los seis meses tras la intervención, las niñas presentan mayor puntuación que los niños en la fase de seguimiento del programa.

En resumen, la investigación llevada a cabo aporta evidencia empírica acerca del impacto que produce un programa de intervención sobre las variables socioemocionales y comportamentales en padres e hijos con TDAH a corto plazo (tras la intervención) y a medio plazo (a los seis meses). Los datos parecen avalar que los padres perciben un aumento del nivel de sus habilidades emocionales relacionadas con la identificación de las distintas emociones y la capacidad para regular las emociones propias en distintos contextos, se aprecian con mayor estado de bienestar psicológico subjetivo, utilizan más habilidades sociales y asertivas, la valoración que hacen de ellos mismos es más positiva, describen su vida familiar como más satisfactoria y utilizan más estrategias parentales más equilibradas y menos permisivas, asimismo, se describen cómo menos ansiosos tras la participación en el programa. Además estos cambios se mantienen a los seis meses tras la implementación de la intervención (en el bienestar psicológico subjetivo, las habilidades sociales y la disminución del estilo permisivo). Cuando se compara el grupo experimental de padres con un grupo control se encuentran diferencias significativas sobre la IE percibida, la autoestima y la satisfacción familiar.

Por su parte, los niños del grupo experimental expresan un mayor nivel de IE percibida (intrapersonal, interpersonal, estado de ánimo) y la conducta prosocial, a la vez que disminuyen las puntuaciones en variables de dificultades (síntomas emocionales, hiperactividad), en síntomas de déficit de atención, hiperactividad según la percepción de sus padres, también disminuyen su nivel de inadaptación personal, inadaptación social y de ansiedad. Algunas de estos cambios se mantienen a los seis meses tras la intervención

(adaptabilidad, estado de ánimo, síntomas emocionales, hiperactividad, déficit de atención, ansiedad e inadaptación escolar). Sin embargo, cuando se comparan con un grupo control no se aprecian diferencias significativas en estos factores.

Por último, los resultados no permiten afirmar que existen diferencias según el sexo en las variables de IE percibida, ansiedad, depresión y autoestima en el grupo formado por padres, en el grupo formado por hijos se encuentran diferencias entre niños y niñas en el nivel ansiedad en la línea base y de depresión a medio plazo, aunque no se encuentran diferencias significativas entre niños y niñas en los niveles de IE percibida y autoestima.





# Capítulo 10

## CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Para finalizar, se presentan las principales conclusiones y aportaciones de este estudio, las limitaciones que presenta junto a las propuestas de mejora, así como, las nuevas líneas de trabajo que se abren acerca del estudio de la intervención sobre TDAH durante la infancia.

### 10.1. Conclusiones del estudio

En base a los objetivos planteados en esta investigación podemos concluir:

- El TDAH es una patología que se presenta durante la infancia cuya etiología es desconocida, cuenta con una base neurobiológica y una importante predisposición genética en la que interactúan los factores ambientales. Los síntomas principales son inatención, hiperactividad y/o impulsividad que pueden cursar juntos o por separado dando lugar a diferentes subtipos (inatento, hiperactivo/impulsivo y combinado). Asimismo, la comorbilidad con otros trastornos es muy frecuente (principalmente trastornos emocionales, de aprendizaje y de comportamiento, entre otros). La sintomatología nuclear y los trastornos asociados al TDAH afectan de manera importante a todas las áreas de la vida del niño, por ello, la intervención debe incluir la intervención sobre todos los síntomas y contextos en los que se desenvuelve el paciente.
- El ámbito familiar es un contexto clave para tener en cuenta en la intervención del niño con TDAH debido a las características que presenta y a la doble función que puede desempeñar, como factor de protección si se trata de un ambiente adecuado en el que existan normas, organización, afecto, comunicación, etc. o como factor de riesgo, del desarrollo de trastornos asociados principalmente, si se trata de un entorno de conflicto, desorganización, carente de lazos afectivos y comunicación adecuada.

- La familia puede promover el desarrollo socioemocional y comportamientos adaptativos de sus hijos con TDAH a través de la participación en programas de intervención que dote a los padres e hijos de herramientas y recursos que fomenten la salud mental familiar. Para poder desarrollar y/o potenciar habilidades socioemocionales y comportamentales en los niños es necesario empezar por los padres ya que son el primer modelo de los hijos en el plano socioafectivo y conductual.
- Los niños con TDAH presentan una disfunción psicosocial que afecta a todas las áreas de su vida que va más allá de los principales síntomas del trastorno que se traduce en dificultades sociales (conflictos con los iguales, agresiones verbales y físicas, aislamiento social, aplicación anómala de las normas sociales, etc.) y emocionales (dificultad para el reconocimiento, expresión y regulación emocional, depresión, ansiedad, etc.).
- El diseño de un programa de intervención para la familia con niños con TDAH debe basarse en el análisis de las necesidades y potencialidades expresadas por sus destinatarios para plantear los contenidos y objetivos de éste.
- La implementación de los programas de intervención deben integrar actuaciones prácticas que puedan incorporarse y adaptarse a la vida cotidiana de los participantes y que den respuestas a las necesidades planteadas por éstos.
- La intervención psicosocial del TDAH puede abordarse a través de programas que integren el desarrollo de habilidades, competencias socioemocionales y comportamientos en la familia. Estos programas pueden mejorar la calidad de vida de la familia y cada vez más están demostrando su eficacia sobre distintas variables socioemocionales y comportamentales.

La principal aportación de esta investigación al campo de estudio de la intervención psicosocial del TDAH surge de los resultados encontrados que contemplan el efecto beneficioso sobre la salud mental de los padres e hijos con TDAH de un programa centrado en el desarrollo y/o potenciación de habilidades y/o competencias emocionales, sociales y comportamentales.

Asimismo, se pueden destacar los siguientes aspectos de éste:

- Se trata de un programa diseñado a partir del análisis de necesidades y potencialidades de los participantes, es decir, se trata de un programa individualizado y adaptado a un grupo concreto.
- Es un programa de actuación coordinado en paralelo ya que la intervención dirigida a los padres e hijos presentan los mismos contenidos, objetivos, metodología, temporización y evaluación.
- El programa incluye dos manuales de trabajo uno para los padres y otro para los hijos que permiten un seguimiento individual de las sesiones, asimismo, incluye al final de cada módulo los conceptos clave trabajados (para los padres) e ideas clave que hay que recordar.
- El programa incluye ejercicios prácticos sencillos para realizar en la vida cotidiana que refuerzan los contenidos trabajados en la sesión. Se hace un seguimiento diario de la realización de éstos. Las actividades planteadas se incorporan a la vida cotidiana de cada familia de manera sencilla.
- Se introducen diez pautas semanales (ver capítulo 7) adaptadas a las necesidades de cada padre ya que se establecen de manera abierta (Ejemplo: Con mi hijo/a voy a.....y lo voy a hacer de la siguiente manera....), además se realiza un seguimiento de las dificultades encontradas, cómo se han superado y qué se ha conseguido. Además, se introducen nueve pautas semanales a los niños (ver capítulo 7) en las que los padres realizan un seguimiento diario de la consecución de los mismos, se hace un seguimiento de las dificultades y logros de cada pauta.

- Se realiza un seguimiento de los efectos del programa a los seis meses tras la intervención.
- Combina técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado eficacia.
- Se centra de manera prioritaria en los efectos del programa sobre variables emocionales, sociales y comportamentales de los padres e hijos con TDAH.

### **10.2. Limitaciones encontradas y propuestas de mejora del estudio**

Este estudio presenta una serie de limitaciones que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados hallados.

- El tamaño muestral no permite hacer análisis estadísticos paramétricos. Es necesario aumentar el número de participantes para poder llevar a cabo análisis estadísticos más potentes.
- La intervención se ha planteado teniendo en cuenta las características específicas de una población concreta, los resultados no son extrapolables a otras muestras. Para aplicar este programa a otro grupo de personas serían necesarias adaptaciones de los contenidos, objetivos y metodología a la nueva muestra.
- Se ha optado por medidas de autoinforme debido a las características de las variables estudiadas. Es importante introducir medidas de ejecución en las variables que lo permitan (por ejemplo en la IE de los adultos) e incluso la evaluación de variables cognitivas en los niños (de atención, flexibilidad, memoria, concentración, autorregulación etc.) para poder observar los efectos del programa sobre éstas.
- Hay que tener en cuenta las expectativas del grupo experimental respecto a los resultados de la intervención al valorar a sus hijos. Por ello, se pueden introducir otro tipo de fuentes o medidas que permitan contrastar la información aportada por los padres.



- El grupo control es de lista de espera. No disponemos de los datos del grupo control en la fase de evaluación de seguimiento a los seis meses ya que una vez finalizada la intervención y realizada la evaluación posttest se procedió a aplicar el programa a este grupo. Es necesario contar con un grupo control que permita establecer las comparaciones en los distintos momentos del estudio y que permita discriminar los efectos debidos al desarrollo evolutivo de los niños.
- No se ha realizado un seguimiento de manera diaria e individualizada de la administración adecuada del tratamiento farmacológico de los niños en el caso de que lo estuvieran recibiendo o de los cambios que se han podido realizar en éste.
- No se han encontrado diferencias significativas entre el grupo experimental y control de niños. Es necesario aumentar el tamaño muestral como hemos señalado anteriormente.
- El tiempo de intervención ha sido corto teniendo en cuenta que se trataba de desarrollar habilidades y competencias que requieren un tiempo de aprendizaje y manejo. Sería necesario realizar las sesiones una vez por semana y evaluar los cambios a largo plazo.
- En la mayoría de los caso sólo recibe la intervención la madre. Es necesario motivar a la familia para que los dos padres participen en el estudio.

### **10.3. Líneas futuras de investigación**

El trabajo de investigación que se ha presentado se incorpora a la línea de trabajo iniciada a nivel internacional y nacional sobre intervención no farmacológica del TDAH.

El presente estudio se ha centrado básicamente en los aspectos socioemocionales y comportamentales ya que como otras áreas, se consideran imprescindibles para favorecer la calidad de vida del niño y sus padres. La prevención primaria y la detección precoz de las dificultades que se presentan en el ambiente familiar de estos niños así cómo una intervención adaptada a las necesidades de éstos permitirá un mejor pronóstico y la

disminución de las consecuencias negativas en la vida de estos niños y de sus padres lo que favorecerá el bienestar y, en definitiva, la salud mental familiar.

Desde esta perspectiva de trabajo y teniendo en cuenta las limitaciones halladas, como directrices para estudios futuros se propone:

- a) Tener en cuenta el tiempo en el que se adquieren o desarrollan las distintas habilidades y/o comportamientos que se trabajan en el programa tanto en los padres como en los niños.
- b) Analizar antes de comenzar con la intervención, qué factores familiares concretos intervienen en el desarrollo de problemas socioemocionales y comportamentales de los niños con TDAH.
- c) Diseñar, implementar y evaluar un programa paralelo para el profesorado de los niños con TDAH.
- d) Comparar los efectos del programa según la edad.
- e) Comparar los efectos según el subtipo de TDAH.
- f) Comparar los efectos del programa entre grupos con y sin tratamiento farmacológico.
- g) Introducir variables e instrumentos de evaluación cognitivos.
- h) Introducir variables e instrumentos que evalúen el impacto familiar del niño con TDAH.
- i) Comparar los efectos del programa tras un año y compararlo con un grupo control.
- j) Replicar este estudio en otra muestra partiendo de las propuestas de mejora.





# **REFERENCIAS**



- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: Universidad de Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, VT: Universidad de Vermont.
- Agulló, M. J., Filella, G., García, E., López, E. y Bisquerra, R. (Coord.). (2010). *La educación emocional en la práctica*. Barcelona: Horsori-ICE.
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47, 39-45.
- Alizadeh, H., Applequist, K. F. y Coolidge, F. L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse and Neglect*, 31, 567-572.
- Almeida, L. G., Ricardo-Garcell, J., Prado, H. y Martínez, R. B. (2009). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una actualización. Primera parte. *Salud Mental*, 32, 503-512.
- Alonso, J. y Román, J. M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17, (1), 76-82.
- Alonso, J. y Román, J.M. (2003). *PEF: Escalas de identificación de prácticas educativas familiares*. Madrid: CEPE.
- Ambrosini, P. J., Bennett, D. S. y Elia, J. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *Journal of Affective Disorders*, 145, 70-76.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (7), 894-921.
- American Academy of Pediatrics (2001). Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder committee on quality improvement. Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108(4), 1033-1044.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2ª edición)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3ª edición). DSM-III*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3ª edición, rev.)*. DSM-III-R. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4ª edición). DSM-IV*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4ª edición, rev.)*. DSM-IV-TR. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- Amor, L. B., Grizenko, N., Schwartz, G., Lageix, P., Baron, C., Ter-Stepanian, M., ... Joober, R. (2005). Perinatal complications in children with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 120-126.

- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L. y DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 (5), 503-520.
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L. y Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1 (4), 167-170.
- Angold, A. y Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.
- Angold, A., Costello, E. J. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child and Psychology Psychiatry*, 40, 57-87.
- Antschel, K. M. y Remer, R. (2003). Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 153-165.
- Antshel, K. M. y Barkley, R. A. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2) 421-437.
- Appelbaum, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept and essence. *The International Journal of Psychoanalysis*, 54 (1), 35-46.
- Aragónés, E., Piñol, J. L., Ramos-Quiroga, J. A., López-Cortacans, G., Caballero, A. y Bosch, R. (2010). Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 84, 415-420.
- Arco, J. L., Fernández, F. D. e Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16 (3), 408-414.
- Arnsten, A. F., Steere, J. C. y Hunt, R. D. (1996). The contribution of alpha 2-noradrenergic mechanisms of prefrontal cortical cognitive function. Potential significance for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 448-455.
- Artiga-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), 68-78.
- Asherson, P., Brookes, K., Franke, B., Chen, W., Gill, M., Ebstein, ...Faraone, S.V. (2007). Confirmation that a specific haplotype of the dopamine transporter gene is associated with combined-type ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 164, 674-677.
- Augusto, J. M., López-Zafra, E., Berrios, M. P. y Aguilar-Luzón, M. C. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 888-901.
- Augusto-Landa, J. M. y Montes-Berges, B. (2009). Perceived emotional intelligence, health and somatic symptomatology in nursing students. *Individual Differences Research*, 7 (3), 197-211.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H. y Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Ayllon, T., y Azrin, N. (1983). *Economía de fichas: Un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación*. México: Trillas.
- Barkley, R. A. (1987). The assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 207-233.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant Children: A clinicians manual for assessment and parent training (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.



- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11, 1-29.
- Barkley, R. A. (2002a). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. A. (2002b). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (12), 36-43.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48 (2), 101-106.
- Barkley, R. A., Copeland, A. P., y Sivage, C. (1980). A self-control classroom for hyperactive children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 75-89.
- Bar-On, R. (1997a). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
- Bar-On, R. (1997b). *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bar-On, R. y Parker, J. D. A. (2000). *Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i:YV). Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Barraca, J. y López-Yarto, L. (1996). *ESFA (Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos)*. Madrid: TEA ediciones.
- Baving, L., Laucht, M. y Schmidt, M. H. (1999). Atypical frontal brain activation in ADHD: Preschool and elementary school boys and girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1363-1371.
- Bermúdez, M. P., Álvarez, T. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2 (1), 27-32.
- Biederman, J. y Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Ball, S.W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., Mc-Creary, M., ... y Faraone, S. V. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 426-434.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F., ... Faraone, S. V. (2004) Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 757-766.
- Biederman, J., Newcorn, J., y Sprich, S. (1991). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148 (5), 564-577.
- Binet, A. y Simon, T. (1908). Le développement de l'intelligence chez les enfants. *L'Année Psychologique*, 14, 1-94.
- Birchwood, J. y Daley, D. (2012). Brief report: The impact of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms on academic performance in an adolescent community sample. *Journal of Adolescence*, 35 (1), 225-231.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.

- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Bisquerra, R. y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Bor, W., Sanders, M. R. y Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 571-587.
- Bourneville, E. (1897). *Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*. Paris: Alcan.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5-33.
- Boyatzis, R.E. y Burckle, M. (1999). *Psychometric properties of the ECI: Technical note*. Boston: The Hay/McBer Group.
- Brackett, M. A. y Salovey, P. (2007). La evaluación de la inteligencia emocional con el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). En J. M. Mestre y P. Fernández (Coord.), *Manual de Inteligencia Emocional* (pp.69-80). Madrid: Pirámide.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., y Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipeć, M., Canino, G., ShROUT, P., Ramírez, R.,... Martínez, A. (2001). Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (5), 433-444.
- Brickenkamp, R. y Zillmer, E. (1998). *The D2, Test of Attention*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Brotman, M.A., Rich, B.A., Guyer, A.E., Lunsford, J.R., Horsey, S.E. y Reising, M.M. (2010). Amygdala activation during emotion processing of neutral faces in children with severe mood dysregulation versus ADHD or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167, 61-69.
- Brown, R. T. y Pacini, J. N. (1989). Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 22 (9), 581-587.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y De los Santos-Roig, M. (2002). *Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (adaptación española del MFF20)*. Madrid: TEA ediciones.
- Burks, H. F. (1960). The hyperkinetic child. *Journal of Exceptional Children*, 27, 18-26.
- Bush, G., Valera, E. M. y Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*, 57, 1273-1284.
- Cairns, F.D. y Cammock, J. (1978). Development of a more reliable version of the Matching Familiar Figures Test. *Developmental Psychology*, 5, 555-560.
- Campos, J. A. A., Santacana, M. F., Olmos, J. G. y Cebollero, M. P. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18 (4), 696-703.
- Cannon, W. B. (1914). The interrelations of emotions as suggested by recent psychological researches. *American Journal of Psychology*, 25, 256-282.

- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 111-121.
- Capdevila-Brophy, C., Navarro-Pastor, J. B., Artigas-Pallarés, J. y Obiols-Llandrich, J. (2007). Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46 (6), 365-372.
- Cardo, E., Servera, M. y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44, 10-14.
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., de Azua, B., Redondo, M. y Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (1), 109-117.
- Castellanos, F. X. (2002). Anatomic magnetic resonance imaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dialogues in Clinical*, 4, 444-448.
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Flammer-Rivera, L. M., Pelhman, W. E., Walker, K. S., Arnold, F. W.,... Herbst, L. (2008). A pilot study of the feasibility and efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12 (3), 270-280.
- Chamorro-Premuzic, T., Bennett, E. y Furnham, A. (2007). The happy personality: Mediation role of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 42, 1633-1639.
- Chico, E. (1999). Evaluación psicométrica de una escala de inteligencia emocional. *Boletín de Psicología*, 62, 65-78.
- Chronis, A. M., Jones, H. A. y Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. y Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7 (1), 1-27.
- Chronis, A. M., Gamble, S. A., Roberts, J. E. y Pelham, W. E. (2006). Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 37, 143-158.
- Chronis, A. M., Jones, H. A. y Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L. y Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1424-1432.
- Chronis-Tuscano, A., Clarke, T. L., O'Brien, K. A., Raggi, V. L., Diaz, Mintz, A. D., ...Lewinsohn, P. (2013). Development and preliminary evaluation of an integrated treatment targeting parenting and depressive symptoms in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 918-925.

- Ciarrochi, J., Deane, F. P. y Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
- Clarfield, J. y Stoner, G. (2005). The effects of computerized reading instruction on the academic performance of students identified with ADHD. *School Psychology Review*, 34 (2) 246-254.
- Clements, S. D. y Peters, J. E. (1962). Minimal brain dysfunction in the school-age child. *Archives of General Psychiatry*, 6, 185-197.
- Clouston, T. S. (1899). Stages of over-excitability, hypersensitiveness, and mental explosiveness in children and their treatment by the bromides. *Scottish Medical Surgical Journal*, 4, 481-490.
- Coll, C. y Onrubia, J. (1999). Inteligencia, aptitudes para el aprendizaje y rendimiento escolar. En C. Coll, J. Palacios, A. Marchesi (Comp.), *Desarrollo psicológico y educación, II* (pp. 161-174). Madrid: Alianza Psicología.
- Complicaciones obstétricas y médicas en el trastorno de déficit atencional/hiperactividad (TDAH): ¿Hay diferencias entre los subtipos? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 679-695.
- Conners, C. K. (1995). *Conners' Continuous Performance Test (CPT)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (1997a). *Conners' Parent Rating Scale- Revised Manual*. Nueva York, Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (1997b). *Conners' Teacher Rating Scale- Revised Manual*. Nueva York, Multi-Health Systems.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., Epstein, J. N. (1998a). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R), factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (4), 257-268.
- Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A. y Epstein, J. N. (1998b). Revision and restandardization of the Conners teacher rating scale (CTRS-R), factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 4, 270-291.
- Cook, E. H., Stein, M. A., Krasowski, M. D., Cox, N. J., Olkon, D. M., Kieffer, J. E., Leventhal, B. L. (1995). Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetic*, 56, 993-998.
- Costello, A. J., Edelbrock, L. S., Dulcan, M. K., Kalas, R. y Klaric, S. H. (1984). *Report on the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*. Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Criado-Álvarez, J. J. y Romo-Barrientos, C. (2003). Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 37 (9), 806-810.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of physiology and pathology of the human mind and history of the passion and their effects (Volume II)*. Londres: Printed for T. Cadell Jr. Y W. Davies in the Strand.
- Da Fonseca, D., Seguíer, V., Santos, A., Poinso, F. y Deruelle, C. (2009). Emotion Understanding in Children with ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 111-121.

- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M. y Brown, R. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review*, 17, 73-89.
- Damasio, A. R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, 83-86.
- Danforth, J. S., Barkley, R. A. y Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-727.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals (3rd ed.)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Darwin, C. (1873). *The expression of emotions in animals and man*. New York: Appleton.
- Day, A. L., Therrien, D. L. y Carroll, S. (2005). Predicting psychological health: Assessing the incremental validity of emotional intelligence beyond personality, type a behaviour, and daily hassles. *European Journal of Personality*, 19, 519-536.
- de Boo, G.M. y Prins, P. J. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review* 27, 78-97.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 168-192.
- Del Barrio, M.V., Moreno, C. y López, R. (1999). El Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10(3), 393-416.
- Demoor, J. (1901). *Die anormalen kinder und ihre erziehliche behandlung in haus und schule*. Altenberg: Oskar Bonde.
- Díaz-Castela, M. M., Hale, W.W., Muela, J. A., Espinosa-Fernández, L., Klimstra, T. García-López, L. J. (2013). The measurement of perceived emotional intelligence for spanish adolescents with social anxiety disorder symptoms. *Anales de Psicología*, 29 (2), 509-515.
- Díez, A. Figueroa, A. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), 135-155.
- Díez, A., Figueroa, A. y Soutullo, C. (2007). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8, 135-155.
- Domínguez-Ortega, L. y de Vicente-Colomina, A. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y alteraciones del sueño. *Medicina Clínica*, 126 (13), 500-506.
- Donenberg, G. y Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (2), 179-198.
- Dopfner, M., Breuer, D., Schurmann, S., Metternich, T.W., Rademacher, C. y Lehmkuhl, G. (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with attention-deficit hyperactivity disorder-global outcome. *European Child Adolescence and Psychiatry*, 13 (1), 117-129.
- Douglas V. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4 (4), 259-282.
- Downey, L. A., Johnston, P. J., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., Tuckwell, V. y Schweitzer, I. (2008). The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *European Journal of Psychiatry*, 22 (2), 93-98.

- DuPaul, G. J. (2007). School-based interventions for students with attention deficit hyperactivity disorder: Current status and future directions. *School Psychology Review*, 36 (2), 183-194.
- DuPaul, G. J. y Volpe, R. J. (2009). ADHD and learning disabilities: Research findings and clinical implications. *Current Attention Disorders Reports*, 1 (4), 152-155.
- DuPaul, G. J. y Weyandt, L. L. (2006). School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder: effects on academic, social, and behavioural functioning. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53 (2), 161-176.
- DuPaul, G. J., Ervin, R. A., Hook, C. L. y McGoey, K. E. (1998). Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 579-592.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. y Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ebaugh, F. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases of Children*, 25 (2), 89-97.
- Ebstein, R. P., Novick, O., Umansky, R., Priel, B., Osher, Y., Blaine, D.,... Belmaker, R. H., (1996). Dopamine D4 receptor (D4DR) exón III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nature Genetics* 12, 78-80.
- Ekman, P., Levenson, R. W. y Friesen, W.V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1206-1210.
- Elia, J., Capasso, M., Zaheer, Z., Lantieri, F., Ambrosini, P., Berrettini, W., ... Hakonarson, H. (2009). Candidate gene analysis in an on-going genome-wide association study of attention-deficit hyperactivity disorder: suggestive association signals in ADRA1A. *Psychiatry Genetics*, 19, 134-141.
- Evans, E. W., Schultz, B. K., DeMars, C. E. y Davis, H. (2011). Effectiveness of the challenging horizons after-school program for young adolescents with ADHD. *Behavior Therapy*, 42, 462-474.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005a). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005b). Inteligencia emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: Una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*, 11, 101-122.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of mental, social and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2009). The moderating effect of trait meta-mood and perceived stress on life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 47, 116-121.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006). Spanish Version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Version 2.0: Reliabilities, Age, and Gender Differences. *Psicothema*, 18, 42-48.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J. M. y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (2), 209-228.

- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 191-205.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J. M., Navarro, J. B. and Losilla, J. M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents – DICA-R. *Psicothema*, 9 (3), 529-539.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A. y O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. V., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Faraone, S.V. y Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention déficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 159-180.
- Farré, A. y Narbona, J. (1998). EDAH. *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA.
- Feng, Y., Crosbie, J., Wigg, K., Pathare, T., Ickowicz, A., Schachar, R., ... Barr, C. L. (2005). The SNAP25 gene as a susceptibility gene contributing to attention-deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 10, 998-1005.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19 (3), 63-93.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D. M., López-Arribas, S., García-Savaté, C., Muñiz-Borrega, B., Pardos-Véglia, A. ... Muñoz-Jareño, N. (2011). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y su relación con las habilidades sociales y de liderazgo evaluadas a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (6), 339-348.
- Ferrándiz, C., Hernández, D., Bermejo, R., Ferrando, M. y Sainz, M. (2012). Social and emotional intelligence in childhood and adolescence: Spanish validation of a measurement instrument. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 309-338.
- Ferreiro-Vilasante, M. C., Buceta-Cancela, M. J. y Rial-Boubeta, A. (2013). Comparación de la flexibilidad cognitiva en el TDAH y la dislexia. *Infancia y Aprendizaje*, 36 (1), 105-117.
- Foley, M. (2011) A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39-49.
- Fox, D. J., Tharp, D. F. y Fox, L. C. (2005). Neurofeedback: An alternative and efficacious treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30 (4), 365-373.
- Gallardo, P. (2006). El desarrollo emocional en la educación primaria (6-12 años). *Cuestiones Pedagógicas: Revista de Ciencias de la Educación*, 18, 143-159.
- Galton, F. (1869). *Hereditary genius: An inquiry into its laws and consequences*. Londres: McMillan.

- Gálvez, J. J. (2010). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Medicina Naturista*, 4 (1), 9-14.
- García, F. J., Sureda, I. y Monjas, M. I. (2010). El rechazo entre iguales en la educación primaria: Una panorámica general. *Anales de Psicología*, 26 (1), 123-126.
- García, R., Jara, P. y Sánchez, D. (2011). School context: Family satisfaction and social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder "ADHD". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 544-551.
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T. y Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcomes in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39 (4), 568-580.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gentschel, D. A. y McLaughlin, T. F. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: Characteristics and suggested methods of treatment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 12 (4), 333-347.
- Gerdes, A. C., Haack, L. M. y Schneider, B. W. (2012). Parental functioning in families of children with ADHD: Evidence for behavioral parent training and importance of clinically meaningful change. *Journal of Attention Disorders*, 16 (2), 147-156.
- Gillis, J. J., Gilger, J. W., Pennington, B. F. y DeFries, J. C. (1992) Attention deficit disorder in reading-disabled twins: Evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 303-315.
- Gismero, E. (1998). *EHS, Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gizer, I. R., Ficks, C. y Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: A metaanalytic review. *Human Genetics*, 126, 51-90.
- Gohm, C. L., Corser, G. C. y Dalsky, D. J. (2005). Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant? *Personality and Individual Differences*, 39, 1017-1028.
- Goldberg, E. (2002). *El cerebro ejecutivo: Los lóbulos frontales y mente civilizada*. Barcelona: Crítica.
- Golden, C. J. (1978). *The Stroop Color and Word Test*. Chicago, IL: Stoelting Company.
- Golden, C. J. (2001). *Test de colores y palabras (Stroop)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goldman, S. L., Kraemer, D. T. y Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 155-128.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Gorman, E. B., Klorman, R., Thatcher, J. E. y Borgstedt, A. D. (2006). Effects of methylphenidate on subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 808-816.
- Grant, D.A. y Berg, E.A. (1999). WSCT, Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin. Madrid: TEA Ediciones.
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R. y Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation. *Journal of Abnormal Child and Psychology*, 39, 1073-1083.



- Greenspan, S. I. (1989). Emotional intelligence. En K. Field, B. J. Cohler y G. Wool (Eds.), *Learning and education: Psychoanalytic perspectives* (pp. 209-243). Madison, CT: International Universities Press.
- Gresham, F. M., MacMillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L. y Forness, S. R. (1998). Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: Risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (5), 393-406.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23, 510-515.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90 (1), 2-7.
- Harris, K., Boots, M., Talbot, J. y Vance, A. (2006). Comparison of psychosocial correlates in primary school age children with attention deficit/ hyperactivity disorder-combined type, with and without dysthymic disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 419-426.
- Hartman, R. R., Stage, S. A. y Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), 388-398.
- Hawi, Z., Dring, M., Kirley, A., Foley, D., Kent, L., Craddock, N., ... Gill, M. (2002). Serotonergic system and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A potential susceptibility locus at the 5-HT(1B) receptor gene in 273 nuclear families from a multi-centre sample. *Molecular Psychiatry* 7, 718-725.
- Hechtman, L., Etcovitch, J., Platt, R., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Newcorn, J. H., ... Wigal, T. (2005). Does multimodal treatment of ADHD decrease other diagnoses? *Clinical Neuroscience Research*, 5, 273-282.
- Herjanic, B. y Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between parent and child on individual symptoms. *Journal Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Herjanic, B., Herjanic, M., Brown, F. y Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 4-48.
- Hernández, P. (1996). "TAMAI" (*Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*). Madrid: TEA Ediciones.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés* 12 (2-3), 279-292.
- Heuyer, G. (1914). *Enfants anormaux et delinquants juvéniles*. Paris: Thèse De Médecin.
- Hinshaw, S. P., Scheffler, R. M., Fulton, B. D., Aase, H., Banaschewski, T., Cheng, W., . . . Weiss, M. D. (2011). International variation in treatment procedures for ADHD: Social context and recent trends. *Psychiatric Services*, 62 (5), 459-464.
- Hoffman, H. (1845). *Der Struwwelpeter*. Frankfurt: Literarische Anstalt.
- Hohman, L. B. (1922). Post-encephalitic behavior disorder in children. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 33, 372-375.
- Hook, C. L. y DuPaul, G. J. (1999). Parent tutoring for students with attention deficit hyperactivity disorder: effects on reading at home and school. *School Psychology Review*, 28, 60-75.

- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7 (1), 101-106.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A. ... Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 411-423.
- Huang, H., Lu, C., Tsai, H., Chao, C., Ho, T., Chuang, S.,... Yang, P. (2009). Effectiveness of behavioral parent therapy in preschool children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Kaohsiung Journal Medical Science*, 25 (7), 357-365.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R.J.R., Charney, ... Blair, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1487-1495.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42 (1), 19-33.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., ... Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-158.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., ... Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22 (1), 60-73.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M. y Artilles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5, 13-36.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (1) 85-104.
- Johnston, C. y Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (3), 183-207.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T. y Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: Long-term follow-up. *Child Care, Health and Development*, 34 (3), 380-390.
- Joyner, K. B., Silver, C. H. y Stavinoha, P. L. (2009). Relationship between parenting stress and ratings of executive functioning in children with ADHD. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 27 (6), 452-464.
- Kahn, E. y Cohen, L.H. (1934). Organic drivenness. A brain stem syndrome and an experience with case reports. *New England Journal of Medicine*, 210, 748-756.
- Kaiser, N. M., McBurnett, K. y Pfiffner, L. J. (2011). Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models. *Journal of Attention Disorders*, 15(3) 193-203.
- Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D. y Gnagy, E. M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with adhd and varying

- levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1), 169-181.
- Kaufman, A. S. y Kaufman, N. L. (1997). *K-ABC. Bateria de Evaluación de Kaufman para niños*. Madrid: TEA.
- Kendall, J. (1999). Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Family Process*, 38 (1), 117-136.
- Kendall, J., Leo, M. C., Perrin, N. y Hatton, D. (2005). Modeling ADHD child and family relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27(4), 500-518.
- Keown, L. J. y Woodward, L. J. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 541-553.
- Kepley, H. O. y Ostrander, R. (2007). Family characteristics of anxious ADHD children. *Journal of Attentional Disorder*, 10, 317-323.
- Kleinginna, P. R. y Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5 (4), 345-379.
- Klimkeit, E., Graham, C., Lee, P., Morling, M., Russo, D. y Tonge, B. (2006). Children should be seen and heard: Self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10 (2), 181-191.
- Knopik, V. S., Sparrow, E. P., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Hudziak, J. J., Reich, W., ...Heath, A. C. (2005). Contributions of parental alcoholism, prenatal substance exposure and genetic transmission to child ADHD risk: A female twin study. *Psychological Medicine*, 35, 625-635.
- Kotkin, R. (1998). The Irvine Paraprofessional Program: Promising practice for serving students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 3, 556-564.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Heath Systems Inc.
- Kovacs, M., del Barrio, V., y Ortiz, M. Á. C. (2004). *CDI: inventario de depresión infantil: manual*. TEA Ediciones.
- Kramer, F. y Pollnow, H. (1930). Hyperkinetische zustandsbilder im kindesalter. Berliner gesellschaft für psychiatrie und nervenkrankheiten sitzung vom 16.6.1930. *Zentralbl Gesamte Neurol Psychiatr*, 57, 844-845.
- Kuntsi, J., Oosterlaan, J. y Stevenson, J. (2001). Psychological mechanisms in hyperactivity: I. Response inhibition deficit, working memory impairment, delay aversion, or something else? *Journal of Child and Psychol Psychiatry*, 42, 199-210.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., Van Daalen, E. Fergert, J., ... Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 11-28.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J. y Rathouz, P. J. (2002). Adolescent outcomes of childhood conduct disorder among clinic-referred boys: Predictors of improvement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 333-348.
- Landau, R., Amiel-Laviad, R., Berger, A., Atzaba-Poria, N. y Auerbach, J. G. (2009). Parenting of 7-month-old infants at familial risk for ADHD during infant's free play, with restrictions on interaction. *Infant Behavior and Development*, 32, 173-182.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, Motivation, and Anxiety: Brain Mechanisms and Psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44, 1248-1263.
- Lange, C. G. (1885). The mechanism of the emotions. En B. Rand (Ed.), *The classical psychologist*, (pp. 672-684). Boston: Houghton Mifflin.

- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D. ...Doyle, M. (2005) Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Lasky-Su, J., Neale, B. M., Franke, B., Anney, R. J., Zhou, K., Maller, J.B., ...Faraone, S.V. (2008). Genome-wide association scan of quantitative traits for attention deficit hyperactivity disorder identifies novel associations and confirms candidate gene associations. *American Journal of Medical Genetics Part B:Neuropsychiatric Genetics*, 147, 1345-1354.
- Latorre, J. M. y Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10 (1), 111-125.
- Lee, P., Niew, W., Yang, H., Chen, V. C. y Lin, K. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2040-2049.
- Lee, S. S., Falk, A. E. y Aguirre, V. P. (2012). Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 197, 90-96.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R. y Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31,328-341.
- Leuner, B. (1966). Emotionale intelligenz und emanzipation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 15, 196-203.
- Lizeretti, N. P. y Extremera, N. (2011). Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatry Quaterly*, 82, 253- 260.
- Lizeretti, N. P. y Rodríguez, A. (2011). La inteligencia emocional en salud mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 233-253.
- Lizeretti, N. P., Oberst, U. E., Chamarro, A. y Farriols, N. (2006).Evaluación de la inteligencia emocional en pacientes con psicopatología: resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 355-364.
- Lloyd, S. J., Malek-Ahmadi, M., Barclay, K., Fernández, M. R., y Chartrand, M. S. (2012). Emotional intelligence (EI) as a predictor of depression status in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 570-573.
- Lopes, P. N., Salovey, P. y Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641-658.
- López-Villalobos, J. A., Serrano, I. y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16 (3), 402-407.
- Luman, M., Oosterlaan, J. y Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 25, 183-213.
- Mackeith, R.C. y Bax, M. C. O. (1963). *Minimal cerebral dysfunction. Papers from the International Study Group held at Oxford, September 1962*. Little Club Clinics in Development Medicine, n° 10. London: Heinemann.
- Malatesta, C.Z. y Haviland, J.M. (1982). Learning display rules: The socialization of emotion expression in infancy. *Child Development*, 53, 991-1003.
- Martin, A. (2005). The hard work of growing up with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1575-1577.

- Martín, M., Harillo, A. D., y Mora, J.A. (2008). Relaciones entre inteligencia emocional y ajuste psicológico en una muestra de alumnos de enseñanza secundaria. *Ansiedad y Estrés*, *14*, 31-41.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, *17* (1), 3-13.
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, *49*, 554-564.
- Matthys, W., Cuperus, J. M. y Van Engeland, H. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*, 311-321.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp.3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (2007). ¿Qué es inteligencia emocional? En J. M. Mestre y P. Fernández (Coord.), *Manual de Inteligencia Emocional* (pp.25-25). Madrid: Pirámide.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, *27*, 267-298.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M. T. y Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, *54*, 772-781.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2001). *Technical Manual for the MSCEIT v. 2.0*. Toronto. Canadá: MHS Publishers.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L. y Crowell, E.W. (2000). Learning disabilities and adhd: overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, *33*, 417-424.
- McGilloway, S., Nimhaille, G., Bywater, T., Leckey, Y., Kelly, P., Furlong, M., . . . Donnelly, M. (2014). Reducing child conduct disordered behaviour and improving parent mental health in disadvantaged families: A 12-month follow-up and cost analysis of a parenting intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00787-013-0499-2.
- McLaughlin, D. P. y Harrison, C. A. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, *11* (2), 82-88.
- Mediavilla-García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Revista de Neurología*, *36* (6), 555-565.
- Meichenbaum, D. H. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, *77* (2), 115-126.
- Mesman, J., Bongers, L. y Koot, H. M. (2001). Preschool Developmental Pathways to Preadolescent Internalizing and Externalizing Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*, 679-689.
- Mikami, A., Huang-Pollock, C., Pfiffner, L., McBurnett, K. y Hangai, D. (2007). Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 509-521.
- Mikami, A., Ransone, M. y Calhoun, C. (2011). Influence of anxiety on the social functioning of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders* *15*, 473-484.

- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V. y Chen, L. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1138-1142.
- Millichap, J.G. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121, 358-365.
- Miranda, A., Baixauli, I. y Colomer, C. (2013). Narrative writing competence and internal state terms of young adults clinically diagnosed with childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1938-1950.
- Miranda, A., Colomer, C., Fernández, I. y Presentación, M. J. (2012). Funcionamiento ejecutivo y motivación en tareas de cálculo y solución de problemas de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicodidáctica*, 17 (1), 51-71.
- Miranda, A., Fernández, M. I., García, R., Roselló, B. y Colomer, C. (2011). Habilidades lingüísticas y ejecutivas en el trastorno por déficit de atención (TDAH) y en las dificultades de comprensión lectora (DCL). *Psicothema*, 23 (4), 688-694.
- Miranda, A., García, R. y Presentación, M. J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 34 (1), 91-97.
- Miranda, A., Presentación, M. J. y Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 35 (6), 546-562.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44 (2), 23-25.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Meliá de Alba, A. y Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46 (1), 43-45.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Meliá, A. y Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46 (1), 43-45.
- Miranda-Casas, A., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C. y Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52 (1), 119-126.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S. y Brooks, D. (2008). ADHD: Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics*, 47 (9), 865-872.
- Moghaddam, M. F., Assareh, M., Heidaripoor, A., Rad, R. E. y Pishjoo, M. (2013). The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 45-49.
- Mokrova, I., O'Brien, M., Calkins, S. y Keane, S. (2010). Parental ADHD symptomology and ineffective parenting: The connecting link of home chaos. *Parenting: Science and Practice*, 10 (2), 119-135.
- Monastra, V. J., Monastra, D. M. y George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. (2002). *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(4), 231-249.

- Montañés-Rada, F., Gastaminza-Pérez, X., Catalá, M. A., Ruiz-Sanz, F., Ruiz-Lázaro, P. M., Herreros-Rodríguez, O.,...Rey-Sánchez, F. (2010). Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 51 (10), 633-637.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Mora, J. A. (1991). La inteligencia como proceso básico. *Anales de Psicología*, 7 (1), 57-64.
- Mrug, S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S., Arnorld, L. E., Hechtman, L. y Pelham, W. E. (2009). Discriminating between children with ADHD and classmates using peer variables. *Journal of Attention Disorders*, 12 (4), 372-380.
- MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113, 754-761.
- MTA Cooperative Group. (1999a). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56 (12) 1073-1086.
- MTA Cooperative Group. (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56 (12) 1088-1096.
- Mulas, F., Capilla, A., Fernández, S., Etchepareborda, M. C., Campo, P., Maestú, F.,... Ortiz, T. (2006). Shifting-related brain magnetic activity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 59, 373-379.
- Musser, E. D., Backs, R. W., Schmitt, C. F., Ablow, J. C., Measelle, J. R. y Nigg, J. T. (2011). Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 841-852.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE Clinical guideline*, 72. London: National Collaborating Centre for Mental Health. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12061/42059/42059.pdf>
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M. y Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences*, 47, 36-41.
- Nigg, J. T. y Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Developmental Psychopathology*, 17, 785-806.
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelarr, J. K, Mulligan, A., Hartman, C.A. y Hoekstra, P.J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28, 692-708.
- Nolidin, K., Downey, L. A., Hansen, K., Schweitzer, I. y Stough, C. (2013). Associations between social anxiety and emotional intelligence within clinically depressed patients. *Psychiatric Quarterly*, 84, 513-521.
- Noorbakhsha, S. N., Besharata, M.A. y Zareia, J. (2010) Emotional intelligence and coping styles with stress. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 818-822.
- O'Connell, R. G., Bellgrove, M. A., Dockree, P. M. y Robertson, I. H. (2006). Cognitive remediation in ADHD: Effects of periodic non-contingent alerts on sustained attention to response. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16, 653-665.

- Ochsner, K. N. y Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9 (5) 242-249.
- Oh, W., Park, E. S., Suk, M. H., Song, D. H., e Im, Y. (2012). Parenting of children with ADHD in south korea: The role of socio-emotional development of children with ADHD. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1932-1942.
- Olson, S. L., Bates, J. E. y Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (3), 317-334.
- Organización Mundial de la Salud (1975). *CIE-9: Novena revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.
- Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (2001). Programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid: CEPE.
- Ortega, J. A., Ferrís, J., Berdel, O., Romero, K. J., Rubalcava, L., Martínez, E. ... Hernández, M. D. (2006). Neurotóxicos medioambientales. Tabaco, alcohol, solventes, flúor y aditivos alimentarios: Efectos adversos en el sistema nervioso fetal y posnatal y medidas preventivas. *Acta Pediátrica Española*, 64, 493- 502.
- Osterrieth, P. A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe; contribution à l'étude de la perception et de la mémoire. *Archives De Psychologie*, 30, 206-356.
- Owens, J. A. (2005). The ADHD and sleep conundrum: A review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 312-322.
- Paine, R., Werry, J. y Quay, H. (1968). A study of minimal cerebral dysfunction. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 505-520.
- Palmer, B., Donaldson, C. y Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences* 33, 1091-1100.
- Palomera, R. y Brackett, M. (2006). Frequency of positive affect as a possible mediator between perceived emotional intelligence and life satisfaction. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 231-239.
- Payne, W. L. (1986). A study of emotion: Developing emotional intelligence, self-integration, relating to fear, pain, and desire. *Dissertation Abstracts International*, 47 (1), 203A. (University microfilms No. AAC 8605928).
- Pelc, K. Kornreich, C., Fois, M.L. y Dan, B. (2006). Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Neurology*, 35 (2), 93-97.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Burrows-Maclean, L., Williams, A., Fabiano, G. A., Morrisey, S. M.,...Morse, G. D. (2001). Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics*, 107(6), 1-15.
- Pelham, W.E., Massetti, G.M., Wilson, T., Kipp, H., Myers, D., Newman, B.B. ... Waschbusch, D. A. (2005). Implementation of a comprehensive schoolwide behavioral intervention: the ABC Program. *Journal of Attention Disorders*, 9 (1), 248-260.



- Pérez, J. C. (2003). Adaptación y validación española del Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) en población universitaria. *Encuentros en Psicología Social*, 5, 278-283.
- Peris, T. S. y Hinshaw, S. P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: The relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 4(8), 1177-1190.
- Petrides, K. V. y Furnham, A. (2000a). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313-320.
- Petrides, K. V. y Furnham, A. (2000b). Gender differences in measured and self-estimated trait emotional intelligence. *Sex Roles*, 42, 449-461.
- Petrides, K. V. y Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.
- Petrides, K. V. y Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17, 39-53.
- Petrides, K. V., Sangareau, Y., Furnham, A. y Frederickson, N. (2006). Trait Emotional Intelligence and children's peer relations at school. *Social Development*, 15 (3), 537-547.
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Rathouz, P. J. y Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (5), 551-563.
- Pfiffner, L. J. y McBurnett, K. (2006). Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 725-735.
- Pfiffner, L. J., Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C., Easterlin, B., Zalecki, C. y McBurnett, K. (2007). A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (8), 1041-1050.
- Pfiffner, L. J., Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C., Easterlin, B., Zalecki, C.,... McBurnett, K. (2007). A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (8), 1041-1050.
- Philippe, J. y Paul-Boncour, G. (1907). *Les anomalies mentales chez les écoliers. Étude médico-pédagogique*. Paris: Félix Alcan.
- Pineda, A. D., Lopera, F., Henao, G. C., Palacio, J. D. y Castellanos, F. X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una muestra colombiana. *Revista de Neurología*, 32 (3), 217-222.
- Pliszka, S. R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 50-58.
- Pliszka, S. R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. *Pediatrics Drugs*, 5, 741-750.
- Pliszka, S. R., Liotti, M. y Woldorff, M.G. (2000). Inhibitory control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: event-related potentials identify the processing component and timing of an impaired right-frontal response-inhibition mechanism. *Biological Psychiatry*, 48, 238-246.

- Podolski, C. L. y Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child adhd severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (4), 503-513.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. y Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., y Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942-948.
- Pouretamad, H. R., Khooshabi, K., Roshanbin, M. y Jadidi, M. (2009). The effectiveness of group positive parenting program on parental stress of mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Iranian Medicine*, 12 (1), 60-68.
- Power, T. J., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Clarke, A. T., Marshall, S. A., Sharman, J.,...Jawad, A. F. (2012). Family-school intervention for children with ADHD: Results of randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (4), 611-623.
- Power, T. J., Soffer, S. L., Mautone, J. A., Costigan, T. E., Jones, H. A., Clarke, A. y Marshall, S. A. (2009). An analysis of teacher investment in the context of a family-school intervention for children with ADHD. *School Ment Health*, 1 (3), 107-117.
- Presentación, M. J., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 2 (3), 18-26.
- Presentación, M. J., Siegenthaler, R., Jara, P. y Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22 (4), 778-783.
- Presentación-Herrero, M. J., García-Castellar, R., Miranda-Casas, A., Siegenthaler-Hierro, M. y Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: Efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42 (3), 137-143.
- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M. y Sonuga-Barke, E. (2007). Testing the interactive effect of parent and child ADHD on parenting in mothers and fathers: A further test of the similarity-fit hypothesis. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 419-433.
- Quist, J. F., Barr, C. L., Schachar, R., Roberts, W., Malone, M., Tannock, R., ... Kennedy, J. L. (2003). The serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry* 8, 98-102.
- Ramos, N. S., Fernandez-Berrocal, P. y Extremera, N. (2007). Perceived emotional intelligence facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Cognition and Emotion*, 21, 758-772.
- Ramos, R., Giménez, A. I., Muñoz-Adell, M.A., Lapaz, E. (2006). *A-EP. Cuestionario de Autoestima para Educación Primaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ramos-Quiroga, J. A., Bosch-Munsó, R., Castells-Cervelló, M., Nogueira-Morais, M., García-Giménez, E. y Casas-Brugué, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología*, 42 (10), 600-606.
- Raya, A. F., Herreruzo, J. y Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4), 691-696.
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.

- Reich, W., Leacock, N. y Shanfeld, K. (1997). *DICA-IV Diagnostic Interview for children and Adolescents-IV* [Computer software]. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc.
- Rey, A. (1997). Rey. Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas. Madrid: TEA ediciones.
- Ricoy, M. C. y Feliz, T. (2002). Estrategias de intervención para la escuela de padres y madres. *Educación XXI*, 5, 171-197.
- Rodríguez, C. y Romero, E. (2003). La inteligencia emocional ¿Factor de protección antidepresivo? *Encuentros en Psicología Social*, 1 (5), 295-298.
- Rodríguez, L., López, J.A, Garrido, M., Sacristán, A. M., Martínez, M. T. y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría Atención Primaria*, 11 (42), 251-270.
- Rodríguez-Hernández, P. J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G. M., García, R., Sanz-Álvarez, E. J. y De las Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (2), 265-279.
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I. y Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47, 167-185.
- Roman, T., Schmitz, M., Polanczyk, G. V., Eizirik, M., Rohde, L. A. y Hutz, M. H. (2003). Is the alpha-2A adrenergic receptor gene (ADRA2A) associated with attentiondeficit/hyperactivity disorder? *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 120, 116-120.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, J. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), 79-84.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rossen, E., y Kranzler, J. (2009). Incremental validity of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0 (MSCEIT) after controlling for personality and intelligence. *Journal of Research in Personality*, 43, 60-65.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 223-230.
- Ruiz-Aranda, D., Martín, J., Cabello, R., Palomera, R. y Fernández-Berrocal, P. (2012). Can an emotional intelligence program improve adolescents' psychosocial adjustment? Results from the intemo Project. *Social Behavior and Personality*, 40 (8), 1373-1380.
- Ryan, J. B., Reid, R., Epstein, M. H., Ellis, C. y Evans, J. H. (2005). Pharmacological intervention research for academic outcomes for students with adhd. *Behavioral Disorders*, 30 (2), 135-154.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.
- Salguero, J. e Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 207-221.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

- Salovey, P. y Sluyter, D. J. (1997). *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications*. New York: Basic Books.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp.125-151). Washington: American Psychological Association.
- Saltali, N. D. y Deniz, M. E. (2010). The effects of an emotional education program on the emotional skills of six-year-old children attending preschool. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 10 (4), 2123-2140.
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *EBP. Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid: TEA.
- Sánchez-Carpintero, R. y Narbona, J. (2001). Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 33 (1), 47-53.
- Sánchez-Mora, C., Ribasés, M., Mulas, F., Soutullo, C. Sans, A., Pàmias, M., ... Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Bases genéticas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 55, 609-618.
- Sánchez-Pérez, N. y González-Salinas, C. (2013). Ajuste escolar del alumnado con TDAH: Factores de riesgo cognitivos, emocionales y temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11 (2), 527-550.
- Scaramella, L. V. y Leve, L. B. (2004). Clarifying parent-child reciprocities during early childhood: The early childhood coercion model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7 (2), 89-107.
- Schachter, S. y Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69 (5), 379-399.
- Scheres, A., Milham, M. P., Knutson, B. y Castellanos, F. X. (2007). Ventral striatal hypo-responsiveness during reward anticipation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 720-724.
- Schroeder, V. M. y Kelley, M. L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 227-235.
- Schutte, N. S., Malouff, J.M., Simunek, M., McKenley, J. y Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognición y Emoción*, 16 (6), 169-785.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D., Cooper, J. T., Golden, C. y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. y Rooke, S. E. (2007). Meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921-933.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2009). *Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline 112*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Recuperado de <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf>.
- Seidman, L. J., Valera, E.M. y Makris, N. (2005). Structural brain imaging of adult ADHD. *Biological Psychiatry*, 57, 1263-1272.

- Seipp, C. M. y Johnston, C. (2005). Mother-son interactions in families of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without oppositional behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (1), 87-98.
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: An empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 7-12.
- Sergeant, J.A., Oosterlaan, J. y van der Meere, J. J. (1999). Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder. En H.C. Quay y A. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 75-104). New York: Plenum Press.
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. y Alda-Díez, J. A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41 (1), 44-51.
- Servera, M. y Cardo, E. (2007). *ADHD Rating Scale-IV* en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista de Neurología*, 45 (7), 393-399.
- Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., Halldorsdottir, T., Stupica, B., Owens, K. y Sacks, T. (2012) Emotion regulation mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. *Journal of Abnorm Child and Psychology*, 40, 595-606.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K. y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (1), 28-38.
- Shalev, L., Tsal, Y. y Mevorach, C. (2007). Computerized progressive attentional training program (CPAT): effective direct intervention for children with adhd. *Child Neuropsychology*, 13, 382-388.
- Shavelson, J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.
- Sibley, M. H., Waxmonsky, J. G., Robb, J. A. y Pelham, W. E. (2013). Implications of changes for the field: ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 34-42.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'Alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22 (2-6), 255-262.
- Slaski, M. y Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63-68.
- Slaski, M. y Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress health and performance. *Stress and Health*, 19 (4), 233-239.
- So, C. Y. C., Leung, P. W. L. y Hung, S. (2008). Treatment effectiveness of combined medication/behavioural treatment with chinese ADHD children in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (9), 983-992.
- Solanto, M. V. (2002). Dopamine dysfunction in AD/HD: Integrating clinical and basic neuroscience research. *Behavioural Brain Research*, 130, 65-71.
- Solanto, M. V. (2000). Clinical psychopharmacology of AD/HD: Implications for animal models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 27-30.

- Song, L. J., Huang, G., Peng, K. Z., Law, K. S., Wong, C., y Chen, Z. (2010). The differential effects of general mental ability and emotional intelligence on academic performance and social interactions. *Intelligence*, 38 (1), 137-143.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130, 29-36.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 593-604.
- Sonuga-Barke, E. J., Auerbach, J., Campbell, S. B., Daley, D. y Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, 8 (2), 141-150.
- Sonuga-Barke, E. J., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R. y Miller, L. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD: The case for specialized parent training. *Infants & Young Children*, 19 (2), 142-153.
- Sonuga-Barke, E., Taylor, E., Sembi, S. y Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion—I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 387-398.
- Spencer, T. J., Biederman, J. y Mick, E. (2007). Attention-deficit/Hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics* 7, 73-81.
- Spencer, T. J., Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Coffey, B., Geller, D., ... Wilens, T. (2001). Impact of tic disorders on ADHD outcome across the life cycle: findings from a large group of adults with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 611-617.
- Spencer, T., Biederman, J., Coffey B, Geller, D., Wilens, T. y Faraone, S. (1999). The 4-year course of tic disorders in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 842-847.
- Spielberger, C. D., Buena-Casal, G. y Agudelo, D. (2008). *IDER. Inventario de Depresión Estado-Rasgo* Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C. D., Carretero-Dios, H., de los Santos-Roig, M. y Buena-Casal, G. (2002a). Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): Trait sub-scale (T-DEP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 51-69.
- Spielberger, C. D., Carretero-Dios, H., de los Santos-Roig, M. y Buena-Casal, G. (2002b). Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 71-89.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J. y Platzek, A. (1973). *STAIC, State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E. y Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1432-1437.
- Steinhausen, H. C., Göllner, J., Brandeis, D., Müller, U. C., Valko, L. y Drechsler, R. (2013). Psychopathology and personality in parents of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 38-46.

- Steinhausen, H. C., Züllig-Weilenmann, N., Brandeis, D., Müller, U. C., Valko, L. y Drechsler, R. (2012). The behavioural profile of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and of their siblings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 157-164.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triarchic mind: A new theory of human intelligence*. New York: Penguin.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1013.
- Strauss, A. A. y Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York: Grune & Stratton.
- Strecker, E.A. y Ebaugh, F.G. (1924). Neuropsychiatric sequelae of cerebral trauma in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 12 (4), 443-453.
- Swanson, J., Arnold, L. E., Kraemer, H., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., . . . Wigal, T. (2008a). Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the multimodal treatment study of children with adhd (MTA) Part I: Executive summary. *Journal of Attention Disorders*, 12 (1), 4-14.
- Swanson, J., Arnold, L. E., Kraemer, H., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., . . . Wigal, T. (2008b). Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the multimodal treatment study of children with adhd (MTA) Part II: Supporting details. *Journal of Attention Disorders*, 12 (1), 15-43.
- Tannock, R., Ickowicz, A. y Schachar, R. (1995). Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34,886-896.
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A., y Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 267-289.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., y Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of Disease in Childhood*, 97, 260-265.
- Thapar, A., Langley, K., Fowler, T., Rice, F., Turic, D., Whittinger, N., . . .O'Donovan, M., (2005). Catechol O-methyltransferase gene variant and birth weight predict early-onset antisocial behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 62, 1275-1278.
- Thapar, A., Langley, K., Owen, M. J. y O'Donovan, M. C. (2007). Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 37, 1681-1692.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. y Jenkins, J. M. (2012). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1) 3-17.
- Thompson, R., Lindsey, M. A., English, D. J., Hawley, K. M., Lambert, S. y Browne, D.C. (2007). The influence of family environment on mental health need and service use among vulnerable children. *Child Welfare*, 86, (5), 57-74.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Thurstone, L. L. y Thurstone, T. G. (1941). *Factorial studies of intelligence. Psychometric Monografie*, 2. Chicago: University of Chicago Press.
- Thurstone, L. L. y Yela, M. (2012). *CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias-Revisado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Treacy, L., Tripp, G. y Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 36, 223-233.
- Tredgold, A. F. (1908). *Mental deficiency (amentia)*. New York: Willian Wood and Company.

- Trinidad, D. R. y Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.
- Tripp, G. y Alsop, B. (2001). Sensitivity to reward delay in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 691-698.
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Langlands, R y Mouat, K. (2007). Family interactions in children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Study*, 16, 385-400.
- Tsaousis, I y Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health*, 21(2), 77-86.
- Txakartegi, X. y Fernández, M. (2006). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en Atención Primaria: Tratamiento farmacológico con metilfenidato y opciones no farmacológicas. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), 39-55.
- Tzang, R. F., Chang, Y. C. y Liu, S. I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 318-325.
- Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B. G., Hebebrand, J., Daum, I.,...Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34 (5), 734-743.
- Ulutas, I. y Ömeroglu, E. (2007). The effects of an emotional intelligence education program on the emotional intelligence of children. *Social Behavior and Personality*, 35 (10), 1365-1372.
- Vallés, A. (2008). *La inteligencia emocional de los padres y de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J. y Emmelkamp, P. M. G. (2006). The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1585-1595.
- van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J. y Emmelkamp, P. M. G. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 783-800.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 11-19.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2008). Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. *Revista de Neurología*, 46 (1), 37-41.
- Vázquez, J. A., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8.
- Vermeulen, G. (1926). *Los débiles mentales*. Madrid: Hernando.
- Vile, R. E., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J. y Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without adhd: differences across types of engagement. *Journal of School Psychology*, 44, 87-104.



- von Salisch, M. (2001). Children's emotional development: Challenges in their relationships to parents, peers, and friends. *International Journal of Behavioral Development*, 25 (4), 310-319.
- Wallon, H. (1925). *L'enfant turbulent*. Paris: Félix Alcan.
- Wechsler D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children-fourth edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1940). Nonintellective factors in general intelligence. *Psychological Bulletin*, 37, 444-445.
- Wechsler, D. (1943). Non-intellective factors in general intelligence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38 (1), 101-103.
- Wehmeier, P. M, Schacht, A y Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217.
- Wilens, T. E., Haheesy, A. L., Biederman, J., Bredin, E., Tanguay, S., Kwon, A. y Faraone, S. V. (2005). Influence of parental SUD and ADHD on ADHD in their offspring: Preliminary results from a pilot-controlled family study. *The American Journal on Addictions*, 14, 179-187.
- Wilens, T. E., y Spencer, T. J. (2000). The stimulants revisited. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9 (3), 573-603.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. y Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1336-1346.
- Wodka, E. L., Mahone, E. M., Blankner, J. G., Larson, J. C. G., Fotedar, S., Denckla, M. B. y Mostofsky, S. H. (2007). Evidence that response inhibition is a primary deficit in ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29 (4), 345-356.
- Wolraich, M. L., Greenhill, L. L., Pelham, W., Swanson, J., Wilens, T., Palumbo, D.,... August, G. (2001). Randomized, controlled trial of oros methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108 (4), 883-892.
- Woodward, L., Taylor, E. y Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child and Psychology Psychiatry*, 39 (2), 161-169.
- Yalcin, B. M., Karahan, T. F., Ozcelik, M. e Igde, F. A. (2008). The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 34 (6), 1013-1024.
- Yildiz, O., Sismanlar, S.G, Cakin, N., Karakaya, I. y Agaoglu, B. (2011). Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with adhd: the efficacy, tolerability and effects on executive functions. *Child and Psychiatry Human Development*, 42, 257-269.
- Zaccagnini. J. L. (2004). *Inteligencia emocional. La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Zeidner, M., Matthews, G. y Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: what have we learned and what have we missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4 (1), 1-30.



# **ANEXOS**



**ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y FAMILIARES**

**TODOS LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES.**

FECHA: ...../...../.....

**DATOS PERSONALES**

- NOMBRE Y APELLIDOS:
- EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:
- SEXO:
- ESTADO CIVIL:
- NIVEL DE ESTUDIOS:
- PROFESIÓN:
- OCUPACIÓN ACTUAL:
- DOMICILIO:
- C.P:
- TELÉFONO: MÓVIL:
- CORREO-E:
- NACIONALIDAD:

**DATOS CLÍNICOS**

- PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD O DOLENCIAS:  
.....
- ¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN: SÍ  NO  .EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL/ES?

MEDICACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO

- ¿TIENE PROBLEMAS DE SUEÑO? SÍ  NO  .EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁL/ES?  
.....
- OTROS DATOS DE INTERÉS SANITARIO:  
.....

**DATOS SOBRE EL EMBARAZO DEL HIJO/A CON TDAH QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA**

- LA MADRE, ¿TOMÓ ALGUNA MEDICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO? SÍ  NO   
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL/ES?

MEDICACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO

- LA MADRE, ¿TUVO ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO?

SÍ  NO  EN CASO AFIRMATIVO, CUÁL/ES?.....

- LA MADRE, ¿TOMÓ ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO? SÍ  NO

- LA MADRE, ¿FUMÓ DURANTE EL EMBARAZO? SÍ  NO

- LA MADRE, ¿CONSUMIÓ OTRAS DROGAS DURANTE EL/LOS EMBARAZO/S? SÍ  NO   
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL/ES?.....

- ¿HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO?

SÍ  NO  EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL/ES?:.....

- ¿HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL PARTO?

SÍ  NO  EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL/ES?:.....

**DATOS FAMILIARES**

- N° DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR:.....

- N° DE HIJOS/AS:.....

- EDAD/ES DE LOS/AS HIJOS/AS:.....

- N° HIJO/A/S DIAGNOSTICADOS/AS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH):.....

**ANEXO 2. CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN ACERCA DE SU HIJO/A****TODOS LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES.****DATOS PERSONALES**

- NOMBRE Y APELLIDOS.....
- FECHA DE NACIMIENTO:.....EDAD:.....CURSO:.....GRUPO:.....

**DATOS ACADÉMICOS**

- CENTRO EDUCATIVO:.....
- TUTOR/A.....

**DATOS CLÍNICOS SOBRE LOS HIJOS/AS CON TDAH**

- EDAD DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS DEL TDAH Y AÑO:
1. HIJO/A.....EDAD DE INICIO.....AÑO.....
2. HIJO/A.....EDAD DE INICIO.....AÑO.....

- DIAGNÓSTICO DADO POR PROFESIONALES:

DÉFICIT DE ATENCIÓN  HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD  COMBINADO

OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS: SÍ  NO  . EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL/ES?

.....

.....

PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS:

.....

.....

PROBLEMAS DE SUEÑO:

.....

.....

RECIBE SU HIJO ALGÚN TRATAMIENTO ACTUALMENTE: SÍ  NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL/ES?

FARMACOLÓGICO:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO			
DOSIS			
FRECUENCIA			
EDAD DE INICIO DEL TRATAMIENTO			

**MUY IMPORTANTE: SI SU HIJO/A ESTÁ TOMANDO MEDICACIÓN, DEBE SEGUIR TOMÁNDOLA Y MANTENIENDO LA MISMA DOSIS HASTA QUE FINALICE EL PROGRAMA. MUCHAS GRACIAS.**

**TRATAMIENTO PSICO-EDUCATIVO:**

1.HIJO/A:.....

ESPECIFICAR TIPO DE TRATAMIENTO:

.....  
 .....

2.HIJO/A:.....

ESPECIFICAR TIPO DE TRATAMIENTO

.....  
 .....

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:**

1.HIJO/A:.....

ESPECIFICAR TIPO DE TRATAMIENTO:

.....  
 .....

2.HIJO/A:.....

ESPECIFICAR TIPO DE TRATAMIENTO:

.....  
 .....

**OTROS DATOS DE INTERÉS**

➤ ACTIVIDADES FORMATIVAS Y COMPLEMENTARIAS QUE REALIZAN:

ACTIVIDAD	DÍAS DE LA SEMANA	HORARIO

➤ OTRAS ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	DÍAS DE LA SEMANA	HORARIO



➤ ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA SU HIJO/A PARA SENTIRSE TRANQUILO/A (VER TELEVISIÓN, PASEAR, DIBUJAR, OIR MÚSICA, ESTAR CON SU MASCOTA, ETC.)?

.....  
.....

➤ ¿QUÉ ACTIVIDADES LE ALTERAN (ESTAR RODEADO/A DE GENTE, ESPERAR SU TURNO, ESTAR ATENTO A ALGUNA ACTIVIDAD, ETC.)?

.....  
.....

**SI USTED QUIERE APORTAR OTRA INFORMACIÓN QUE CREA QUE ES DE INTERÉS, PUEDE EXPONERLA A CONTINUACIÓN**

.....  
.....  
.....  
.....



**ANEXO 3: DIARIO DE SESIONES. ADULTOS.****FECHA:****GRUPO:**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SÍ</b>	<b>ALGO</b>	<b>NO</b>	<b>INCIDENCIAS</b>
<b>GRADO DE PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL</b>				
REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DENTRO DE LA SESIÓN				
EXPOSICIÓN DE LAS ACTIVIDADES DENTRO DE LA SESIÓN				
<b>DINÁMICA GRUPAL</b>				
PARTICIPACIÓN ACTIVA DE CADA MIEMBRO				
ESCUCHA ACTIVA				
INTERACCIONES POSITIVAS				
CONDUCTAS DE AYUDA Y APOYO				
<b>NIVEL DE ASISTENCIA</b>				
Nº DE PERSONAS QUE ASISTEN A LA SESIÓN				

**ANEXO 4: FICHA DE REGISTRO DIARIO DE LAS ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA DEL MANUAL PRÁCTICO DE IE Y PAUTAS EDUCATIVAS PARA PADRES Y MADRES.**

REGISTRO DIARIO: ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA <i>IMAGINA</i> .																				
NOMBRE Y APELLIDOS	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20

Nota: S= Sesión.

**ANEXO 5: FICHA DE REGISTRO SEMANAL DE LA PAUTA EDUCATIVA PROPUESTA EN EL MANUAL PRÁCTICO DE IE Y PAUTAS EDUCATIVAS PARA PADRES Y MADRES.**

REGISTRO SEMANAL: PAUTAS EDUCATIVAS <i>IMAGINA.</i>										
NOMBRE Y APELLIDOS	P 1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10

Nota: P=Pauta educativa.

**ANEXO 6: FICHA DE REGISTRO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO/A.****FECHA:****NIÑO/A:**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SÍ</b>	<b>ALGO</b>	<b>NO</b>	<b>NOTAS</b>
SU HIJO/A SE PREPARA PARA INICIAR EL DÍA (SE LEVANTA BIEN, SE VISTE, ETC.)				
SU HIJO/A PREPARA BIEN LAS COSAS DEL COLEGIO (LOS LIBROS, LLEGA A TIEMPO, ETC.)				
SU HIJO/A DESAYUNA BIEN				
LA FICHA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL COLEGIO ES POSITIVA.				
SU HIJO/A HA COMIDO LA COMIDA QUE LLEVA AL COLEGIO PARA EL RECREO				
LA COMIDA FAMILIAR DISCURRE SIN PROBLEMAS (SI COME EN CASA).				
LAS ACTIVIDADES EXTRA-ESCOLARES DE LA TARDE DISCURREN SIN PROBLEMAS.				
SU HIJO/A REALIZA LAS TAREAS ASIGNADAS EN CASA (HACER SU CAMA, ETC.)				
SU HIJO/A MERIENDA BIEN				
SU HIJO/A REALIZA LAS TAREAS ESCOLARES.				
NO HAY PROBLEMAS EN LAS ACTIVIDADES DE OCIO DE CASA (JUEGOS, TV, ETC.)				
LA CENA FAMILIAR DISCURRE SIN PROBLEMAS.				
SU HIJO/A SE VA A LA CAMA SIN PROBLEMAS.				
DUERME BIEN TODA LA NOCHE.				
<b>EN GENERAL, CONSIDERA EL DÍA COMO POSITIVO.</b>				
<b>LA CONDUCTA DE SU HIJO/A SE MANTIENE ESTABLE DURANTE TODO EL DÍA.</b>				
LA CONDUCTA DE SU HIJO/A EMPEORA A MEDIODÍA.				
LA CONDUCTA DE SU HIJO/A EMPEORA POR LA TARDE.				
¿HA OLVIDADO USTED (O SU HIJO/A NO SE HA TOMADO) PARTE O TODO EL TRATAMIENTO? (en caso de tener un tratamiento farmacológico actualmente)				

Nota: Adaptado de las fichas clínicas de evolución de *Janssen Cilag S.A*

**ANEXO 7: CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS CONTENIDOS  
DEL PROGRAMA. SESIONES 1-11 Y 12-19. ADULTOS.**

FICHA DE AUTOEVALUACIÓN PADRES/MADRES (Sesiones 1-11)

Nombre:

Fecha:

**Responde SÍ o NO a las siguientes afirmaciones y contesta a las preguntas.**

CONCIENCIA Y REGULACIÓN EMOCIONAL

-Conozco las emociones básicas y secundarias:

-Soy consciente de mis propias emociones (me paro a pensar en lo que estoy sintiendo):

-Tengo conciencia de las emociones de los demás (pregunto a los demás cómo se sienten):

-Expreso mis emociones y sentimientos a los/as demás:

-Controlo y regulo mis emociones.

¿Cómo?:.....

¿Qué dificultades encuentro?.....

¿Qué he conseguido?.....

En general, respecto a las emociones he conseguido.....

AUTOESTIMA

-Me quiero y me cuido:

-Conozco mis cualidades:

-Me acepto y cambio lo que no me gusta de mí mismo/a:

-Soy consciente de las cosas positivas que me ocurren cada día:

-Cuestiono los pensamientos automáticos en contra de mi persona y los analizo:

-Le digo a los/as demás cuáles son mis sentimientos positivos hacia ellos/as:

-Hago cosas para sentirme bien:

-Estoy consiguiendo mi meta:

En general, respecto a mi autoestima.....

PAUTAS EDUCATIVAS

-Sé establecer normas sencillas y claras en casa:

-Tengo en cuenta con mi hijo/a:

1. Poner límites:

2. Prestarle atención cuándo hace cosas positivas y reforzarle:

3. Minimizo el uso del no:

4. Le permito elegir:

5. Le doy explicaciones:

6. Soy coherente:

7. Me controlo:

-Aumento la autoestima de mi hijo/a:

¿Cómo?:.....

¿Qué dificultades encuentro?.....

¿Qué he conseguido?.....

-Técnicas de Modificación de Conducta (señala la/s que estés usando actualmente).

Conozco las técnicas para aumentar la conducta	Conozco las técnicas para disminuir la conducta
Reforzamiento positivo:	Extinción:
Reforzamiento negativo:	Castigo positivo:
Principio de Premack:	Castigo negativo:
	Sobrecorrección:
	Estrategia Paradójica:

En general, respecto a las pautas educativas, he conseguido.....

Me gustaría que mi hijo/a.....

FICHA DE AUTOEVALUACIÓN PADRES/MADRES (Sesiones 12-19)

Nombre: .....

Fecha: .....

**Responde SÍ o NO a las siguientes afirmaciones y contesta a las preguntas.**HABILIDADES SOCIALES

-Practico cada día las habilidades sociales :.....Algunas de estas habilidades son.....

-Conozco y practico el estilo de comunicación asertivo:....¿Cuáles son sus principales características?.....

-Practico la escucha activa:....¿Cuáles son sus principales características?.....

-Practico la empatía:... ¿Cuáles son sus principales características?.....

En general, respecto a las habilidades sociales he conseguido.....

BIENESTAR EMOCIONAL

Resuelvo mis conflictos de forma adecuada:....

¿Cómo?: Identifico el problema:...

Planteo varias alternativas:...

Elijo una de estas alternativas:...

Aplico la solución tomada:..

Valoro los resultados:...

Me organizo cada día para que me dé tiempo a realizar actividades que me hacen sentir bien....¿Cómo?...

¿Qué dificultades encuentro? .....

He conseguido:.....

A menudo, hago las cosas que me hacen sentir bien:....

Si no lo hago, ¿por qué?.....

En general, respecto a mi bienestar emocional he conseguido.....

PAUTAS EDUCATIVAS

-Mejoro las habilidades sociales de mi hijo/a:

¿Cómo?:.....

¿Qué dificultades encuentro?.....

¿Qué he conseguido respecto a las habilidades sociales de mi hijo/a?.....

-Mejoro la atención de mi hijo/a:

¿Cómo?:.....

¿Qué dificultades encuentro respecto al fomento de la atención de mi hijo/a?.....

¿Qué he conseguido respecto a la atención de mi hijo/a?.....

En general, respecto a las pautas educativas, he conseguido.....

Añade aquí lo que desees:



**ANEXO 8: MANUAL PRÁCTICO DE IE Y PAUTAS EDUCATIVAS PARA  
PADRES Y MADRES.**

PROGRAMA:

FAMILIA, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y  
PAUTAS EDUCATIVAS

IMAGINA

MANUAL PRÁCTICO DE INTELIGENCIA  
EMOCIONAL Y PAUTAS EDUCATIVAS  
PARA PADRES Y MADRES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

ESTE MANUAL PERTENECE A:

---

## ÍNDICE

### BLOQUE I: PROGRAMA IMAGINA

MÓDULO I: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PAUTAS EDUCATIVAS EN LA FAMILIA

MÓDULO II: LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA.

PAUTA EDUCATIVA 1.

### BLOQUE II: INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PAUTAS EDUCATIVAS

MÓDULO III: CONCIENCIA, EXPRESIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL.

PAUTAS EDUCATIVAS 2 Y 3.

MÓDULO IV: AUTOESTIMA.

PAUTAS EDUCATIVAS 4, 5 Y 6.

MÓDULO V: HABILIDADES SOCIALES.

PAUTAS EDUCATIVAS 7 Y 8.

MÓDULO VI: BIENESTAR EMOCIONAL.

PAUTAS EDUCATIVAS 9 Y 10.

### BLOQUE III: FINALIZACIÓN DEL PROGRAMA

MÓDULO VII: EN FAMILIA

MÓDULO VIII: EVALUACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA.

### BIBLIOGRAFÍA

#### ANEXOS (no incluido)

- LECTURAS RECOMENDADAS.
- ENLACES DE INTERÉS.
- RECURSOS.

#### NOTAS (no incluido)

## BLOQUE I: PROGRAMA IMAGINA

### MÓDULO I: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PAUTAS EDUCATIVAS EN LA FAMILIA

El programa *IMAGINA* parte de la importancia de favorecer el bienestar personal, social y familiar a través del desarrollo de la inteligencia emocional. Pretende ser una herramienta útil que dote a los padres, madres e hijos/as de algunas de las habilidades emocionales necesarias para favorecer la calidad de vida.

La **inteligencia emocional** es una de las capacidades más importantes que podemos poseer ya que a través de ella se pueden mejorar las relaciones con uno/a mismo/a y con los demás, favorecer el aprendizaje, desarrollar estrategias para la resolución de problemas y la toma de decisiones y en definitiva mejorar nuestro bienestar.

Los destinatarios/as del programa *FIEPE* son los padres, las madres e hijos/as de educación primaria que deseen potenciar sus competencias socioemocionales.

Este programa se centra en los siguientes objetivos:

- Satisfacer las necesidades y desarrollar las potencialidades socioemocionales.
- Reconocer, expresar y controlar los propios sentimientos y emociones.
- Favorecer el autoconocimiento y la autoestima de la familia.
- Potenciar las habilidades sociales y de comunicación personales.
- Aprender y utilizar estrategias de resolución de conflictos.
- Fomentar la capacidad de superar las dificultades y manejar las situaciones estresantes que se presentan día a día.
- Potenciar una actitud positiva y realista hacia la vida.
- Aumentar la motivación e interés hacia la mejora de la salud mental familiar.

Los contenidos que se desarrollan en este programa parten del análisis de las necesidades y potencialidades expresadas por los/as participantes del mismo. Éstos son los siguientes: conciencia, expresión y regulación emocional, autoestima, habilidades sociales, bienestar emocional y evaluación del programa.

La metodología de trabajo utilizada para adquirir las habilidades socioemocionales de la familia es activa, participativa y vivencial. Cada sesión presenta el siguiente esquema:

- Resumen de la sesión anterior.
- Seguimiento de las actividades de la vida diaria y de las pautas educativas.
- Actividades de desarrollo de los contenidos.
- Explicación de la actividad de la vida diaria y de la pauta educativa semanal.

Además al finalizar cada módulo podemos encontrar los conceptos clave del mismo y algunas ideas para recordar.

El último módulo está dedicado a la evaluación global del programa aunque la evaluación es continua a través del seguimiento de las distintas actividades realizadas en las sesiones y en los distintos contextos donde se desarrolla la vida diaria de la familia.

**MÓDULO II: LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA.**

**UN SUEÑO (Sesión 1)**

Describe un sueño o deseo que tengas en la actualidad.

.....  
.....  
.....  
.....

**MI GRUPO**

¿Qué nos gustaría conseguir al participar en este programa?

.....  
.....

¿Qué me gustaría obtener de este grupo?

.....  
.....

**NORMAS DEL GRUPO**

Norma.....

Es importante porque.....

.....

**LISTADO DE NORMAS DEL GRUPO**

-----  
-----  
-----

**¿QUÉ SABEMOS SOBRE NUESTROS HIJOS/AS?**

.....  
.....  
.....

**¿QUÉ QUEREMOS SABER SOBRE NUESTROS HIJOS/AS?**

.....  
.....  
.....

**ROMPIENDO BARRERAS**

Concéntrate en todas aquellas cosas que te producen malestar...y empieza a alejarlas de ti.

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Ya conoces a tus compañeros/as un poco, anota aquí sus nombres y apréndelos para la próxima sesión.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*PAUTA EDUCATIVA 1: Establecimiento de normas en el hogar.*

Con mi hijo/a voy a:

---

---

Lo voy a hacer así:

---

---

---

---

**CONCEPTOS CLAVE***Terapia grupal*

Es una forma de trabajo en el que la interacción entre los miembros del grupo se convierte en el eje central. Ofrece un contexto en el que poder compartir las experiencias y preocupaciones, ayudando a comprender mejor la propia situación.

**RECORDAR**

-Es importante confiar en los demás y que los demás puedan confiar en mi.

**Confianza.**

-Lo que ocurre en el grupo, se queda en el grupo. **Confidencialidad.**

-Puedo expresarme de forma libre sabiendo que mis opiniones son aceptadas aunque pueden ser no compartidas por los demás. **Respeto.**

**BLOQUE II: INTELIGENCIA EMOCIONAL**

**MÓDULO III: CONCIENCIA, EXPRESIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL.**

**LAS EMOCIONES (Sesión 2)**

Definición de emoción y sentimiento

.....  
.....  
.....

Emociones básicas

1. .... 2. .... 3. ....  
4. .... 5. .... 6. ....

1.....Me he sentido así cuando.....  
2.....Me he sentido así cuando.....  
3.....Me he sentido así cuando.....  
4.....Me he sentido así cuando.....  
5.....Me he sentido así cuando.....  
6.....Me he sentido así cuando.....

Emociones secundarias

.....  
.....  
.....  
.....

**MIS EMOCIONES**

Escribe todas las emociones que has tenido ayer.

.....  
.....

¿Qué sentimientos suelo tener a raíz de las emociones que experimento?

.....  
.....

¿Es importante ser consciente de lo que siento? .....

¿Por qué?.....

.....  
.....

¿Suelo expresar mis sentimientos?.....

¿Cómo lo expreso?.....

.....  
.....

**¡EXPRESATE!**

¿Cómo me he sentido al hacer lo que decía la etiqueta?

.....  
 .....

¿Cómo me he sentido cuando me han abrazado, acariciado, animado, etc.?

.....  
 .....

¿Me ha costado realizarlo?

.....  
 .....

¿Qué he aprendido?

.....  
 .....

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA:

Anota aquí las distintas emociones que vayas sintiendo en estos días, puede ser en casa, en el trabajo, en la calle, etc.

Fecha						
Emoción						
Causa						

**PAUTA EDUCATIVA 1: *Establecimiento de normas en el hogar (seguimiento).***

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

.....

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

.....

Logros

.....

**ME SIENTO (Sesión 3)**

Observa las siguientes fotos que expresan distintas emociones, recuerda una situación en la que te sentiste así y responde a las siguientes preguntas:

¿Qué pasó?

.....  
.....  
.....

¿Qué hiciste?

.....  
.....  
.....

¿Por qué?

.....  
.....  
.....

¿Qué harías para cambiar una emoción negativa?

.....  
.....  
.....

¿Qué harías para mantener una emoción positiva?

.....  
.....  
.....

¿Qué harás la próxima vez que te sientas así?

.....  
.....  
.....

¿Cómo te sientes ahora?

.....  
.....  
.....

¿Por qué?

.....  
.....  
.....

¿Crees que puedes controlar tus emociones?

¿Por qué?

.....  
.....  
.....

**ME DEJO LLEVAR...**

Escucha las instrucciones y contesta a las siguientes preguntas.

¿Cómo me he sentido al recibir el masaje?

.....  
.....  
.....

¿Cómo me he sentido al dar el masaje?

.....  
.....  
.....



ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Pregúntale a las personas que tienes a tu alrededor a tu pareja, a tus hijos/as, madre, hermanos/as, amigos/as, etc. cómo se sienten y por qué se sienten así. Anótalo aquí.

Fecha						
Persona						
Emoción						
Causa						

PAUTA EDUCATIVA 2: Ayudar a nuestro hijo/a a practicar la técnica de autoinstrucciones.

Con mi hijo/a voy a:

---



---

Lo voy a hacer así:

---



---



---



---

MIS EXPERIENCIAS (Sesión 4)

ME SIENTO MAL CUANDO...	ME SIENTO BIEN CUANDO...

**¿QUÉ ESTÁ PASANDO?**

Observa atentamente las escenas que se presentan y responde a las siguientes cuestiones:

¿Qué emociones observamos en los personajes?

.....  
 .....

¿Dónde lo observamos?

.....  
 .....

¿Por qué crees que se están sintiendo así?

.....  
 .....

**ESCENA PRIMERA**

Elige una persona que sea la escultora de tu grupo y representa el tema que te ha tocado.

Tema de la obra.....

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Elige una persona en la que confíes y cuéntale cómo te sientes ese día y por qué te sientes así. Haz esto durante dos días.

Fecha	Persona	Emociones	Causa

**PAUTA EDUCATIVA 2:** *Ayudar a nuestro hijo/a a practicar la técnica de autoinstrucciones (seguimiento).*

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

-----

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

-----

Logros

-----

-----

### ¡PASÓ... ¡(Sesión 5)

Describe una situación de la vida cotidiana en la que expresaste tus sentimientos a alguien, responde a las siguientes cuestiones:

¿Qué pasó?

.....  
 .....

¿Qué hice?

.....  
 .....

¿Cómo me sentí?

.....  
 .....

¿Por qué?

.....  
 .....

### RELAJACIÓN

Siéntate con la espalda recta y coloca una mano en el pecho y otra en el abdomen, ahora imagina que tu abdomen es un globo que tiene que inflar, así que, inspira cogiendo el aire lentamente por la nariz mientras cuentas del 1 al 4, y observa cómo se llena el globo, después conteniendo el aire cuentas 1 y 2 y expulsas el aire lentamente por la boca mientras cuentas de 1 al 4 observando cómo el globo se desinfla. Repite durante 5 veces.

### PALABRA FINAL

Resume con una sola palabra o frase la idea que te parece más importante de la sesión de hoy:

.....

### ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Practica la respiración que hemos aprendido hoy. Hazlo sólo cuando estés tranquilo/a. Un momento ideal para practicarlo puede ser antes de dormir cuando estés en la cama.

FECHA						
HORA						

*PAUTA EDUCATIVA 3: Poner en práctica unos principios educativos básicos: poner límites, prestar atención a su hijo, minimizar el uso del no, dejarle elegir, explicarle el por qué de las cosas, ser coherentes y controlar las emociones.*

Con mi hijo/a voy a:

.....  
 .....

Lo voy a hacer así:

.....  
 .....

### EL DÍA A DÍA (Sesión 6)

Describe los siguientes aspectos de una situación difícil de tu vida cotidiana.

Situación	
Pensamientos	
Emociones/ Sentimientos	
Conductas	

#### ¡STOP!

Fíjate en los pensamientos negativos que apuntaste en la actividad anterior y responde a las siguientes preguntas.

¿En qué momento tengo que estar pendiente de estos pensamientos?

.....

¿Cómo lo detengo?

.....

¿Cómo lo transformo en positivo?

.....  
 .....  
 .....

#### ¡CUÉNTAME!

Escucha atentamente un cuento y responde a las siguientes preguntas:

¿Qué quiere transmitir el cuento?

.....

¿Qué aplicación tiene para mi vida?

.....  
 .....  
 .....

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Anota los pensamientos negativos que tengas en estos días y cámbialos por unos pensamientos que sean positivos y describe cómo te sientes.

FECHA	PENSAMIENTO NEGATIVO	SENTIMIENTO	PENSAMIENTO POSITIVO	SENTIMIENTO

*PAUTA EDUCATIVA 3: Poner en práctica unos principios educativos básicos (seguimiento).*

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

-----

-----

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

-----

-----

Logros

-----

-----

**CONCEPTOS CLAVE*****Inteligencia Emocional***

Habilidad implicada en el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales de uno mismo y de los demás para facilitar el pensamiento, resolver problemas, regular la conducta y promover el crecimiento emocional e intelectual.

La persona emocionalmente inteligente posee las siguientes características:

- Autoestima adecuada.
- Es positiva.
- Asertiva.
- Es empática.
- Reconoce los propios sentimientos y de los demás.
- Capacidad para expresar los sentimientos positivos como los negativos.
- Capacidad para controlar estos sentimientos.
- Motivación, ilusión, interés.
- Supera las dificultades y las frustraciones.

***Emoción***

Estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea.

***Sentimiento***

Estado de ánimo que se relaciona con la toma de consciencia de una emoción. Son estados afectivos, más complejos, más estables, más duraderos y menos intensos que las emociones.

***Conciencia emocional***

- Tomar conciencia de las propias emociones y de las de los demás.
- Poner nombre a las emociones.

***Expresión emocional***

- Transmitir a las demás personas nuestras emociones.

***Regulación emocional***

- Manejar las emociones propias de manera adecuada.
- Generar emociones positivas.

**RECORDAR**

- Estar atento/a a mis emociones y sentimientos.
- Observar cómo se sienten los demás.
- Voy a utilizar la respiración para relajarme en los momentos en los que estoy alterado/a, nervioso/a o confuso/a.
- Cuando tenga un pensamiento negativo voy a pararme a pensar cómo lo puedo cambiar en positivo y observar cómo me siento mejor.

**-YO CONTROLO MIS PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS PARA SENTIRME MEJOR.**

Añade aquí algo que quieras recordar:

.....  
 .....

<b>MÓDULO IV: AUTOESTIMA</b>
------------------------------

**CARTA DE PRESENTACIÓN (Sesión 7)**

Escribe una carta dirigida a una persona que no te conoce y tiene que saber cómo eres. Para ello, puedes, completar las siguientes frases:

Soy....

Me interesa...

Me disgusta...

Me gustaría saber...

Uno de los objetivos que tengo en la vida es...

Tengo miedo de...

Estoy orgulloso/a de...

Algo maravilloso que me ha ocurrido hace poco es...

**¡ABRÁZAME!**

Baila al son de la música y cuando pare abraza a alguien y sigue las instrucciones.

**ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA**

Anota aquí todas las cosas positivas que te han pasado a lo largo de un día.

-  
-  
-  
-  
-  
-

**PAUTA EDUCATIVA 4: Favorecer la autoestima de nuestro hijo/a.**

Con mi hijo/a voy a:

-----  
-----

Lo voy a hacer así:

-----  
-----  
-----



### AUTOESTIMA (Sesión 8)

Piensa en una persona a la que quieres.....

Describe sus cualidades:

.....

Expón algo que hayas aprendido de ella:.....

.....

¿Por qué la quieres?

.....

Piensa en ti...

Describe tus cualidades:

.....

Qué has aprendido:

.....

¿Por qué te quieres?

.....

.....

### ¡CUÉNTAME!

Escucha atentamente el cuento y responde a las siguientes preguntas:

¿Qué quiere transmitir el cuento?

.....

.....

¿Qué aplicación tiene para mi vida?

.....

.....

### ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Durante estos días vamos a decirle a varias personas cuáles son nuestros sentimientos positivos hacia ellas. Anota aquí el nombre de todas las personas a las que les has dicho lo que sientes.

.....

.....

**PAUTA EDUCATIVA 4:** *Favorecer la autoestima de nuestro hijo/a (seguimiento).*

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

.....

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

.....

.....

Logros

.....

.....

**ME SIENTO BIEN (Sesión 9)**

Describe una situación reciente en la que te has sentido feliz, importante, orgullosa, tranquila y recuerda qué pensamientos tuviste y qué hiciste. Ahora vamos a reflexionar:

¿Suelo sentirme así a menudo?

.....

¿Por qué?

.....

.....

¿Qué hago para sentirme así?

.....

.....

**MEJORANDO LA AUTOESTIMA**

Escucha atentamente las frases.

¿Cuál te resulta más importante para aplicar a tu vida?

.....

.....

¿Por qué?

.....

.....

¿Cómo las puedes aplicar a tu vida?

.....

.....

**COMPARTIENDO**

Escribe tu nombre y primer apellido en un trozo de papel, dóblalo por la mitad y deposítalo en la caja.

Anota aquí lo que te han escrito:

-Una cualidad positiva.....

-Algo que he aprendido de ella.....

**ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA**

Pregúntales a dos personas qué cosas le gustan de ti y anótalas aquí.

.....

.....

**PAUTA EDUCATIVA 5: Técnicas de modificación de conducta: Aumentar conductas.**

**Con mi hijo/a voy a:**

.....

.....

**Lo voy a hacer así:**

.....

.....

.....

### MIS PENSAMIENTOS (Sesión 10)

Recuerda un pensamiento negativo que tengas normalmente sobre ti mismo/a. Ahora contesta a las siguientes cuestiones.

¿Ese pensamiento es verdadero?

.....

¿Por qué?

.....

¿Qué información tengo en contra de este pensamiento?

.....

¿Debo pensar así, o puedo pensar otra cosa?

.....

Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿Qué le diría?

.....

¿Cómo me siento con estos pensamientos?

.....

¿Debo sentirme así?

.....

¿De qué me sirve pensar y sentirme así?

.....

¿Cómo puedo cambiar ese pensamiento?

.....

.....

### CANCIÓN

Escucha atentamente esta canción. Contesta a las siguientes preguntas:

¿Qué quiere transmitir la canción?

.....

¿Qué es lo que más me ha gustado?

.....

¿Por qué?

.....

¿Puedo llevar este mensaje a mi vida?

.....

¿Cómo?

.....

.....

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Durante estos días anota todas las cosas que haces para sentirte bien.

FECHA	HE HECHO	ME HE SENTIDO

*PAUTA EDUCATIVA 5: Técnicas de modificación de conducta: Aumentar conductas (seguimiento).*

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

-----

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

-----

Logros

-----

**METAS (Sesión 11)**

UNA DE MIS METAS ES.....

Para lograrla voy a:.....

**LISTADO DE TAREAS QUE VOY A REALIZAR PARA LOGRAR MI META**

-----  
-----  
-----  
-----

**ORGANIZACIÓN DE LAS TAREAS CONCRETAS PARA LOGRAR MI META**

- |     |      |
|-----|------|
| 1ª. | 6ª.  |
| 2ª. | 7ª.  |
| 3ª. | 8ª.  |
| 4ª. | 9ª.  |
| 5ª. | 10ª. |

PUESTA EN MARCHA DE LAS TAREAS. FECHA DE INICIO DE TAREAS:.....

EVALUACIÓN DE LAS TAREAS REALIZADAS (tareas realizadas, dificultades, logros...)

-----  
-----  
-----  
-----

FECHA DE CONSECUCCIÓN DE LA META:.....

## REFLEXIONANDO

Para tener una adecuada autoestima es necesario reflexionar sobre los siguientes aspectos. Pon un ejemplo de tu vida cotidiana en la que has tenido en cuenta cada frase.

CONVERTIR LO NEGATIVO EN POSITIVO	
NO GENERALIZAR	
CENTRARSE EN LO POSITIVO	
FIJARTE EN TUS LOGROS	
NO COMPARARTE	
CONFIAR EN TI	
ACEPTARTE	
CAMBIAR LO QUE NO TE GUSTA	

## ¿QUÉ SIENTO?

Acomódate en tu silla con los ojos cerrados...

¿Qué has sentido en la primera visualización?

---



---

¿Qué has sentido en la segunda visualización?

---



---

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Anota aquí las tareas que tienes que hacer para lograr tu meta y comienza a realizarlas.

---



---



---



---

*PAUTA EDUCATIVA 6: Técnicas de modificación de conducta: Disminuir conductas.*

Con mi hijo/a voy a:

---

Lo voy a hacer así:

---

---

---

CONCEPTOS CLAVE

*Autoconcepto*

- Conjunto de creencias que tiene una persona sobre sus características personales.
- Lo que la persona sabe de sí misma y lo que cree que sabe.
- Esta imagen la vamos formando a lo largo de nuestra vida.

*Autoestima*

- Capacidad que tenemos las personas para valorarnos a nosotras mismas.
- Imagen positiva de uno/a mismo/a.
- Cómo nos sentimos con nosotros/as mismos/as.

*Autoeficacia*

- Capacidad para conseguir los objetivos deseados.

*Automotivación*

- Capacidad de implicarse emocionalmente en las actividades de la vida diaria.

RECORDAR

Soy importante para mí y para los demás.

Me quiero y me cuido.

Tengo muchas cualidades.

**SÓLO SI ME QUIERO A MI MISMO/A PODRÉ QUERER A LOS DEMÁS.**

Añade aquí algo que quieras recordar:

.....

.....

MÓDULO V: HABILIDADES SOCIALES

LAS HABILIDADES SOCIALES I (Sesión 12)

Piensa en algo que te ha sucedido esta semana y quieras contárselo a alguien.

Contesta a las siguientes preguntas:

¿Qué habilidades sociales he observado en mi compañero/a?

.....  
.....

¿Qué habilidades sociales he practicado?

.....  
.....

¿Cómo me he sentido hablando de espaldas?

.....  
.....

¿Y de frente?

.....  
.....

¿Qué habilidades sociales conocemos?

.....  
.....

LAS HABILIDADES SOCIALES II

Seleccionar en el grupo cuatro habilidades sociales a continuación elaborar una situación y un diálogo en el que utilicen las habilidades sociales seleccionadas.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Elige dos habilidades sociales:

- 1.....  
 2.....

Anota aquí tres ocasiones en las que las has utilizado.

Fecha	Persona	Habilidad

**PAUTA EDUCATIVA 6: Técnicas de modificación de conducta: Disminuir conductas (seguimiento).**

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

.....

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

.....

Logros

.....

## ASERTIVIDAD (Sesión 13)

Describe una situación cotidiana en la que hayas tenido un conflicto con otra persona.

---



---

Lee atentamente los tipos de comunicación que se encuentran en la parte de conceptos clave del Módulo IV.

En grupo, elegir una de las situaciones, a continuación elaborar tres diálogos con la misma situación en un caso utilizando la comunicación pasiva, en otra la agresiva y en otra la asertiva.

## MI ESTILO

Representar en grupo los tres diálogos descritos en la actividad anterior.

Contesta a las siguientes preguntas:

¿Qué tipo de comunicación utilizo en mi vida diaria?

---



---

¿Cuál es mejor?

---



---

¿Por qué?

---



---

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Elige dos características de la persona asertiva. Anótalas aquí:

---



---

Durante estos días cuando hables con la gente ten en cuenta estas características.

Situación	Persona	Característica

*PAUTA EDUCATIVA*  $\neq$  Técnicas de modificación de conducta: Estrategia Paradójica y Sobrecorrección.

Con mi hijo/a voy a:

---

Lo voy a hacer así:

---



---



---

TE ESCUCHO (Sesión 14)

Observa atentamente el diálogo e indica qué características has observado.

.....

Responde a las siguientes preguntas:

Cuando hablo con mi pareja, amigo/as hijo/a... ¿la mayoría de las veces, escucho de forma activa?

.....

¿Por qué?

.....

¿Qué beneficios le encuentro a esta técnica?

.....

.....

COPIA FIEL

Contesta a las siguientes preguntas:

¿Qué dificultades hemos encontrado?

.....

¿Os parece importante escuchar de forma adecuada?.....¿Por qué?.....

.....

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Vamos a practicar la escucha activa. Elige una persona que veas todos los días, anota aquí su nombre..... y escúchala durante estos días.

- Mírale a los ojos mientras te habla.
- Espera a que termine de decirte todo lo que quiera antes de contestarle.
- Hazle saber que le estás escuchando.

¿Crees que le has escuchado de forma activa? .....

¿Por qué? .....

¿Cómo crees que se ha sentido esa persona?

.....

**PAUTA EDUCATIVA 7: Técnicas de modificación de conducta: Estrategia Paradógica y Sobrecorrección (seguimiento).**

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

.....

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

.....

Logros

.....

## EMPATIZANDO (Sesión 15)

Definición de empatía

---



---



---

Responde a las siguientes preguntas:

¿En qué momentos podemos ser empáticos/as?

---



---



---

¿En mi vida diaria soy una persona empática?

---



---



---

¿Qué hago para serlo?

---



---



---

¿Qué dificultades encuentro para ser una persona empática?

---



---



---

¿Por qué es importante?

---



---



---

## CAMINA SOBRE MIS ZAPATOS

Lee atentamente la tarjeta y represéntala con tu pareja.

### ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Ya sabes lo que es la empatía. Elige una persona, anota aquí su nombre..... y explica cómo has sido empática con ella durante estos días.

---



---



---

*PAUTA EDUCATIVA* &: *Mejorar las habilidades sociales de nuestro hijo/a.*

Con mi hijo/a voy a:

---



---

Lo voy a hacer así:

---



---



---

**CONCEPTOS CLAVE. HABILIDADES SOCIALES.***Habilidades sociales*

Conjunto de comportamientos que permiten unas adecuadas relaciones interpersonales, son las conductas que utilizamos para interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria.

Podemos distinguir entre habilidades sociales verbales y no verbales. A continuación vamos a ver algunas de éstas:

Las habilidades sociales verbales

## Primeras habilidades sociales

1. Escuchar.
2. Iniciar una conversación.
3. Mantener una conversación.
4. Formular una pregunta.
5. Dar las gracias.
6. Presentarse.
7. Presentar a otras personas.
8. Hacer un cumplido.

## Habilidades sociales avanzadas

9. Pedir ayuda.
10. Participar.
11. Dar instrucciones.
12. Seguir instrucciones.
13. Disculparse.
14. Convencer a los demás.

## Habilidades relacionadas con los sentimientos

15. Conocer los propios sentimientos.
16. Expresar los sentimientos.
17. Comprender los sentimientos de los demás.
18. Enfrentarse con el enfado del otro.
19. Expresar afecto.
20. Resolver el miedo.
21. Auto-recompensarse.

## Habilidades alternativas a la agresión

22. Pedir permiso.
23. Compartir algo.
24. Ayudar a los demás.
25. Negociar.
26. Emplear el autocontrol.
27. Defender los propios derechos.
28. Responder a las bromas.
29. Evitar los problemas con los demás.
30. No entrar en peleas.

## Habilidades para hacer frente al estrés

31. Formular una queja.
32. Responder a una queja.
33. Demostrar deportividad después del juego.
34. Resolver la vergüenza.
35. Arreglárselas cuando le dejan de lado.
36. Defender a un amigo.
37. Responder a la persuasión.
38. Responder al fracaso.
39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
40. Responder a una acusación.
41. Prepararse para una conversación difícil.
42. Hacer frente a las presiones de grupo.

## Habilidades de planificación

43. Tomar iniciativas.
44. Discernir sobre la causa de un problema.
45. Establecer un objetivo.
46. Recoger información.
47. Resolver los problemas según su importancia.
48. Tomar una decisión.

## CONCEPTOS CLAVE. HABILIDADES SOCIALES.

### Las habilidades sociales no verbales

La mirada. Mirar a los ojos o a la zona superior de la cara ayuda a establecer el contacto, dependiendo de cómo sea la mirada, se expresan emociones. Se consideran más cercanas a las personas que miran más a su interlocutor/a, pero no si es de forma fija y dominante. Mirar poco puede ser signo de timidez. La mirada acompaña a la conversación: si miramos cuando escuchamos animamos a la otra persona a comunicarse.

La sonrisa casi siempre denota cercanía, suaviza tensiones y facilita la comunicación. Pero si el gesto sonriente expresa ironía o escepticismo puede manifestar rechazo, indiferencia o incredulidad.

Los gestos acompañan y enfatizan lo que se comunica con la palabra o el silencio.

La expresión facial es el medio más rico e importante para expresar emociones y estados de ánimo, junto con la mirada. Principalmente, y aparte de la expresión de emociones, la expresión facial se utiliza para dos cosas: para regular la interacción, y para reforzar al receptor/a.

La postura corporal. Puede transmitir escepticismo (encogiéndose de hombros), agresividad (apretando los puños), indiferencia (sentándonos casi tumbados cuando alguien nos habla). Un cuerpo contraído expresa decaimiento y falta de confianza en uno mismo; y un cuerpo expandido, todo lo contrario. Volver la espalda o mirar hacia otro lado es una manifestación de rechazo o desagrado.

La distancia física entre personas que se comunican también indica la proximidad emocional entre esas personas. Dos cuerpos cercanos expresan proximidad afectiva. Cuando mayor es la distancia física mayor es la distancia afectiva entre las personas que se están comunicando.

El volumen. Un volumen alto de voz expresa seguridad y dominio de la situación, pero cuando se eleva demasiado puede suscitar rechazo y connotar agresividad. El volumen bajo, por su parte, puede sugerir estados de ánimo como debilidad o falta de confianza en uno/a mismo pero también confidencialidad y cercanía.

El tono. La cualidad del tono que interesa aquí es el tono afectivo, esto es, la adecuación emocional del tono de voz utilizado en la conversación.

La fluidez de la palabra y el ritmo. La utilización de repeticiones, muletillas, frases hechas y de relleno y los titubeos producen impresión de inseguridad, monotonía e incluso desconcierto en quien escucha. Todos estos elementos de conducta relacional son herramientas de nuestra forma de estar en sociedad, y, bien articulados, nos ayudan a relacionarnos de forma más eficiente.

La apariencia personal. La apariencia y la vestimenta son partes de los estímulos no verbales que influyen en las respuestas interpersonales. El atractivo físico puede tener su importancia en hacer a alguien una persona persuasiva o capaz de manipular a los demás. Además de la importancia del atractivo físico contamos con información acerca de la configuración del cuerpo, el olor, el cabello y la ropa. Estos rasgos específicos pueden ejercer una profunda influencia en la auto imagen y por tanto en las pautas de comunicación con los demás.

## CONCEPTOS CLAVE. ESTILOS DE COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS	ESTILO DE COMUNICACIÓN PASIVO	ESTILO DE COMUNICACIÓN AGRESIVO	ESTILO DE COMUNICACIÓN ASERTIVO
Comportamiento verbal y no verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tono de voz vacilante.</li> <li>-El mensaje es indirecto.</li> <li>-Nunca dice claramente lo que quiere.</li> <li>-Volumen de voz bajo y vacilante.</li> <li>-Postura cerrada y hundida de cuerpo.</li> <li>-Posición de cabeza a menudo hacia abajo.</li> <li>-Movimientos forzados, rígidos e inquietos, con tendencia a alejarse de las personas.</li> <li>-Ausencia de contacto visual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tono de voz impositivo.</li> <li>-Interrumpe a los/as demás.</li> <li>-Da órdenes.</li> <li>-Volumen de voz alto.</li> <li>-Habla fluida y rápida.</li> <li>-Postura recta del cuerpo y hombros hacia atrás. Posición de la cabeza hacia atrás.</li> <li>-Movimientos y gestos amenazantes.</li> <li>-Mirada fija y exaltada.</li> <li>-Tendencia a invadir el espacio del interlocutor/a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tono de voz firme y directo.</li> <li>-El volumen de voz será audible.</li> <li>-La articulación de las palabras clara.</li> <li>-El ritmo será tranquilo.</li> <li>-Postura corporal relajada.</li> <li>-Contacto visual, cabeza alta.</li> <li>-Movimientos del cuerpo y cabeza orientados hacia la otra persona.</li> <li>-Espacio interpersonal adecuado.</li> </ul>
Características personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Baja autoestima.</li> <li>-Deja violar sus derechos, los deja de lado y antepone los de los/as demás.</li> <li>-Deja que los demás elijan por ella.</li> <li>-Se siente sin control de las situaciones.</li> <li>-No suele lograr sus objetivos.</li> <li>-No expresa sus sentimientos o lo hace con disculpas y sin convicción</li> <li>-Evita el conflicto y/o pasar un mal momento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Baja autoestima.</li> <li>-Viola los derechos.</li> <li>-Defiende sus derechos de manera ofensiva y deshonesto, por encima de los demás. -Se siente sin control de las situaciones.</li> <li>-No tiene en cuenta los sentimientos ni las opiniones de los/as demás.</li> <li>-Expresa sus sentimientos de forma directa con imposición (ira, hostilidad, impaciencia).</li> <li>-Afronta la situación con dominación, degradación, humillación a los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alta autoestima.</li> <li>-Respeta, defiende y protege sus derechos y los/as de los/as demás.</li> <li>-Controla las situaciones de forma adecuada.</li> <li>-Tiene una orientación activa en la vida.</li> <li>-Va tras lo que quiere, intenta hacer que sucedan las cosas.</li> <li>-Acepta sus limitaciones</li> <li>-Intenta siempre lograr sus objetivos sin ofender a los /as demás.</li> <li>-Se manifiesta emocionalmente libre para expresar sus sentimientos, pensamientos y necesidades.</li> <li>-Afronta las situaciones de forma adecuada.</li> </ul>
Consecuencias	<p><u>A CORTO PLAZO:</u> evitación de enfrentamiento y posibles desacuerdos.</p> <p><u>A LARGO PLAZO:</u> sensación de vacío, tristeza, dependencia de los demás, desconfianza, impotencia, rencor, falta de control, sensación de ser manipulado/a y rabia.</p>	<p><u>A CORTO PLAZO:</u> la persona consigue lo que quería.</p> <p><u>A LARGO PLAZO:</u> culpa, remordimiento, soledad, tensión en las relaciones personales, frustración, pérdida de personas importantes, y sentirse rechazado/a.</p>	<p><u>A CORTO PLAZO:</u> la persona puede recibir críticas, en un principio.</p> <p><u>A LARGO PLAZO:</u> la persona se sentirá a gusto y bien consigo misma, habrá conseguido actuar de acuerdo a sus principios y los/as demás la valorarán.</p>

**CONCEPTOS CLAVE.*****Escucha activa***

La habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.

***Empatía***

Es la capacidad de entender los pensamientos y emociones de las otras personas, compartir sus sentimientos. Es situarse en el lugar de la otra persona, es comprender lo que siente en ese momento la otra persona. La respuesta empática tranquiliza al interlocutor/a, porque éste/a se da cuenta que no tiene que hacer esfuerzo para darse a entender. No es necesario pasar por las mismas vivencias y experiencias para entender mejor a los que nos rodean, sino ser capaces de captar los mensajes verbales y no verbales que la otra persona nos quiere transmitir, y hacer que se sienta comprendida de manera única y especial.

**RECORDAR**

Las habilidades sociales nos ayudan a relacionarnos con los demás de forma positiva. La persona asertiva es aquella que defiende sus derechos y los de los/as demás, consigue lo que quiere actuando de acuerdo a sus principios, por lo que será una persona feliz.

La empatía hace que los/as demás se sientan bien, comprendidos/as y apoyados/as.

**Añade aquí algo que quieras recordar:**

.....  
.....



## MÓDULO VI: BIENESTAR EMOCIONAL

### RESOLVIENDO CONFLICTOS (Sesión 16)

Plantea una situación problemática y/o conflicto que tienes en este momento, a continuación, responde a las siguientes preguntas:

¿Qué sucede?

.....

.....

¿Qué hago para resolverlo?

.....

.....

¿Cómo está la situación actualmente?

.....

.....

Alternativas que me propongo para resolver el problema:

.....

.....

.....

### ¡CUÉNTAME!

Escucha atentamente el cuento y reflexiona sobre lo siguiente:

¿Cómo me comporto ante los problemas?

.....

.....

¿Por qué?

.....

.....

#### ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Pon en práctica las alternativas que has planteado en la actividad anterior. Reflexiona sobre lo siguiente una vez que has puesto en práctica las alternativas.

Dificultades encontradas.....

.....

.....

Cómo he resuelto las dificultades encontradas.....

.....

.....

Logros.....

.....

.....

**PAUTA EDUCATIVA 8: *Mejorar las habilidades sociales de nuestro hijo/a (seguimiento).***

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

.....

.....

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

.....

.....

Logros

.....

.....

**¡ORGANIZACIÓN! (Sesión 17)**

Elabora un listado de todas las actividades que realizas en tu vida diaria a lo largo de una semana.

-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Elabora un listado de todas las actividades que te gustaría realizar en tu vida diaria a lo largo de una semana.

-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

¿Por qué no haces las cosas que te gustaría hacer?

.....  
.....  
.....

¿Cómo podrías realizarlas?

.....  
.....  
.....

## CALENDARIO SEMANAL

Organiza tus actividades incluyendo aquellas que te gustaría hacer.

	L	M	X	J	V	S	D
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

## ¡VAMOS A JUGAR!

Escucha las instrucciones del juego y ¡participa!

ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Sigue el calendario semanal que has elaborado durante una semana.

*PAUTA EDUCATIVA 9: Potenciar la atención de nuestro hijo/a.*

Con mi hijo/a voy a:

-----

Lo voy a hacer así:

-----

-----

-----

### ME SIENTO MEJOR CUANDO... (Sesión 18)

Describe lo que haces (o lo que harías) para sentirte mejor cuándo:

Estás enfadado/a. \_\_\_\_\_

Estás triste. \_\_\_\_\_

Estás cansado/a. \_\_\_\_\_

Estás agobiado/a. \_\_\_\_\_

### FELICIDAD

¿Qué me ha llamado más la atención?

.....  
 .....

¿Por qué?

.....  
 .....

¿Qué puedo aplicar a mi vida?

.....  
 .....

### ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Anota aquí dos de las cosas que hacen tus compañeros/as que más te han gustado para hacer cuándo te sientes triste, enfadado/a, cansado/a o agobiado/a. Prácticalo esta semana.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**PAUTA EDUCATIVA 9:** *Potenciar la atención de nuestro hijo/a (seguimiento).*

Dificultades que he encontrado durante la práctica de esta pauta

\_\_\_\_\_

¿Qué he hecho para superar las dificultades?

\_\_\_\_\_

Logros

\_\_\_\_\_

**¡CUÉNTAME! (Sesión 19)**

Escucha atentamente.

¿Por qué resulta tan difícil no gritar en algunas ocasiones?

.....  
.....  
.....

**¿QUÉ ESCUCHAS?**

Cierra los ojos y realiza varias respiraciones profundas, concéntrate en lo que oyes en la habitación. Anota lo que vas sintiendo:

Sonidos 1. \_\_\_\_\_

Sonidos 2. \_\_\_\_\_

Sonidos 3. \_\_\_\_\_

Sonidos 4. \_\_\_\_\_

Sonidos 5. \_\_\_\_\_

Contesta a las siguientes cuestiones:

¿Crees que puedes controlar tus emociones?

.....  
.....  
.....

¿Cómo lo haces?

.....  
.....  
.....

**¡CUÉNTAME!**

Escucha atentamente un cuento y responde a las siguientes preguntas:

¿Qué quiere transmitir el cuento?

.....  
.....  
.....

¿Qué aplicación tiene para mi vida?

.....  
.....  
.....

**¡ ME GUSTA DE TI!**

Escribe tu nombre en un papel, escucha las instrucciones y pásalo a la derecha.

**TAMBORES**

Sigue las instrucciones y relájate.

**ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA**

Describe aquí algo que te hace sentir muy bien:

.....  
.....  
.....

-Ahora hazlo durante dos días.

**Nota:** trae algo que quieras compartir con los demás: una canción, un chiste, un deporte, una proyección, fotos, un cuento.

*PAUTA EDUCATIVA 10: Con nuestros hijos en el hogar y fuera de él. Principios básicos que que son importantes recordar.*

Con mi hijo/a voy a:

.....  
.....

Lo voy a hacer así:

.....  
.....  
.....

**CONCEPTOS CLAVE**

*Bienestar emocional*

- Equilibrio entre las emociones, sentimientos y deseos.
- Capacidad para disfrutar de forma consciente de un estado de felicidad.
- Aceptar el derecho y el deber de sentirse bien.

*Resolución de conflictos y toma de decisiones*

- Capacidad para afrontar los problemas que van surgiendo cada día.
- Afrontamiento de los problemas y conflictos de forma positiva.
- Elección de alternativas que mejoren la situación que causó malestar.

*Organización de la vida diaria*

- Capacidad para organizar el día en base a los deberes dejando un espacio para el ocio y el tiempo libre.

**RECORDAR**

- Yo manejo mis propias emociones y sentimientos.
- Puedo sentirme bien siempre que quiera.
- YO ELIJO ESTAR FELIZ, ¿Y TÚ?...

Añade aquí algo que quieras recordar:

.....  
.....

## BLOQUE III: FINALIZACIÓN EL PROGRAMA (Sesión 20)

### MÓDULO VII: EN FAMILIA

Tú familia junto con otras dos organizaréis una actuación libre o relacionada con los que hemos estado haciendo durante las sesiones anteriores, puede ser una canción, un cuento, un poema, un baile, un juego...

MÓDULO VIII: EVALUACIÓN GLOBAL DE PROGRAMA			
EDAD:	SEXO:		
Este cuestionario es personal y anónimo. La puntuación va del 1 al 3 (siendo el 1 la puntuación más baja y el 3 la más alta, según tu grado de satisfacción).			
EN CUANTO A LOS TEMAS TRATADOS			
A. Me han parecido interesantes (emociones, autoestima, habilidades sociales, bienestar emocional, resolución de conflictos, relajación, etc.)	1	2	3
B. He aprendido sobre mí mismo/a, sobre los demás, a entenderme mejor, a solucionar problemas, valorarme más, comunicarme mejor...	1	2	3
C. Me puede ser útil en mi vida diaria.	1	2	3
D. Creo que han sido los adecuados para poder desarrollar mi inteligencia emocional.	1	2	3
E. Han cumplido mis expectativas ( Ha sido como me esperaba o mejor)	1	2	3
EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES			
A. Han sido adecuadas y útiles.	1	2	3
B. ¿Me han gustado más? ¿Por qué?			
C. ¿Me han gustado menos? ¿Por qué?			
METODOLOGÍA (la forma en la que se han presentado las actividades, las explicaciones, las presentaciones, las dinámicas, etc.)	1	2	3
MATERIAL (diseño, comprensión, utilidad, etc.)	1	2	3
TÚ COMO PARTICIPANTE			
A. Me he sentido integrado/a en el grupo.	1	2	3
B. Me he sentido escuchado/a, respetado/a y libre para expresarme.	1	2	3
C. He participado en todas las actividades.	1	2	3
AUTOEVALUACIÓN			
A. He aprendido:			
B. ¿Para qué me sirve lo que he aprendido?			
C. Mi reflexión tras las sesiones:			
OPINIONES Y SUGERENCIAS			
Gracias por tu colaboración			

## BIBLIOGRAFÍA

- Agulló, M. J., Filella, G., García, E., López, E. y Bisquerra, R. (Coord.). (2010). *La educación emocional en la práctica*. Barcelona: Horsori-ICE.
- Asociación Americana de Psiquiatría- APA (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM- IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Bar On, R. (2006). The Bar On model of emotional-social intelligence. *Psicothema*, 18, 13-25.
- Barreto, A. (2011). *Cuentos y relatos para educar la inteligencia emocional*. Madrid: CCS.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21, 7-43.
- Bisquerra, R., y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Cortés, J.F., Barragán, C. y Vázquez, M.L. (2002). Perfil de inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad. *Salud Mental*, 25, 50-60.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6, 1-17.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Mestre, J.M. y Fernández, P. (coord.) (2007). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Pirámide.
- Pena, M. y Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre Inteligencia Emocional en el ámbito educativo. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15, 400-420.
- Pérez-González, J.C. (2008). Propuesta para la evaluación de programas de educación socioemocional. *Revista Electrónica de Intervención Psicoeducativa*, 6, 523-546.
- Teruel, M.P. (2000). La inteligencia emocional en el currículo de la formación inicial de los maestros. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 38, 141-152.
- UNESCO (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe de la Comisión Internacional de Educación para el siglo XXI. Informe Delors*. Madrid: Santillana.
- Vallés, A. (2008). *La inteligencia emocional de los padres y de los hijos*. Madrid: Pirámide.



**ANEXO 9: DIARIO SESIONES. NIÑOS. GRUPAL**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SÍ</b>	<b>ALGO</b>	<b>NO</b>	<b>INCIDENCIAS</b>
<b>LOS NIÑOS/AS LLEGAN PUNTUAL A LA SESIÓN.</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS TRAEN EL MATERIAL (MANUAL PARA NIÑOS Y NIÑAS).</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS SIGUEN LAS INSTRUCCIONES DE LAS ACTIVIDADES.</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS PERMANECEN SENTADOS EN EL AULA Y NO INTERRUMPEN O MOLESTAN.</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS ESPERAN SU TURNO EN LAS SITUACIONES QUE LO REQUIEREN.</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS SE RELACIONAN BIEN CON SUS COMPAÑEROS/AS.</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS PARTICIPAN DE FORMA ACTIVA EN LA SESIÓN.</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS MANTIENEN UN COMPORTAMIENTO ADECUADO DURANTE LA SESIÓN.</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS COMPLETAN BIEN LAS TAREAS ASIGNADAS.</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS REALIZAN LAS ACTIVIDADES PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS</b>				
<b>LOS NIÑOS/AS REALIZAN LAS ACTIVIDADES APRENDEMOS</b>				

**ANEXO 9: DIARIO SESIONES. NIÑOS. INDIVIDUAL**

DIARIO DE SESIONES DE INDIVIDUAL. IMAGINA.																				
NOMBRE Y APELLIDOS	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20

S= Sesión

**ANEXO 10: MANUAL PRÁCTICO DE IE Y PAUTAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS Y NIÑAS.**

**PROGRAMA:  
FAMILIA, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y  
PAUTAS EDUCATIVAS  
*IMAGINA***

**MANUAL PRÁCTICO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL  
Y PAUTAS EDUCATIVAS PARA NIÑOS Y NIÑAS**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**

**ESTE CUADERNO PERTENECE A:**

---

## ÍNDICE

### **I. ¿QUÉ ES?**

### **II. MIS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS.**

Aprendemos, Pauta 1.

### **III. EXPLORANDO LAS EMOCIONES.**

Aprendemos, Pautas 2 y 3.

### **IV. DESCUBRIENDO MIS TESOROS.**

Aprendemos, Pautas 4,5 y 6.

### **V. CONVIVIENDO.**

Aprendemos, Pautas 7 y 8.

### **VI. BUSCANDO LA FELICIDAD.**

Aprendemos, Pauta 9.

### **VII. CON MI FAMILIA.**

### **VIII. VALORAMOS EL PROGRAMA.**

## I. ¿QUÉ ES?

Hola a todos/as vamos a estar juntos/as durante unas semanas para realizar una serie de actividades y juegos que nos ayuden a sentirnos mejor con nosotros/as mismos/as y con los/as demás. Cada tema que vamos a tratar se compone de lo siguiente:

- Algo nuevo.
- Nos divertimos.
- Para practicar todos los días.
- Aprendemos.

Y al final de cada módulo nos encontramos con algunas ideas que son importantes recordar.

¡Vamos a empezar!

## II. MIS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS.

### MI JUEGO FAVORITO (Sesión 1)

Escribe en un papel tu nombre, tu juego favorito, con quién te gusta más jugar y en qué lugar.

### NORMAS DEL GRUPO

Elabora un listado con las normas del grupo.

---



---



---



---



---



---

### ROMPIENDO BARRERAS

Concéntrate en todas aquellas cosas que te producen malestar...y empieza a alejarlo de ti.

### PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Ya conoces a tus compañeros/as un poco, apunta aquí sus nombres y apréndelos para la próxima sesión.

---



---



---



---

**APRENDEMOS (Pauta 1):** Traemos este cuadernillo todos los días.

---



---



---

#### **RECORDAR**

Es importante confiar en los demás y que los demás puedan confiar en mí. **Confianza.**

Lo que ocurre en el grupo, se queda en el grupo. **Confidencialidad.**

Puedo expresarme de forma libre, intento entender lo que los demás expresan sin juzgar. **Respeto.**

### III: EXPLORANDO LAS EMOCIONES

#### ASÍ ME SIENTO (Sesión 2)

Primero representa la emoción que te ha tocado sin palabras, sólo con gestos. Después, adivina qué emoción están expresando tus compañeros/as. Para terminar, dibuja una situación en la que estés:

Triste

Enfadado/a

Sorprendido/a

Miedoso/a

Alegre

Explica por qué te sentiste así...

## EXPRESATE

¿Cómo me he sentido al hacer lo que decía la etiqueta?

.....

.....

¿Cómo me he sentido cuando me han abrazado, acariciado, animado, etc.?

.....

.....

¿Me ha costado realizarlo?

.....

.....

¿Qué he aprendido?

.....

.....

### PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Anota distintas emociones que vayas sintiendo esta semana puede ser en casa, en el colegio, en la calle, etc.

Fecha						
Emoción						
Causa						

**APRENDEMOS (Pauta 1): Traemos este cuadernillo todos los días.**

¿Qué dificultades hemos encontrado?

-----

-----

-----

He conseguido:

-----

-----

-----



**LA FIESTA (Sesión 3).**

Escucha la historia y responde a las siguientes preguntas.

Primera parte:

¿Cómo se sienten ahora Laura y Miguel?

.....  
 .....

¿Te has sentido así alguna vez?

.....  
 .....

¿Qué te pasó?

.....  
 .....

¿Qué hiciste?

.....  
 .....

Segunda parte:

¿Cómo se sienten ahora Laura y Miguel?

.....  
 .....

¿Te has sentido así alguna vez?

.....  
 .....

¿Qué te pasó?

.....  
 .....

¿Qué hiciste?

.....  
 .....

**ME DEJO LLEVAR...**

Vamos a dar un masaje a los compañeros/as.

¿Cómo me he sentido al recibir el masaje?

.....  
 .....

¿Cómo me he sentido al dar el masaje?

.....  
 .....

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Pregúntale a las personas que tienes a tu alrededor a tu padre, a tu madre, hermanos/as, amigos/as, etc. cómo se sienten y por qué se sienten así. Anótalo aquí.

Fecha

Persona

Emoción

Causa

**APRENDEMOS (Pauta 2): Hablando conmigo mismo/a: AUTOINSTRUCCIONES**

-----  
-----  
-----  
-----

### SE SIENTE...(Sesión 4)

Elabora una historia o un cuento en el que un chico/a se sienta mal, explica por qué se siente así y de un chico/a que se sienta bien y explica por qué.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### ¿QUÉ ESTÁ PASANDO?

Observa las escenas y responde a las siguientes cuestiones:

¿Qué emociones observamos en los personajes?

.....

.....

¿Dónde lo observamos?

.....

.....

¿Por qué crees que se están sintiendo así?

.....

.....

### ESCENA PRIMERA

Elige una persona que sea la escultora de tu grupo y representa el tema que te ha tocado.

Tema de la obra.....

### ESPEJO MÁGICO

Observa a tu pareja de los pies a la cabeza y sigue las instrucciones.

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Elige una persona en la que confíes, tu padre, tu madre, un/a hermano/a, un/a amigo/a y cuéntale cómo te sientes ese día y por qué te sientes así. Haz esto durante dos días.

Fecha	Persona	Emoción	Causa

**APRENDEMOS (Pauta 2): Hablando conmigo mismo/a: AUTOINSTRUCCIONES**

¿Qué dificultades hemos encontrado?

-----  
 -----  
 -----

He conseguido:

-----  
 -----  
 -----

### PASÓ...(Sesión 5)

Describe una situación de la vida cotidiana en la que expresaste tus sentimientos a alguien y responde a las siguientes cuestiones:

¿Qué pasó?

.....  
 .....

¿Qué hice?

.....  
 .....

¿Cómo me sentí?

.....  
 .....

¿Por qué?

.....  
 .....

### RELAJACIÓN

Siéntate con la espalda recta y coloca una mano en el pecho y otra en el abdomen, ahora imagina que tu barriga es un globo que tienes que inflar, así que, inspira cogiendo el aire lentamente por la nariz mientras cuentas del 1 al 4, y observa cómo se llena el globo, después conteniendo el aire cuentas 1 y 2 y expulsas el aire lentamente por la boca mientras cuentas de 1 al 4 observando cómo el globo se desinfla. Repite durante 5 veces.

### PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Practica la respiración que hemos aprendido hoy. Hazlo sólo cuando estés tranquilo/a. Un momento ideal para practicarlo puede ser antes de dormir cuando estés en la cama.

FECHA						
HORA						

### APRENDEMOS (Pauta 3): ¡Nos organizamos cada día!

-----  
 -----  
 -----  
 -----

### ¡PÁRATE Y PIENSA! (Sesión 6)

Completa los siguientes cuadros:

**Situación:**

**Pensamientos:**

**Emociones/Sentimientos:**

**Conductas:**

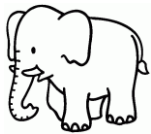
**CAMBIANDO EL PENSAMIENTO**

**Pensamientos:**

**Emociones/Sentimientos:**

**Conductas:**

### ¡CUÉNTAME!



Escucha atentamente el cuento y responde a las siguientes preguntas:  
¿Qué quiere transmitir el cuento?

.....  
.....

¿Qué he aprendido de este cuento?

.....  
.....  
.....  
.....

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Anota los pensamientos negativos que tengas en estos días y cámbialos por unos pensamientos que sean positivos y describe cómo te sientes.

FECHA	PENSAMIENTO NEGATIVO	SENTIMIENTO	PENSAMIENTO POSITIVO	SENTIMIENTO

**APRENDEMOS (Pauta 3): ¡Nos organizamos cada día!**

¿Qué dificultades hemos encontrado?

-----  
 -----  
 -----

He conseguido:

-----  
 -----  
 -----

**RECORDAR**

- Voy a estar atento/a a mis emociones.
- Voy a observar cómo se sienten los demás.
- Voy a utilizar la respiración para relajarme.
- Cuando tenga un pensamiento negativo voy a pararme a pensar cómo lo puedo cambiar en positivo y observar cómo me siento mejor.

**YO CONTROLO MIS PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS PARA SENTIRME MEJOR.**

## IV: DESCUBRIENDO MIS TESOROS.

### CARTA DE PRESENTACIÓN (Sesión 7)

Escribe una carta dirigida a una persona que no te conoce y tiene que saber cómo eres. Para ello, puedes, completar las siguientes frases:

Soy...

Me gusta...

Me disgusta...

Tengo miedo de...

Estoy orgulloso/a de...

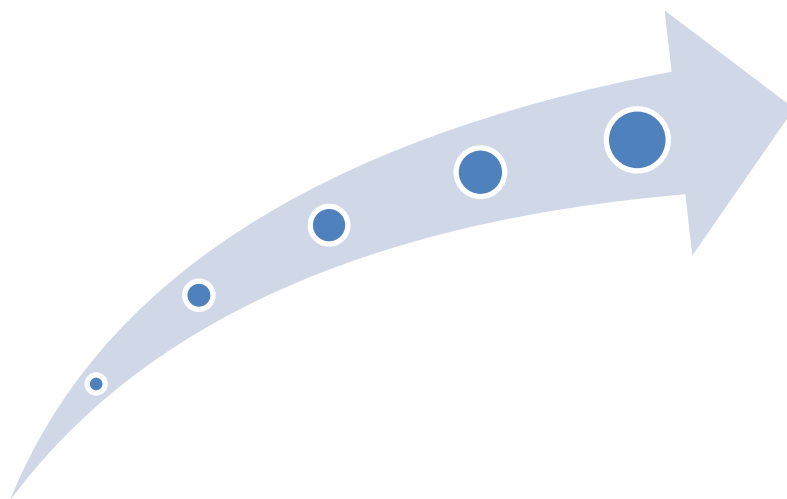
Algo positivo que me ha pasado hace poco es...

### ¡ABRÁZAME!

Baila al son de la música y cuando pare abraza a alguien y sigue las instrucciones.

### PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Anota aquí todas las cosas positivas que te han pasado a lo largo de un día.



**Nota:** el próximo día vamos a traer fotos de nuestra familia (padre, madre, hermanos/as, tíos/as, primos/as, abuelos/as, amigos/as, etc.)


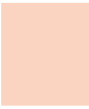
### APRENDEMOS (Pauta 4): ¡Empezando el día!

-----  
 -----  
 -----



### AUTOESTIMA (Sesión 8)

Rellena los cuadros siguientes:

 <b>MIS CUALIDADES</b>	
 <b>ME QUIERO PORQUE...</b>	
<b>ME QUIEREN</b>	

Vamos a seleccionar algunas de las fotos que hemos traído hoy. Ahora explica:  
¿Quiénes son esas personas que aparecen en las fotos?

.....  
.....  
.....

¿Por qué sabes que te quieren?

.....  
.....  
.....

¿Qué cosas buenas dicen de ti?

.....  
.....  
.....

¿Cómo les demuestro que yo también les quiero a ellos/as?

.....  
.....  
.....

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Las personas de las fotos anteriores son las personas que más te quieren, durante estos días vamos a decirle lo mucho que le queremos nosotros/as también.

Anota aquí el nombre de todas las personas a las que le has dicho lo mucho que le que le quieres en estos días.

---

---

---

---

**APRENDEMOS (Pauta 4):!Empezando el día!**

¿Qué dificultades hemos encontrado?

---

---

---

He conseguido:

---

---

---

**ME SIENTO BIEN (Sesión 9)**

Dibuja tu cara en un folio. Cuando estés de acuerdo con las palabras que aparecen o los dibujos, levanta tu cara y explica qué ocurrió.

**COMPARTIENDO**

Escribe tu nombre y tu primer apellido en el papel que te hemos dado y dóblalo por la mitad.

Anota aquí lo que te ha escrito tu compañero/a.

---



---



---



---

**¡ADELANTE!**

Da un salto hacia adelante cuando digan algo con lo que estás de acuerdo. Cuando se diga la palabra avión todos/as os agacháis, cuando se diga la palabra terremoto, agárrate a las personas que tienes al lado, cuando se diga la palabra mar todos/as os sentaréis.

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Pregúntales a dos personas qué cosas le gustan de ti y anótalas aquí.

.....

.....

.....

**APRENDEMOS (Pauta 5): ¡Preparamos la mochila!**

-----

-----

-----

**LISTA DE PENSAMIENTOS (Sesión 10)**

Escucha las frases y contesta.

¿Cómo me siento? \_\_\_\_\_

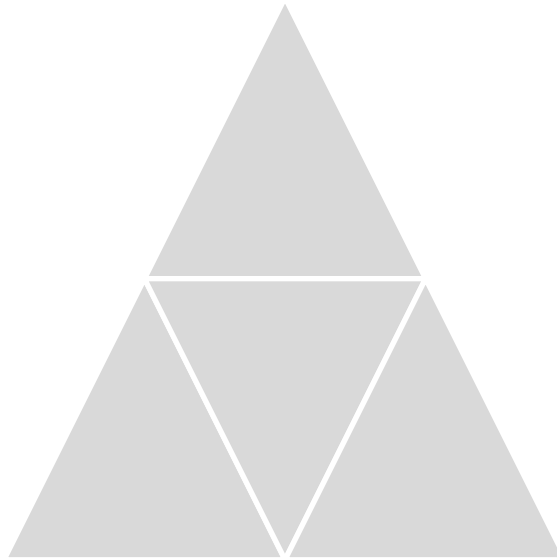
¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué pensamientos me hacen sentir bien? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**ME HACE FELIZ**

Anota aquí todas las cosas que te hacen feliz y/o te hacen sentir bien.



**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Durante estos días anota todas las cosas que has hecho para sentirte feliz, para sentirte bien. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APRENDEMOS (Pauta 5): ¡Preparamos la mochila!**

¿Qué dificultades hemos encontrado?

-----  
-----  
-----

He conseguido:

-----  
-----  
-----

### METAS (Sesión 11)

UNA DE NUESTRAS METAS ES.....

Para lograrla vamos a:

LISTADO DE TAREAS QUE VAMOS A REALIZAR PARA LOGRAR NUESTRA META

---

---

---

---

---

ORGANIZACIÓN DE LAS TAREAS CONCRETAS PARA LOGRAR NUESTRA META

- |     |      |
|-----|------|
| 1ª. | 6ª.  |
| 2ª. | 7ª.  |
| 3ª. | 8ª.  |
| 4ª. | 9ª.  |
| 5ª. | 10ª. |

PUESTA EN MARCHA DE LAS TAREAS. FECHA DE INICIO DE TAREAS:.....

EVALUACIÓN DE LAS TAREAS REALIZADAS (tareas realizadas, dificultades, logros...)

---

---

---

---

---

---

FECHA DE CONSECUCIÓN DE LA META:.....

## ¿QUÉ SIENTO?

Acomódate en tu silla, cierra los ojos y sigue las instrucciones...

### PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Anota aquí las tareas que tienes que hacer para lograr tu meta y comienza a realizarlas.

---

---

---

---

---

---

---

### APRENDEMOS (Pauta 6):!Colaboramos en casa!

---

---

---

#### **RECORDAR**

Soy una persona importante para mí y para los demás.

Me quiero y me cuido.

Tengo muchas cosas buenas.

**ME QUIERE MUCHA GENTE Y YO TAMBIÉN LES QUIERO.**

**V: CONVIVENCIA.****LAS HABILIDADES SOCIALES I (Sesión 12)**

Piensa en algo que te ocurrió durante esta semana y contesta a las preguntas:

¿Cómo me he sentido hablando de espaldas?

---

¿Y de frente?

---

¿Qué habilidades sociales conocemos?

---



---

**LAS HABILIDADES SOCIALES II**

¡Escucha las instrucciones y participa!

¿Cómo te has sentido al hacer esta actividad?

.....

.....

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Elige dos habilidades sociales:

.....y.....

Anota aquí tres ocasiones en las que las has utilizado.

Fecha	Persona	Habilidad

**APRENDEMOS (Pauta 6):** ¡Colaboramos en casa!

¿Qué dificultades hemos encontrado?

-----

-----

-----

He conseguido:

-----

-----

-----

**ASERTIVIDAD (Sesión 13)**

Reflexiona sobre lo siguiente:

¿Qué características observamos en la situación 1?

---

¿Qué características observamos en la situación 2?

---

¿Qué características observamos en la situación 3?

---

¿Cuál te parece mejor?

---

¿Cómo te comunicas tú?

---

**AHORA ES...**

Dibuja tres caras que se corresponden con los tres tipos de comunicación: una enfadada (tipo agresivo), otra seria (tipo pasivo) y otra sonriente (tipo asertivo). Muestra la cara que se corresponde con la descripción.

Características de la persona asertiva:

---



---



---

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Elige dos características de la persona asertiva. Anótalas aquí:

---



---

Durante estos días cuando hables con la gente ten en cuenta estas características.

Situación	Persona	Característica

**APRENDEMOS (Pauta 7): ¿Cómo estudio?**


---



---



---



**COPIA FIEL (Sesión 14)**

Escucha las instrucciones y contesta a las siguientes preguntas:

¿Qué dificultades hemos encontrado? .....

.....

¿Os parece importante escuchar de forma adecuada? .....¿por qué?.....

.....

**DIBUJANDO**

Piensa en algo que te guste hacer y dibújalo. Escucha a tu compañero/a atentamente.

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Vamos a practicar la escucha activa. Elige una persona que veas todos los días, anota aquí su nombre..... y escúchala durante estos días.

-Mírale a los ojos mientras te habla.

-Espera a que termine de decirte todo lo que quiera antes de contestar.

-Hazle saber que le estás escuchando.

¿Crees que le has escuchado de forma activa?

\_\_\_\_\_

¿Por qué?

\_\_\_\_\_

¿Cómo se ha sentido esa persona?

\_\_\_\_\_

**APRENDEMOS (Pauta 7): ¿Cómo estudio?**

¿Qué dificultades hemos encontrado?

-----

-----

He conseguido:

-----

-----

-----

**EMPATIZANDO (Sesión 15)**

Definición de empatía

---

---

Responde a las siguientes preguntas:

¿Cómo se siente Sergio?

---

---

¿Por qué?

---

---

¿Ha sido empática Mónica?

---

---

¿Por qué?

---

---

¿Cómo puede serlo?

---

---

**¡VAMOS A JUGAR!**

Escucha las instrucciones y participa.

**PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS**

Ya sabes lo que es la empatía. Elige una persona, anota aquí su nombre.....  
y explica cómo has sido empática con ella.

---

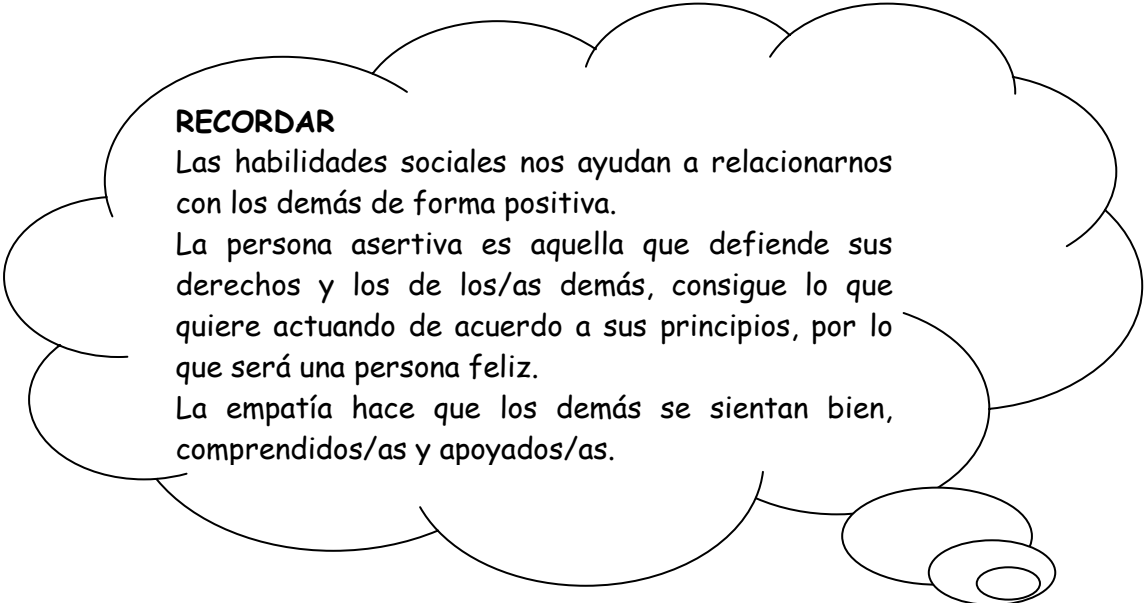
---

**APRENDEMOS (Pauta 8): ¡A comer todo y pronto!**

---

---

---



## VI: BUSCANDO LA FELICIDAD

### RESOLVIENDO CONFLICTOS (Sesión 16)

Responde a las siguientes preguntas.

Situación 1. ¿Qué harías para resolverlo?

.....

.....

.....

Situación 2. ¿Qué harías para resolverlo?

.....

.....

.....

Situación 3. ¿Qué harías para resolverlo?

.....

.....

.....

### ¡VAMOS A JUGAR!

Escucha las instrucciones y ¡participa!

#### PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Piensa en un problema que hayas tenido la última semana o el último mes, descríbelo de forma breve, propón alternativas para resolverlo y pon en práctica una de ellas.

Problema (explicación breve):
Alternativas:
Voy a realizar la siguiente alternativa:

#### APRENDEMOS (Pauta 8): ¡A comer todo y pronto!

¿Qué dificultades hemos encontrado?

-----

-----

He conseguido:

-----

-----

-----

## ¡ORGANIZACIÓN! (Sesión 17)

Haz un listado de todas las actividades que realizas todos los días a lo largo de una semana.

- -

- -

- -

Haz un listado de todas las actividades que te gustaría realizar.

- -

- -

- -

¿Por qué no haces las cosas que te gustan?.....

¿Qué podrías hacer para realizar las actividades que te gustan? .....

.....

### CALENDARIO SEMANAL

Organiza tus actividades incluyendo aquellas que te gustaría hacer.

	L	M	X	J	V	S	D
MAÑANA							
TARDE							

### ¡VAMOS A JUGAR!

¡Participa!

#### PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Sigue el calendario que has elaborado durante una semana.

#### APRENDEMOS (Pauta 9): ¡Así mejor!

-----

-----

-----

## ME SIENTO MEJOR CUANDO... (Sesión 18)

Describe lo que haces o harías para sentirte mejor en los siguientes momentos:  
Estás enfadado/a:

-----  
-----

Estás triste:

-----  
-----

### ¡VAMOS A JUGAR!

¡Participa!

#### PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Anota aquí dos de las cosas que hacen tus compañeros/as para sentirse bien y que más te han gustado para hacer cuándo te sientes triste o enfadado/a y explica por qué.

1. \_\_\_\_\_

Porque \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Porque \_\_\_\_\_

#### APRENDEMOS (Pauta 9): ¡Así mejor!

¿Qué dificultades hemos encontrado?

-----  
-----

He conseguido:

-----  
-----  
-----

## ¿QUÉ ESCUCHAS? (Sesión 19)

Siéntate y cierra los ojos, ahora realiza varias respiraciones profundas y sigue las instrucciones.

¿Crees que puedes controlar tus emociones?

-----

¿Por qué?

-----

## ¡ME GUSTA DE TI!

Escribe tu nombre en un papel, escucha las instrucciones y pásalo a la derecha.

## LA TORMENTA

Escucha las instrucciones y ¡participa!

## TAMBORES

Colócate en un grupo, ahora hacer un círculo entre todos/as los del grupo. Ponte detrás de un compañeros/as.

## PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS

Describe aquí algo que te hace sentir muy bien:

-----

Ahora hazlo durante dos días.

**Nota:** trae algo que quieras compartir con los demás: una canción, un chiste, un deporte, una proyección, fotos, un cuento, un juego, etc.

## APRENDEMOS (Pauta 9): ¡Así mejor! (continuación).

### RECORDAR

-Yo manejo mis propias emociones y sentimientos.

-Puedo sentirme bien siempre que quiera.

**YO ELIJO ESTAR FELIZ ¿Y TÚ?...**

## (Sesión 20)

**VII: CON MI FAMILIA**

Tu familia y otras familias vais a hacer una canción, un cuento, un poema, un baile, un juego...

**VIII: VALORAMOS EL PROGRAMA**

<b>EVALUACIÓN GLOBAL DE PROGRAMA</b>			
<b>EDAD:</b>	<b>SEXO:</b>		
Este cuestionario es personal y anónimo. La puntuación va del 1 al 3 (siendo el 1 la puntuación más baja y el 3 la más alta, según tu grado de satisfacción).			
<b>LO QUE HEMOS HECHO CADA DÍA</b>			
A. Me ha gustado.	1	2	3
B. He aprendido sobre mí mismo/a, sobre los demás, a entenderme mejor, a solucionar problemas, a valorarme más, a comunicarme mejor...	1	2	3
<b>EN CUANTO A LAS ACTIVIDADES</b>			
A. Me han gustado mucho, he aprendido y me divertido.	1	2	3
B. ¿Me han gustado más?			
¿Por qué?			
C. ¿Me han gustado menos?			
¿Por qué?			
Mi manual me ha gustado.	1	2	3
<b>TÚ COMO PARTICIPANTE</b>			
A. Me he sentido integrado/a en el grupo.	1	2	3
B. Me he sentido escuchado/a, respetado/a y libre para expresarme.	1	2	3
C. He participado en todas las actividades.	1	2	3
<b>AUTOEVALUACIÓN</b>			
A. He aprendido:			
B. ¿Para qué me sirve lo que he aprendido?			
C. Mi reflexión tras las sesiones:			
<b>OPINIONES Y SUGERENCIAS</b>			
<b>Gracias por tu colaboración</b>			

--



**ANEXO 11: FICHA DE REGISTRO DIARIO DE LA ACTIVIDAD PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS DEL MANUAL PARA NIÑOS Y NIÑAS.**

REGISTRO DIARIO: ACTIVIDADES PARA PRACTICAR TODOS LOS DÍAS <i>IMAGINA.</i>																				
NOMBRE Y APELLIDOS	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20

Nota: S=Sesión.

**ANEXO 12: FICHA DE REGISTRO SEMANAL DE LA ACTIVIDAD APRENDEMOS, PAUTA PROPUESTA EN EL MANUAL PAA NIÑOS Y NIÑAS.**

REGISTRO SEMANAL: APRENDEMOS, PAUTA IMAGINA.									
NOMBRE Y APELLIDOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9

Nota: P=Pauta.

## **ANEXO 13: CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA. NIÑOS.**

Nombre:

Fecha:

### EXPLORANDO LAS EMOCIONES.

Las emociones básicas son: 1..... 2..... 3.....  
4..... 5..... 6.....

Responde SÍ o NO.

Conozco mis emociones:.....

Expreso mis emociones:.....

Controlo mis emociones:.....

¿Cómo lo hago?.....

Utilizo la relajación:.....¿cuándo?.....

Cuando tengo un pensamiento negativo lo cambio a positivo:.....

¿Cómo?.....

### DESCUBRIENDO MIS TESOROS.

Completa las siguientes frases

Soy.....

Me quieren.....

Me hace feliz.....

Responde SÍ o NO.

Me gusta cómo soy:...

Me quiero:...

Cumplo mi meta:.....

### CONVIVIENDO.

Algunas habilidades sociales son.....

Características de la persona asertiva.....

La empatía es.....

### BUSCANDO LA FELICIDAD.

Para ser feliz hago.....

### APRENDEMOS

Uso el Panel de Autoinstrucciones:.....¿cuándo?.....

Hago un listado diario de las tareas que tengo que hacer toda la tarde.....

Me levanto de la cama cuando me llaman o suena el despertador.....

Me visto en 10 minutos.....

Desayuno en 10-15 minutos.....

Me lavo los dientes, la cara y me peino en 10 minutos....

Llego al colegio con tiempo....

Preparo solo/a la mochila del colegio y no me falta nada.....

Colaboro en casa.....en.....

Estudio todos los días.....

Como todo y pronto (desayuno, comida, cena)...

Escucho a mi padre y/o madre y hago todo lo que me dicen....

Hago las tareas escolares solo/a.....

Voy a la cama cuando me lo dicen.....

Me gustaría que mi padre y/o mi madre.....

## **ANEXO 14: CUENTO . EL ELEFANTE ENCADENADO**

Cuando yo era niña me encantaban los circos y lo que más me gustaba eran los animales y por encima de todo, como a la mayoría de los chiquillos, me llamaba la atención los elefantes.

Durante la función, la enorme mole paquiderma, hacía un derroche de peso, tamaño y fuerza descomunal y ya después de su actuación incluso un buen rato antes de volver al escenario, el elefante quedaba sujeto solamente por una cadena que aprisionaba una de sus patas a una pequeña estaca clavada en el suelo. ¡Qué curioso que la estaca era sólo un pequeño trozo de madera, apenas enterrado unos centímetros en la tierra, y aunque la cadena era gruesa y poderosa, me parecía obvio que si ese animal era capaz de arrancar un árbol de cuajo con su propia fuerza, cómo no iba a poder arrancar con facilidad la estaca y huir. El misterio es grande. ¿Qué lo mantiene quieto entonces? ¿Por qué no huye? Cómo era una niña de reflexiones y preguntas, seguro que se lo preguntaría a algunos de los mayores de entonces: alguna maestra, o mis padres, y seguro que una de ellas me terminaría de explicar el por qué el elefante no se escapaba: **No se escapaba porque estaba amaestrado**. Hice entonces otra pregunta: “Si está amaestrado...¿por qué lo encadenan?”... No recuerdo ninguna respuesta coherente, luego me tuvieron que contestar con alguna chorrada....Con el tiempo, me olvidé del misterio del elefante y la estaca...y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otras personas que también se habían hecho la misma pregunta. Hasta que por fin, entradita ya en años descubrí a alguien que para mi suerte ha sido lo bastante sabio como para darme la respuesta: el elefante del circo nunca escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy pequeñito” cerré los ojos y me imaginé al elefantito recién nacido sujeto a la estaca. Estoy segura de que en aquel momento, el animalito tiraría y sudaría tratando de soltarse, y a pesar de todo su esfuerzo, no pudo: la estaca era mucho más fuerte para él. Supongo que se durmió agotado de tirar y que al día siguiente volvería a probar, y también al otro, y al otro. Hasta que un día, ¡un terrible día!!, el animalito aceptó su impotencia y se resignó a su destino. Este elefante enorme y poderoso no escapa porque **CREE QUE NO PUEDE**: Tiene registrado el recuerdo de su impotencia, de aquella impotencia que sintió poco después de nacer. Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese registro para borrarlo. Jamás, jamás volvió a intentarlo y poner a prueba su fuerza otra vez. Cada uno de nosotros/as somos un poco como ese elefante: vamos por el mundo atados a cientos de estacas que nos restan libertad. Vivimos creyendo un montón de cosas que nos contaron, y no podemos, simplemente, porque alguna vez probamos y no pudimos. Y grabamos para siempre ese recuerdo: **¡ES QUE NO PUEDO...NO PUEDO Y NUNCA PODRÉ...!** Crecimos, cargando ese mensaje que nos impusimos a nosotros mismos y nunca más lo volvimos a intentar. La única manera de saber, es intentar de nuevo, poniendo en el intento todo lo que más podamos dar.

Bucay, J. (2008). *El elefante encadenado*. Barcelona: RBA libros.

## **ANEXO 15: CUENTO . EL VERDADERO VALOR DE UN ANILLO.**

-“Vengo, maestro, porque me siento tan poca cosa, que no tengo fuerzas para hacer nada. Todos me dicen que soy una calamidad, que no sirvo para nada, que no hago nada bien, que soy bastante tonto... ¿Cómo puedo mejorar?...¿Qué puedo hacer para que me valoren más?”

El maestro, sin mirarle le dijo:

- “¡Cuánto lo siento! No puedo ayudarte, porque debo resolver primero mi propio problema. Si quisieras ayudarme tú a mí, podría resolver el tema con más rapidez y luego, tal vez te pueda ayudar.”

- “Encantado”- titubeó el muchacho, aunque una vez más sintió que volvía a ser desvalorizado y vio sus necesidades otra vez postergadas.

- “Bien”, asintió el maestro. Se quitó un anillo que llevaba en el dedo meñique izquierdo y dándoselo al chico, agregó:

- “Toma el caballo que está allí afuera y cabalga hasta el mercado. Debes vender este anillo y trata de obtener por él la mayor suma posible, pero nunca aceptes menos de una moneda de oro. Vete y regresa con esa moneda lo más rápido que puedas”.

El joven tomó el anillo y partió. Apenas llegó, empezó a ofrecer el anillo a los mercaderes. Estos lo miraban con cierto interés, hasta que decía el precio que pretendía por el anillo. Cuando el joven mencionaba la moneda de oro, unos se reían, otros daban media vuelta hasta que un viejito le explicó que una moneda de oro era muy valiosa para entregarla a cambio del anillo.

Después de ofrecer la joya a más de cien personas y abatido por su fracaso, montó en el caballo y regresó. Entró en la habitación y dijo:

- Maestro lo siento... no pude conseguir lo que me pediste. Tal vez podría conseguir dos o tres monedas de plata, aunque no creo que yo pueda engañar a nadie respecto del verdadero valor del anillo”.

- “¡Qué importante lo que dijiste”- contestó sonriente el maestro. “Debemos saber primero el verdadero valor del anillo. Vuelve a montar y vete al joyero. ¿Quién mejor que él para saberlo?. Dile que quieres vender el anillo y pregúntale cuánto daría por él. A pesar de todo lo que te ofrezca, nunca se lo vendas. Regresa aquí de nuevo con el anillo”.

El joven volvió a cabalgar. El joyero examinó el anillo. Lo miró con lupa, lo pesó y luego le dijo:

- “Dile al maestro, que si lo quiere vender ya, no puedo darle más que 58 monedas de oro”.

- ¿58 monedas??? Exclamó el joven.

- “Sí”- replicó el joyero- Sé que con el tiempo, podríamos obtener hasta 70, pero nunca si la venta es urgente.

El joven corrió emocionado a casa del maestro a contarle lo sucedido.

- “¡Siéntate!- dijo el maestro después de escucharlo. Tú eres como este anillo: una joya valiosa y única y como tal, sólo puede evaluarte verdaderamente un experto. ¿Qué haces por la vida, pretendiendo que cualquiera descubra tu verdadero valor?.

Y diciendo esto, volvió a ponerse el anillo en el dedo meñique de su mano izquierda.

Bucay, J. (2012). *Déjame que te cuente: los cuentos que me enseñaron a vivir*. Barcelona: RBA.

**ANEXO 16: MEJORANDO LA AUTOESTIMA.****PRINCIPIOS PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA**

- ❖ Cada día dedicaré tiempo para mí.
- ❖ Buscaré gente que me valore.
- ❖ Buscaré gente positiva y sostenedora.
- ❖ Tengo derecho a cometer errores sin sentirme culpable.
- ❖ Voy a descubrir mis errores y los corregiré.
- ❖ Me liberaré de todo aquello que no me deje ser yo.
- ❖ Nadie vale más ni menos que yo.
- ❖ Yo soy importante y tú también.
- ❖ Soy importante para mí y para los demás.
- ❖ Aceptaré y afrontaré la realidad sea cuál sea.
- ❖ Me quiero, me acostumbraré a ser feliz.
- ❖ Tengo una actitud activa y positiva.
- ❖ Soy independiente en mis juicios.
- ❖ Mis opiniones valen tanto como las de cualquiera.
- ❖ No voy a engañarme ni engañar, voy a reconocer como soy y aceptarme.
- ❖ Quiero lo que tengo (si no tengo todo lo que quiero).

## **ANEXO 17: CUENTO . ¿ZANAHORIA, HUEVO Ó CAFÉ?**

Una hija se quejaba con su padre acerca de su vida y lo difíciles que le resultaban las cosas. No sabía cómo hacer para seguir adelante y creía que se daría por vencida. Estaba cansada de luchar. Parecía que cuando solucionaba un problema, aparecía otro.

Su padre, un chef de cocina, la llevó a su lugar de trabajo. Allí llenó tres ollas con agua y las colocó sobre fuego fuerte. Pronto el agua de las tres ollas estaba hirviendo. En una colocó zanahorias, en otra colocó huevos y en la última colocó granos de café. Las dejó hervir sin decir palabra.

La hija esperó impacientemente, preguntándose qué estaría haciendo su padre. A los veinte minutos el padre apagó el fuego. Sacó las zanahorias y las colocó en un tazón. Sacó los huevos y los colocó en otro plato. Finalmente, coló el café y lo puso en un tercer recipiente. Mirando a su hija le dijo:

- "Querida, ¿qué ves?"

- "Zanahorias, huevos y café" fue su respuesta.

La hizo acercarse y le pidió que tocara las zanahorias. Ella lo hizo y notó que estaban blandas. Luego le pidió que tomara un huevo y lo rompiera. Luego de sacarle la cáscara, observó el huevo duro. Luego le pidió que probara el café. Ella sonrió mientras disfrutaba de su rico aroma. Humildemente la hija preguntó:

"¿Qué significa esto, padre?"

El le explicó que los tres elementos habían enfrentado la misma adversidad: agua hirviendo, pero habían reaccionado en forma diferente.

La zanahoria llegó al agua fuerte, dura; pero después de pasar por el agua hirviendo se había vuelto débil, fácil de deshacer. El huevo había llegado al agua frágil, su cáscara fina protegía su interior líquido; pero después de estar en agua hirviendo, su interior se había endurecido. Los granos de café sin embargo eran únicos; después de estar en agua hirviendo, habían cambiado al agua.

"- ¿Cuál eres tú?", le preguntó a su hija. "Cuando la adversidad llama a tu puerta, ¿cómo respondes?"

-¿Eres una zanahoria que parece fuerte pero que cuando la adversidad y el dolor te tocan, te vuelves débil y pierdes tu fortaleza?

-¿Eres un huevo, que comienza con un corazón maleable? ¿Poseías un espíritu fluido, pero después de una muerte, una separación, o un despido te has vuelto duro y rígido? Por fuera te ves igual, pero ¿eres amargado y áspero, con un espíritu y un corazón endurecido?

-¿O eres como un grano de café? El café cambia al agua hirviente, el elemento que le causa dolor. Cuando el agua llega al punto de ebullición el café alcanza su mejor sabor. Si eres como el grano de café, cuando las cosas se ponen peor tú reaccionas mejor y haces que las cosas de tu alrededor mejoren.

Lopera, J. y Bernal, M. I (comp.) (2002). *La culpa fue de la vaca. Anécdotas, parábolas, fábulas y reflexiones sobre liderazgo*. Bogotá: Intermedio.

## **ANEXO 18: CUENTO . ¿POR QUÉ GRITAN LAS PERSONAS?**

Un día Meher Baba preguntó a sus mandalíes lo siguiente:

¿Por qué la gente se grita cuando están enojados?

Los hombres pensaron unos momentos:

- Porque perdemos la calma, dijo uno.
- Por eso gritamos, dijo otro.

Pero, ¿por qué gritar cuando la otra persona está a tu lado?, preguntó Baba. ¿No es posible hablarle en voz baja? ¿Por qué gritas a una persona cuando estás enojado?

Los hombres dieron algunas otras respuestas pero ninguna de ellas satisfacía a Baba. Finalmente él explicó:

Cuando dos personas están enojadas, sus corazones se alejan mucho. Para cubrir esa distancia deben gritar, para poder escucharse. Mientras más enojados estén, más fuerte tendrán que gritar para escucharse uno a otro a través de esa gran distancia.

Luego Baba preguntó:

¿Qué sucede cuando dos personas se enamoran? Ellos no se gritan sino que se hablan suavemente, ¿por qué? Porque sus corazones están muy cerca. La distancia entre ellos es muy pequeña.

Baba continuó:

Cuando se enamoran más aún, ¿qué sucede? No hablan, sólo susurran y se vuelven aun más cerca en su amor. Finalmente no necesitan siquiera susurrar, sólo se miran y eso es todo. Así es cuando están cerca dos personas que se aman.

Luego Baba dijo:

Cuando discutan no dejen que sus corazones se alejen, no digan palabras que los distancien más, llegará un día en que la distancia sea tanta que no encontrarán más el camino de regreso.

Autor: Meher Baba.

Fuente: <http://www.librosdeluz.net/>



### **ANEXO 19: CUENTO. EL JARDÍN DEL REY**

Un rey fue hasta su jardín y descubrió que sus árboles, arbustos y flores se estaban muriendo. El Roble le dijo que se moría porque no podía ser tan alto como el Pino. Volviéndose al Pino, lo halló caído porque no podía dar uvas como la vid. Y la vid se moría porque no podía florecer como la rosa.

La rosa lloraba por no ser fuerte y sólida como el Roble. Entonces encontró una planta, un Clavel floreciendo y más fresco que nunca. El rey le preguntó: ¿Cómo es que creces tan saludable en medio de este jardín mustio y umbrío? La flor contestó: No lo sé...Quizás sea porque siempre supuse que cuando me plantaste, querías claveles. Si hubieras querido un roble, lo habrías plantado. En aquel momento me dije: "Intentaré ser clavel de la mejor manera que pueda" y heme aquí el más hermoso y bello clavel de tu jardín.

Porque somos lo que somos. Vivimos marchitándonos en nuestras propias insatisfacciones, en nuestras absurdas comparaciones con los demás: "si yo fuera..", "si yo tuviera.." siempre conjugando el futuro incierto en vez del presente concreto, empeñados en no querer ver, que la felicidad es un estado subjetivo, voluntario.

Podemos elegir hoy, estar felices con lo que somos, con lo que tenemos; o vivir amargados porque no tenemos o no puede ser. Sólo podremos florecer el día que aceptemos que somos lo que somos, que somos únicos y que nadie puede hacer lo que nosotros vinimos a hacer.

Alonso, P. (2005). *El silencio de Dios: Historias de luz y sabiduría*. Madrid:Dilema.

**ANEXO 20: LA FIESTA.****PRIMERA PARTE**




Laura y Miguel son muy amigos, hoy van a ir a una fiesta de cumpleaños de un compañero de clase, Carlos que les acaba de invitar. El cumpleaños es a las 18:00h, la madre de Miguel va a llevarlos pero se le ha estropeado el coche, entonces la madre de Miguel tiene que pedirle el coche a una amiga y llegan muy tarde al cumpleaños.

**SEGUNDA PARTE**

Cuando llegan al cumpleaños todos sus amigos y amigas están allí muy contentos y pasándolo muy bien. Carlos se acerca a ellos y le dice que se alegra que mucho que hayan venido y comienzan a divertirse con los demás amigos.

**ANEXO 21: APRENDEMOS, PAUTA 2: PANEL DE AUTOINSTRUCCIONES.**

Panel de Autoinstrucciones

1 ¿Qué es lo que tengo que hacer?	2 ¿Cómo lo voy a hacer?	3 Tengo que estar muy atento y ver todas las respuestas posibles
		
4 ¡Ya está! Creo que la solución es esta.	5 ¡Fantástico! Me ha salido bien. Soy un genio.	6 ¡Vaya! Me ha salido mal. ¿por qué? ¡Ah!, ¡es por eso! La próxima vez me saldrá mejor
		

Fuente: <http://enlaescuelacabentodos.blogspot.com>

**ANEXO 22: APRENDEMOS, PAUTA 3: ORGANIZAR EL DÍA.**

**APRENDEMOS (Pauta 3)**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_



**¡NOS ORGANIZAMOS!**

1º. Elabora una lista con lo que necesitas hacer cada día.

Lo voy a hacer cada día a las.....

Anota cuándo (a qué hora, o en qué momento) vas a empezar hacer cada tarea de la lista.

2º. Divide las tareas en pequeños grupos.

3º. Fija una fecha o una hora límite para cada tarea.

4º. Asegúrate de que las terminas.

5º. Trabaja en un lugar silencioso.

6º. No hagas varias cosas a la vez.

7º. Cuando trabajes, haz pequeños descansos.

8º. Haz ejercicio, sigue una dieta equilibrada, duerme suficientes horas.

**ANEXO 23: APRENDEMOS, PAUTA 4: ¡EMPEZANDO EL DÍA!****APRENDEMOS (Pauta 4)**

NOMBRE \_\_\_\_\_

**EMPEZANDO EL DÍA**

DÍA DE LA SEMANA (L-D)								TOTAL
ME LEVANTO DE LA CAMA CUANDO ME LLAMAN O SUENA EL DESPERTADOR								
ME VISTO EN 10 MINUTOS								
DESAYUNO EN 10 MINUTOS								
ME LAVO LOS DIENTES, LA CARA Y ME PEINO EN 10 MINUTOS								
LLEGO AL COLEGIO CON TIEMPO								

NOTA: mi Madre o mi Padre me pondrán SÍ, si lo he hecho ó NO, si no lo he hecho.

**ANEXO 24: APRENDEMOS, PAUTA 5: PREPARA LA MOCHILA DEL COLEGIO.****APRENDEMOS (Pauta 5)**

NOMBRE \_\_\_\_\_

**PREPARAR LA MOCHILA DEL COLEGIO. PASOS:**

- 1° MIRAR EL HORARIO DE MAÑANA PARA VER QUÉ ASIGNATURAS TENGO.
- 2° COGER LOS LIBROS, LIBRETAS Y ESTUCHE.
- 3° COGER LO QUE NECESITO PARA ESE DÍA: GAFAS, TIJERAS, FLAUTA, DICCIONARIO, REGLA, CARTULINA, ETC.
- 4° REVISAR QUE NO FALTE NADA.
- 5° ¡LISTO!

DÍA DE LA SEMANA (L-D)								TOTAL
LLEVO LA MOCHILA DEL COLEGIO CON TODO LO QUE NECESITO.								

NOTA: mi Madre o mi Padre me pondrán SÍ, si lo he hecho ó NO, si no lo he hecho.

**ANEXO 25: APRENDEMOS, PAUTA 6: COLABORAR EN CASA.**

APRENDEMOS (Pauta 6):

NOMBRE \_\_\_\_\_

COLABORARAMOS EN CASA

En casa voy a colaborar en: \_\_\_\_\_

DÍA DE LA SEMANA (L-D)								TOTAL
LO HE HECHO/ NO LO HE HECHO								

NOTA: mi Madre o mi Padre me pondrán SÍ, si lo he hecho ó NO, si no lo he hecho

**ANEXO 26: ASERTIVIDAD.****ESTILO PASIVO:**

**PERSONA A:** MIRA LA HORA QUE ES Y ..... NO LLEGA, VA A EMPEZAR LA PELÍCULA, ADEMÁS YA HE COMPRADO LAS ENTRADAS PARA LOS/ AS DOS, ¿QUÉ LE PASARÁ?

(MEDIA HORA DESPUÉS)

**PERSONA B:** HOLA, LO SIENTO ME HE ENTRETENIDO.

**PERSONA A:** (mirando hacia el suelo y con voz débil): NO PASA NADA.

---

**ESTILO AGRESIVO:**

**PERSONA A:** MIRA LA HORA QUE ES Y ..... NO LLEGA, VA A EMPEZAR LA PELÍCULA, ADEMÁS YA HE COMPRADO LAS ENTRADAS PARA LOS DOS, ¿QUÉ LE PASARÁ?

(MEDIA HORA DESPUÉS)

**PERSONA A:** (Gritando, no deja que el amigo/ a hable)

!!!! TÚ QUE TE CREES, QUE PASA CONTIGO, NO PIENSO VOLVER A IR CONTIGO A NINGÚN SITIO!!!!!! (y te vas...).

---

**ESTILO ASERTIVO:**

**PERSONA A:** MIRA LA HORA QUE ES Y ..... NO LLEGA, VA A EMPEZAR LA PELÍCULA, ADEMÁS YA HE COMPRADO LAS ENTRADAS PARA LOS DOS, ¿QUÉ LE PASARÁ?

(MEDIA HORA DESPUÉS)

**PERSONA B:** HOLA, LO SIENTO ME HE ENTRETENIDO.

**PERSONA A:** (mirando a los ojos, con voz firme):

ENTIENDO QUE NO HAYAS PODIDO LLEGAR ANTES, PERO ESTABA PREOCUPADO/ A Y NERVIOSO/A, LA PRÓXIMA VEZ ME GUSTARÍA QUE ME AVISARAS SI VAS A LLEGAR TARDE, ASÍ NO COMPRARÉ LAS ENTRADAS Y PODRÉ ORGANIZARME O QUEDAR CON OTRO AMIGO/A.



**ANEXO 27: APRENDEMOS, PAUTA 7: ¿CÓMO ESTUDIO?****APRENDEMOS 7: ¿CÓMO ESTUDIO?****1° ORGANIZACIÓN.**

La organización es básica y hay que tener en cuenta tanto el espacio como el tiempo. Para realizar un buen estudio, la mesa y el material de trabajo deben estar siempre ordenados y a punto.

Respecto al tiempo, es conveniente realizar un horario diario en el que quede reflejado cómo te vas a organizar cada día y cuánto tiempo le vas a dedicar a cada materia o asignatura.

**2° LECTURA COMPENSIVA.**

-Lee todo el texto antes de estudiarlo.

-Busca en el diccionario las palabras que no conozcas y apúntalas para recordarlas.

-Si no entiendes algo pregúntalo a tus profesores/as o a tus padres.

**3° SUBRAYAR.**

-Ahora que comprendes el texto, subraya lo más importante.

**4° RESUMIR.**

-Ahora elabora un resumen escrito de lo que tienes que aprender.

**5° REPASO.**

-Es muy importante repasar lo que has aprendido.

-Una manera eficaz puede ser haciendo fichas que lleven una pregunta en una cara y la respuesta en la otra. Las que falles, las pones en un montón para revisarlas.

---

APRENDEMOS 7: TÉCNICAS DE ESTUDIO							
NOMBRE:							
TAREA	L	M	X	J	V	S	D
Organización							
Lectura comprensiva							
Subrayar							
Resumir							
Repasar							

Nota: Tú padre o tú madre, pondrán SÍ, si lo has hecho o No, si no lo has hecho.



**ANEXO 28: EMPATIZANDO.****EMPATIZANDO**

Sergio y Mónica son amigos desde que eran muy pequeños. Un día Sergio estaba muy preocupado porque no sabía cómo decirle a sus padres que había suspendido un examen. por eso llamó a mónica. Mónica y Sergio quedaron en la plaza San Francisco por la tarde para hablar...

**SITUACIÓN A**

-Sergio: Mónica estoy muy agobiado.

-Mónica: ¿qué te pasa?

Sergio: he suspendido el examen de cono, estoy muy preocupado por qué no sé cómo se lo voy a decir a mis padres.

Mónica: tendrías que estudiar más, seguro que tus padres te castigan.

Sergio: estoy muy triste.

Mónica: tengo prisa, tengo que irme.! Adiós!

**SITUACIÓN B**

-Sergio: Mónica estoy muy agobiado.

-Mónica: ¿qué te pasa?

-Sergio: he suspendido el examen de cono, estoy muy preocupado por qué no sé cómo se lo voy a decir a mis padres.

-Mónica: entiendo cómo te sientes... sé que tus padres no se enfadarán porque saben que has estudiado mucho y te has esforzado, díselo cuánto antes...

-Sergio: tienes razón pero estoy muy triste.


-Mónica: es normal que estés triste porque te ha salido mal el examen, pero seguro que el próximo te saldrá mejor.

-Sergio: muchas gracias Mónica. ¡Me siento mejori

**ANEXO 28: EMPATIZANDO.****SITUACIONES C**

<b>SITUACIÓN</b>	<b>TÚ TE SIENTES</b>	<b>EL OTRO/A SE SIENTE</b>
Tú insultas a otro/a		
Tú eres insultado por otro/a		
Llamas a tu compañero/a por un mote que le disgusta		
Tu compañero/a te llama por un mote que te disgusta mucho		
Estás molestando con empujones a tu compañero/a		
Tu compañero/a te está molestando con empujones		
Cuentas a un amigo/a un secreto de otro/a		
Tu amigo/a cuenta un secreto tuyo a otro amigo/a		
Desobedeces a tu padre, madre o profesor/a.		
Tu padre, madre o profesor/a no te hace caso.		

**ANEXO 29: APRENDEMOS, PAUTA 8: ¡A COMER!**

 <b>APRENDEMOS 8: ¡A COMER TODO Y PRONTO!</b> <b>NOMBRE:</b>							
<b>DÍA</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>X</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>
<b>Desayuno todo y pronto.</b>							
<b>Me como todo y pronto.</b>							
<b>Ceno todo y pronto.</b>							

**ANEXO 30: RESOLVIENDO CONFLICTOS.****SITUACIÓN 1:**

Dos amigos se han peleado porque uno le ha hecho una broma pesada al otro.

¿Qué harías para resolverlo?

**SITUACIÓN 2:**

Ana está harta de Eduardo porque siempre le insulta y se ríe de ella.

¿qué harías para resolverlo?

**SITUACIÓN 3:**

La madre de Pablo se enfada con él todos los días porque Pablo no hace sus tareas escolares por la tarde, sólo quiere jugar y salir con sus amigos.

¿qué harías para resolverlo?

**PASOS PARA RESOLVER LOS CONFLICTOS**

1º DEFINIR EL PROBLEMA.


2º IDEAR ALTERNATIVAS.

3º. VALORAR LAS ALTERNATIVAS Y TOMAR UNA DECISIÓN.


4º. APLICAR LA SOLUCIÓN TOMADA

5º. VALORAR LOS RESULTADOS

**ANEXO 31: APRENDEMOS, PAUTA 9: ¡ASÍ MEJOR!****Primera semana:**

APRENDEMOS 9: ¡ASÍ MEJOR!							
 NOMBRE:							
DÍA	L	M	X	J	V	S	D
ESCUCHO A MI PADRE Y A MI MADRE Y HAGO TODO LO QUE ME DICEN.							
HAGO UN LISTADO CON TODAS LAS COSAS QUE TENGO QUE HACER POR LA TARDE.							
HAGO TODAS LAS TAREAS ESCOLARES.							
ESTUDIO.							
VOY A LA CAMA CUANDO ME LO DICEN.							

**Segunda semana:**

APRENDEMOS 9: ¡ASÍ MEJOR!							
 NOMBRE:							
DÍA	L	M	X	J	V	S	D
ESCUCHO A MI PADRE Y A MI MADRE Y HAGO TODO LO QUE ME DICEN.							
HAGO UN LISTADO CON TODAS LAS COSAS QUE TENGO QUE HACER POR LA TARDE.							
HAGO TODAS LAS TAREAS ESCOLARES.							
ESTUDIO.							
VOY A LA CAMA CUANDO ME LO DICEN.							





