

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Educación

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Autorregulación
Emocional y Funciones Ejecutivas

Marta Sánchez Muñoz de León

Realizado bajo la dirección de:

Dr. Juan Francisco Romero Pérez

Dra. Rocío Lavigne Cerván

Málaga, 2017



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Marta Sánchez Muñoz de León

 <http://orcid.org/0000-0002-8389-9335>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

**Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:
Autorregulación Emocional y Funciones Ejecutivas**

Marta Sánchez Muñoz de León

Realizado bajo la dirección de:

Dr. Juan Francisco Romero Pérez

Dra. Rocío Lavigne Cerván

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Universidad de Málaga



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Departamento de
Psicología Evolutiva y de la Educación

Juan Francisco Romero Pérez, Doctor en Psicología y Catedrático del área de Psicología Evolutiva y de la Educación, y Rocío Lavigne Cerván, Doctora en Ciencias de la Educación y Contratada Doctor, como Codirectores de la Tesis Doctoral “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Autorregulación Emocional y Funciones Ejecutivas”.

AUTORIZAN a su autora Marta Sánchez Muñoz de León, a su presentación y defensa, dado que reúne los requisitos estipulados en la legislación (RD 1393/2007, de 29 de octubre de 2007), para optar al título de Doctor.

La tesis presentada resulta especialmente relevante dado el conocimiento que supone en torno a la justificación teórica y el tratamiento en el área socio-emocional, para mejorar procesos y funciones del SE de sujetos de 7 a 14 años diagnosticados con TDAH. La doctoranda ha llevado a cabo una adecuada revisión bibliográfica sobre la que se fundamentan ambas partes (teórica y empírica), el análisis de los datos es pertinente y le permiten obtener resultados y conclusiones que consideramos serán de gran valor para los conocimientos científicos en el marco de la intervención multidisciplinar en Psicología Evolutiva y de la Educación.

Para que conste y surta sus efectos en el expediente correspondiente, expedimos la presente en Málaga, a 22 de junio de 2017.

Fdo. Juan Francisco Romero Pérez y Rocío Lavigne Cerván



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Agradecimientos

Ha llegado el momento de poner fin a cinco años de intenso trabajo...

Si tuviera que echar la vista atrás, podría pasar horas recapitulando imágenes de muchos de los recuerdos que quedarán almacenados en mi memoria por siempre, y que forman parte, sin duda, de una de las experiencias más enriquecedoras que he elegido vivir. Si, además, tuviera que escoger entre algunos de ellos, me quedaría con los dos momentos que supusieron el punto de partida de esta excitante aventura:

Comienzo recordando la mañana en la que, con algo más de veinte años y un sinfín de dudas, decidí acercarme al despacho de ese profesor tan serio que había despertado en mí, a la vez, un poco de “miedo” y admiración. Recuerdo una conversación que comenzó siendo algo tensa (sobre todo por lo nerviosa que estaba), pero que acabó con una propuesta de “trabajo en equipo”, de iniciar un camino que no iba a ser fácil, pero que a día de hoy ha supuesto la mejor opción que podría haber tomado... Me siento orgullosa de haber podido depositar una confianza plena en una persona que ha dirigido mi trabajo durante estos años; a la vez que admiro su profesionalidad, templanza y diligencia. Gracias, Juan, por impulsar este precioso proyecto y darme la oportunidad de crecer a pasos agigantados, en el ámbito profesional y también en el personal. Gracias por ser el “director ejecutivo” del equipo que estamos consolidando, por coordinar las funciones individuales y el trabajo colectivo que realizamos, siempre desde el respeto, la paciencia y la constancia. Y por supuesto, por ser un apoyo en los momentos arduos, por escuchar, empatizar, y tener que desempeñar ese rol de “terapeuta”, que te ha sido asignado (por todas nosotras), sin esperar nada a cambio. Echaré de menos la frase: “la tesis es como un matrimonio”, que al principio me resultaba incluso desagradable, pero que hoy entiendo a la perfección. Y por último, gracias por haberte convertido en un modelo a seguir.

El siguiente recuerdo que guardo con bastante cariño, lo protagoniza la persona que constituye el otro pilar fundamental de esta investigación. Me sorprendió encontrarme con alguien tan diferente a Juan, aunque pronto descubrí que ambos constituyen el complemento del otro, y que eso queda reflejado en la calidad de cada trabajo que llevan a cabo. Después de conocerte he llegado a la conclusión de que, para

ser un verdadero profesional en nuestro ámbito, es necesario combinar cualidades como la humildad, la fuerza y el positivismo. Gracias, Rocío, por enseñarme que lo verdaderamente importante está en el deseo de progresar, y sobre todo, de hacerlo como grupo. Gracias porque para ti lo primero es la lealtad y el empeño, y porque lo transmites a cada una de nosotras. Gracias porque, por ello, tengo la suerte de poder confiar en las personas con las que trabajo, y sentirme plenamente tranquila cada día; no te imaginas lo que supone para mí la oportunidad que me has dado y la confianza que sé que tienes en cada “pasito” que doy. Mil millones de gracias por ser como eres, por haber dirigido esta investigación durante cinco años con la mejor de tus sonrisas, y por haber “adoptado” y “moldeado” a esa niña de veinte años que comenzó con tanto miedo.

Eternamente agradecida a mis padres, porque desde que tengo uso de razón me han enseñado que no hay límites para quien decide ponerse metas, por creer que alcanzaría cada objetivo que me propusiera, y decirme tantas veces: “serás lo que quieras ser”, siempre con esa seguridad de la que, a veces, hasta he llegado a dudar. Pero sobre todo, gracias por haberme apoyado en cada una de las decisiones que he tomado, de manera incondicional. Gracias papá y mamá, porque por vosotros he aprendido la satisfacción que supone el esfuerzo personal, y que, por más difícil que parezca, la recompensa siempre llega, aunque sea a largo plazo.

Gracias a mi jefe, Juan Antonio Ruíz, por haber depositado en mí y en este trabajo de investigación, la confianza suficiente como para movilizar a todo un equipo, para implementar un proyecto en su centro y extenderlo a casi setenta familias, y por haber comprendido en todo momento mis circunstancias y haber colaborado en todo lo que he necesitado. Gracias a mi compañera, Rocío Juárez, por haberme ayudado en el proceso de búsqueda bibliográfica, instrumentos de evaluación, actividades, etc. Gracias por emplear el poco tiempo que te ha quedado libre en colaborar. Y especialmente, gracias por escucharme y aconsejarme en todos esos momentos en los que no me veía con fuerzas para seguir.

Gracias a Eduardo Elósegui, por haberme ayudado en la realización del análisis de datos. Gracias por haberme recibido en tu despacho tantas veces y haber contestado a todos mis correos llenos de dudas, con tantísima paciencia. Gracias por todas esas

explicaciones, y por aplazar otras tareas que requerían de tu atención, simplemente por ayudarme.

Mil millones de gracias a todos los terapeutas que han colaborado en la investigación; especialmente, a Marta, Ana, Elena, Alba y Marta. Ciertamente, no tengo palabras para agradecer cómo os habéis involucrado en esto, cómo habéis puesto todo vuestro empeño y cariño en que los niños y sus familias se sintieran cómodos, en que se trabajaran todas las actividades propuestas, en revisar una y otra vez que todo estuviera en orden... Gracias por la cantidad de horas dedicadas, porque a pesar del estrés y el cansancio, ni una sola vez habéis perdido de vista el objetivo que perseguíamos. Gracias por haberos ganado el cariño de los niños, la confianza de los padres, y por haberme brindado vuestra amistad. Y por supuesto, gracias por todos esos “encierros” que hemos tenido que hacer cada fin de semana, sin descanso. Me siento muy orgullosa de poder contar con un equipo de profesionales como este. Sin vosotras, todo esto no habría sido posible. Gracias Elena, por la cantidad de horas que has empleado en ayudarme a revisar bibliografía y maquetación, y sobretodo, gracias por haberlo hecho con tanta paciencia y empeño. Por último, gracias Sara, por tu ayuda incondicional, por haber sacado todo esto adelante a pesar de hacerlo desde la distancia, por ejercer el rol de compañera y amiga a la perfección, y porque tu fuerza y tu vitalidad han constituido un empuje para mí cuando más cansada estaba. Gracias a ti y a Tania, por todo.

Gracias a mis amigas, especialmente a Eva, Leyre, Ángela y Saray, porque cuando me he visto desbordada no han dudado en prestarme su ayuda en todas las tareas relacionadas con el programa de intervención (a pesar de que su formación no estuviera relacionada con las actividades realizadas). Gracias a ellas y todas las demás, porque durante cinco años han comprendido mis “ausencias”, han escuchado mis preocupaciones (una y otra vez), e incluso han soportado algún que otro llanto. Gracias por haber confiado en mí, e incluso por llegar a “odiar” la palabra tesis. Gracias por ser como sois.

Gracias Eva, por haberle dado vida a “Ale y Afri”, porque se han convertido en un referente para todos los niños que han participado en la intervención, y porque, para la mayoría de ellos, también en un modelo, un rayito de luz para solventar sus dificultades. Gracias de corazón.

Finalmente, gracias a todas las familias y niños que han participado en este proyecto. Gracias por tomarse tan en serio cada una de las pautas que les hemos dado, por haber sido flexibles y haberse adaptado a las necesidades del momento, y por disfrutar de cada actividad propuesta. Creo que este proyecto constituye, además de una aportación a la ciencia, una oportunidad para aumentar el bienestar de las personas que padecen TDAH y sus familias, especialmente, cuando la colaboración por parte de los mismos se da en esta medida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN GENERAL	1
PARTE TEÓRICA	
CAPÍTULO 1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: CONCEPTO, CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL TRASTORNO Y MODELOS EXPLICATIVOS	5
1.-TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS	5
1.1.-Evolución del Término	7
1.2.- Etiología	9
1.2.1.- Explicación Genética	9
1.2.2 - Explicación Neuroanatómica y Funcional	11
1.2.3.- Explicación Neuroquímica	13
1.2.4.- Explicaciones Psicológicas	16
1.2.4.1.- Modelos de Déficit Único	17
1.2.4.1.1.- Modelo de Autorregulación y de Funciones Ejecutivas de R. A. Barkley	17
1.2.4.1.2.- Modelo de Regulación del Estado de Sergeant	19
1.2.4.1.3.- Modelo de Aversión a la Demora de Sonuga-Barke	21
1.2.4.2.- Modelos de Déficit Múltiple	22
1.2.4.2.1. Modelo Cognitivo de Déficit en el Sistema Ejecutivo que regula las Funciones Ejecutivas de Lavigne y Romero	22
1.2.4.2.2. Modelo Cognitivo/Energético de	

Sergeant	27
1.2.4.2.3. Modelo Dual de Sonuga/Barke	28

CAPÍTULO 2: EMOCIONES, SOCIALIZACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES	31
2.1.- Emociones	32
2.2.- Cerebro Emocional	34
2.3.- Desarrollo de las Emociones y de la Regulación Emocional	37
2.3.1.- Regulación Emocional	37
2.4.- Proceso de Socialización	39
2.5.- Habilidades Sociales	44

CAPÍTULO 3: TDAH Y ADAPTACIÓN SOCIOEMOCIONAL	49
3.1.- Problemas de Interacción Social en el TDAH	52
3.2.- Propuestas Teóricas para justificar Déficit Emocionales y Sociales en el TDAH	55
3.2.1.- Déficit en Cognición Social, Procesamiento De Información Social, Teoría de la Mente y Procesamiento Emocional en el TDAH	56
3.2.2.- Alteraciones neuroanatómicas y biológicas en el procesamiento emocional del TDAH	61

CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE UNA CONCEPCIÓN INTEGRADORA COGNITIVO-EMOCIONAL EN EL TDAH	67
4.1.- Sistema Ejecutivo	88

4.1.1.- Componentes Estructurales/Anatómicos	91
4.1.2.- Componentes Psicológicos (Cognitivos y Motivacionales) y Emocionales	97
CAPÍTULO 5. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA	109
5.1.-Proceso de Evaluación	110
5.2.- Proceso de Tratamiento	118
5.2.1.- Tratamiento Farmacológico	119
5.2.2.- Tratamiento Psicoeducativo	123
a) Cognitivo	124
b) Cognitivo-conductual	127
c) Cognitivo-conductual (multicomponente)	127
d) Psicosocial	135
PARTE EMPÍRICA	
CAPÍTULO 6: EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	145
6.1.- Justificación del Estudio	145
6.2.- Objetivos de la Investigación	145
6.2.1. Objetivos Generales	145
6.2.2. Objetivos Específicos	146
6.3. Hipótesis	151
6.4. Variables	185
6.5. Método	189
6.5.1. Diseño	189
6.5.2. Descripción de la muestra	190
6.5.3. Instrumentos de medida	203

6.5.3.1. Escalas de Valoración Psicométrica y Cuestionarios	211
6.5.3.2. Sesión de Evaluación del Programa ESC	231
6.5.3.3. Sesiones de Evaluación Intermedia Del Programa ESC	241
6.5.3.4. Valoración de padres y terapeutas del Programa ESC	249
6.5.4. Procedimiento	253
6.5.4.1. Fase Pretest	254
6.5.4.2. Fase Intervención	261
6.5.4.3. Fase Postest	286
CAPÍTULO 7: ANÁLISIS DE DATOS, RESULTADOS Y DISCUSIÓN	289
7.1.- Tratamiento y Análisis de los Datos	289
7.1.1. Diferencias entre medias para los distintos grupos, de acuerdo a los resultados obtenidos en la fase pretest-postest, de acuerdo con la condición empírica, rango de edad y comparación con grupo control, para las variables del grupo 1	303
7.1.2. Diferencias entre medias para los distintos grupos, de acuerdo a los resultados obtenidos en la fase pretest-postest, de acuerdo con la condición empírica, rango de edad y comparación con grupo control, para las variables del grupo 2	355
7.1.3. Diferencias entre medias para los distintos grupos, de acuerdo a los resultados obtenidos en la fase pretest-postest, de acuerdo con la condición empírica, rango de edad y comparación con grupo control, para las variables del grupo 3	379

7.1.4. Diferencias entre medias para los distintos grupos, de acuerdo a los resultados obtenidos en la fase pretest-posttest, de acuerdo con la condición empírica, rango de edad y comparación con grupo control, para las variables del grupo 4	397
7.1.5. Resumen de los Resultados	445
7.2.- Discusión	475
7.2.1. Resultados que muestran mejoras en las variables de los cuatro grupos, después de llevar a cabo el Programa ESC, así como entre grupo de tratamiento vs grupo control	477
7.2.2. Variables que obtienen puntuaciones inferiores en los cuatro grupos, después de llevar a cabo el Programa ESC, entre grupo de tratamiento vs grupo control, condición experimental y rango de edad	493
7.2.3. Resultados hallados en función de la condición experimental para las variables de los cuatro grupos	501
7.2.4. Resultados hallados en función del rango de edad para las variables de los cuatro grupos	504
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES	509
CAPÍTULO 9: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	525



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

El informe que a continuación se presenta pretende profundizar en el estudio de uno de los trastornos del desarrollo neuropsicológico que en la actualidad afecta a más niños y adolescentes, se estima una prevalencia de en torno al 5%, según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013); y en el que coexisten diversos síntomas que van a ocasionar a la persona que lo padece serias dificultades para poder adaptarse de forma óptima a los contextos en los cuales se ve inmersos. Dicho trastorno se caracteriza por un patrón persistente de hiperactividad/impulsividad y/o inatención superior a lo esperado de acuerdo con el nivel de desarrollo del individuo, apareciendo antes de los doce años y alterando el funcionamiento normalizado del sujeto a nivel académico, familiar y social (Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010; Miranda, 2000, 2004; Pérez, 2009; Servera, 2005).

El problema del que se parte para llevar a cabo nuestro estudio gira en torno a la escasa cantidad de investigaciones que existen con el objetivo de analizar los déficit que van más allá de estos tres síntomas categoriales y que se producen a nivel social y emocional en los sujetos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; especialmente en comparación con el robusto cuerpo de estudios que se han llevado a cabo para profundizar en el origen y desarrollo de las alteraciones de corte cognitivo y conductual, así como en las diferentes opciones que se ocupan de su diagnóstico y tratamiento.

Estas alteraciones se traducen en un patrón inadecuado de interacción social, que suele ser reconocido por las propias personas con TDAH, sus familias y educadores como: “tener pocos amigos y no mantenerlos a lo largo del tiempo”, “ser molestos con los demás”, “hablar demasiado y no respetar los turnos verbales”, “tener ataques de ira”, “sentirse solo y excluido de los juegos y/o reuniones sociales”, “manifestar problemas para reconocer pistas sociales, así como

emociones y pensamientos ajenos”, etc. Todas estas dificultades, generalmente, producen rechazo por parte de sus iguales y dan lugar a un mayor riesgo de sufrir desajustes emocionales y afectivos, no solo en la infancia sino también en la adolescencia y edad adulta. Por ello, resulta de suma importancia crear propuestas de intervención que sean confeccionadas con el objetivo de paliar dichos problemas.

Por tanto, la tesis que a continuación se presenta, surge con dos objetivos fundamentales:

- a) En primer lugar, con el de proporcionar un modelo de comprensión y explicación del TDAH que, además de abordar los déficit de origen cognitivo y conductual, atienda al papel que las emociones desempeñan en el comportamiento de las personas que padecen el trastorno, cómo influyen en su desarrollo y dominio social, así como qué relación establecen con el resto de procesos neuropsicológicos implicados. Para ello, se llevará a cabo en la Parte Primera del estudio (capítulos 1º, 2º, 3º, 4º y 5º), una revisión del concepto, las características y los modelos explicativos más extendidos en torno al origen y desarrollo del trastorno, particularmente en relación con sus dificultades emocionales y sociales, de tal modo que:
 - i. A lo largo del capítulo uno se revisa la conceptualización del trastorno y su evolución, así como diversos modelos explicativos de déficit único y múltiple.
 - ii. En el capítulo dos, se revisan conceptos relacionados con las emociones y la autorregulación emocional, así como las bases neuro-anatómicas implicadas en su procesamiento; se analizan modelos teóricos en torno al procesamiento de información social y

- a las habilidades sociales.
- iii. En el capítulo tres, tratamos de esclarecer cuáles son los déficit socio-emocionales y socio-comunicativos que más gravedad suponen para el desempeño de los sujetos con TDAH, así como algunas propuestas en torno al origen de dichas alteraciones.
 - iv. En el capítulo cuatro, y basándonos en la revisión realizada anteriormente, desarrollamos una propuesta de concepción integradora cognitivo-emocional en el TDAH.
 - v. En el capítulo cinco, revisamos opciones para llevar a cabo su evaluación y tratamiento.

b) En la Segunda Parte (capítulos 6º, 7º y 8º), se exponen los resultados de la investigación llevada a cabo con una amplia muestra de personas con TDAH y sus familias, con el objeto de comprobar y analizar los beneficios de una intervención específica Emocional, Social y Cognitiva; diseñada para potenciar procesos emocionales de identificación, expresión y regulación emocional, y consecuentemente: reducir problemas emocionales, mejorar sus habilidades socio-comunicativas y pragmáticas, potenciar sus habilidades mentalistas, sociales y de resolución de conflictos. Además, se analiza la relación que otras variables pueden tener sobre dichas competencias: como la edad de los participantes y el tipo de tratamiento recibido; así como se comparan dichos resultados con los de un grupo control. Para poder llevar a cabo este tratamiento psicoeducativo, se ha elaborado y aplicado un Programa de Intervención Emocional, Social y Cognitivo, destinado a niños con TDAH de edades comprendidas entre los 7 y los 14 años, y a sus padres.

Pretendemos que este estudio, y en concreto nuestra propuesta teórica, aporten una visión más amplia del trastorno desde un enfoque que atienda (además de a factores cognitivos), a variables emocionales y sociales, que sirva de ayuda a clínicos e investigadores en el conocimiento de pautas para su diagnóstico, y especialmente, para el tratamiento socio-emocional de los niños y niñas con TDAH. Además, esperamos que proporcione directrices a sus familias, maestros y profesores, para comprender y atender mejor sus necesidades. En definitiva, creemos que este tipo de programas pueden constituir una oportunidad para mejorar el bienestar emocional y psicológico de las personas con TDAH, y que se empleen como herramientas básicas para prevenir la aparición de problemas asociados a lo largo de la adolescencia y la vida adulta.

I. PARTE TEÓRICA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

CAPÍTULO 1.- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: CONCEPTO, CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL TRASTORNO Y MODELOS EXPLICATIVOS.

A lo largo del primer capítulo del presente trabajo, se realiza una revisión en torno al término TDAH, sus características, evolución y diferentes propuestas etiológicas, prestando especial atención a las explicaciones psicológicas de corte cognitivo (por haber sido las más tratadas hasta la actualidad por los investigadores), divididas en dos grupos:

1. Modelos de Déficit Único.
2. Modelos de Déficit Múltiple.

1.- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH, en lo sucesivo), constituye uno de los trastornos del neurodesarrollo que con mayor frecuencia aparece en la infancia. Se estima una prevalencia de en torno al 5%, según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). De acuerdo con los criterios de dicho manual, el TDAH se caracteriza por un patrón persistente de hiperactividad/impulsividad y/o inatención (superior a lo esperado de acuerdo con el nivel de desarrollo del individuo), que viene manifestándose durante, al menos, los últimos seis meses en dos o más contextos y apareciendo antes de los doce años, alterando el funcionamiento normalizado del sujeto que lo padece.

Se trata de un síndrome severo que da lugar a déficit en el control ejecutivo del comportamiento, y, consecuentemente, en las funciones ejecutivas, implicadas de manera directa en la adaptación académica,

familiar y social del sujeto (Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010; Pérez, 2009; Servera, 2005).

Suele tener continuidad en la edad adulta en más de la mitad de los casos (Loro, García, Miernau y Quintero, 2015), de ahí la importancia de su diagnóstico temprano y de llevar a cabo una intervención continuada y dirigida tanto al sujeto en cuestión como a las personas que le rodean (padres y profesores, principalmente).

A pesar de que cada vez se conoce más sobre la base neurológica y genética del trastorno, en la actualidad el diagnóstico tiene un carácter principalmente clínico. Por ello, se necesita llevar a cabo la recopilación de información a través de una entrevista al paciente y/o su familia, con el objeto de construir la historia clínica y anamnesis (donde se recoja, además de la información aportada por el examen físico y neurológico, datos en relación a antecedentes personales y familiares, así como a los síntomas que han venido manifestándose en los últimos años). Dicha historia será completada con los resultados recopilados a través de pruebas estandarizadas pasadas al propio sujeto, junto con la aportada en los cuestionarios dirigidos a padres y profesores.

En la literatura que existe en torno al trastorno es posible encontrar un amplio abanico de propuestas que tratan de justificar sus causas -a nivel neuroanatómico, genético, neuroquímico y psicológico-, pero aún no se ha establecido un modelo universalmente aceptado para explicar el origen del mismo, así como existen discrepancias en relación a las directrices que los profesionales deben seguir para llevar a cabo su diagnóstico e intervención.

Dicho trastorno suele cursar con manifestaciones de otras alteraciones (Brown, 2003; Díez, Figueroa, Gamazo, Soutullo, 2006; Loro et al., 2015). El término médico empleado para justificar tal concurrencia de alteraciones es “comorbilidad” (aludiendo a la superposición de dos o más trastornos en el mismo momento de la vida del paciente, que provienen de un tronco original común). Las tasas de

comorbilidad que se han hallado con respecto al TDAH son bastante elevadas, a la vez que variables. Algunas investigaciones afirman que en torno al 50% de los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH presentan, al menos, otro trastorno psiquiátrico (Loro et al., 2015). Este hecho supone una mayor gravedad clínica, empeora su pronóstico y hace que el proceso de evaluación y tratamiento resulten más complejos. Otras investigaciones también apoyan que el diagnóstico exclusivo de TDAH (“puro”), resulta infrecuente, estimando una probable comorbilidad en más del 60% de los casos (Díez et al., 2006).

1.1.- EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO

En 1902, el pediatra George Still llevó a cabo la primera aproximación a la definición de lo que hoy llamamos TDAH, al realizar una descripción de un cuadro clínico que en ese momento se conoció como trastorno hiperactivo después de presentar veinte casos de niños con hiperactividad, dificultad para sostener la atención, poca respuesta al castigo, reacciones violentas y agresividad (Rebollo y Montiel, 2006). En los años siguientes, se profundizó sobre el estudio de tal cuadro clínico, considerando la hiperactividad como el síntoma dominante (en un primer momento, se le identificaba como trastorno que provocaba dificultades de adaptación social y que generalmente se presentaba en hombres jóvenes). En torno a los años 70 del siglo XX se le categoriza oficialmente como patología, y a partir de entonces, el número de niños diagnosticados con este trastorno se ve cada vez más incrementado (Lavigne y Romero, 2010; Pérez, 2009; Servera, 2005).

Durante la década de los 80 del pasado siglo, en América del Norte, volvió a surgir un interés por su estudio pasando a denominarse “trastorno por déficit de atención” y cambiando la hipótesis que trataba de justificar el origen del mismo. Fue en 1980, con la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), cuando oficialmente el déficit atencional pasó a considerarse el síntoma principal del trastorno (antes de su publicación, el síndrome se conocía como “reacción hiperactiva de la infancia”), y se distinguieron los criterios para su

diagnóstico atendiendo a los subtipos con y sin hiperactividad (Brown, 2003). En aquel momento, se atribuía la hiperactividad a una disfunción neurológica, mientras que el déficit atencional se consideraba el resultado de deficiencias afectivas (Rebollo y Montiel, 2006).

Esta denominación volvió a modificarse en 1987, con la reedición del manual: DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), debido al creciente número de investigaciones que en aquel momento ya corroboraban la existencia de un subtipo que sí presentaba rasgos de hiperactividad e impulsividad (coincidiendo con diversas publicaciones de Barkley, que atribuía el trastorno a una alteración de las funciones ejecutivas y apoyaba la inclusión del criterio diagnóstico “impulsividad” como uno de los elementos de la tríada actual), se adopta la nomenclatura “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, clasificado como un trastorno de la conducta perturbadora. Más adelante, con la publicación del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), reconoció el subtipo “con predominio de déficit de atención”, aunque el diagnóstico oficial continuó siendo “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. En su versión revisada, DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), el trastorno se sitúa en el apartado de trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia; dentro del grupo “Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador”, junto con el “Trastorno Disocial”, “Trastorno Negativista Desafiante” y “Trastorno del Comportamiento Perturbador no Especificado”, planteando la existencia de cuatro subtipos:

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo Combinado (si cumple criterios de déficit de atención y de hiperactividad/impulsividad durante los últimos seis meses).
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con Predominio de Déficit de Atención (cumple criterios de déficit de atención, pero no de hiperactividad/impulsividad durante los últimos seis meses).

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con Predominio de Hiperactivo-Impulsivo (cumple criterios de hiperactividad/impulsividad, pero no de déficit de atención durante los últimos seis meses).
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no Especificado: Incluye síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios anteriormente mencionados.

En cuanto a déficit sociales y emocionales, hasta ahora los manuales diagnósticos apenas aluden a síntomas relacionados con ambos; sin embargo, los trabajos de Barkley (1997) o Conners (1995); fueron los primeros en hacer alusión a las dificultades que estos individuos experimentaban en la modulación del afecto y la emoción (entendiéndola como una función ejecutiva que se ve alterada debido al propio trastorno). Desde entonces, cada vez son más los estudios que han documentado las dificultades interpersonales y la baja competencia social que presentan los niños diagnosticados con el trastorno (Pardos, Fernández y Martín, 2009).

1.2.- ETIOLOGÍA

Desde que en torno al año 1970 dicho trastorno comenzara a cobrar interés por parte de los investigadores, así como gracias al desarrollo de la neurociencia, el número de publicaciones en torno a las bases genéticas, neuroanatómicas, neuropsicológicas y bioquímicas del trastorno ha ido creciendo hasta convertirse en un trastorno ampliamente estudiado y documentado, que además genera controversia y disenso en torno a su definición y a las directrices para su diagnóstico y tratamiento (Ferrando, 2006; Acosta, 2007); Albert et al., 2016). A continuación, se agrupan algunas de las propuestas que explican los déficit del mismo:

1.2.1.- EXPLICACIÓN GENÉTICA

Los estudios comparativos con gemelos monocigóticos y dicigóticos, así como los que se han realizado en familias con hijos

adoptados, han mostrado la existencia de una alta heredabilidad en el trastorno, la cual se encuentra modulada no solo por el efecto de dichos genes, sino por su interacción con el ambiente (Ferrando, 2006; Artigas, 2011). Los padres de hijos con TDAH presentan un riesgo entre dos y ocho veces mayor de padecer el trastorno cuando se comparan con controles normales (Mulas, Mattos, de la Osa y Gandía, 2007), encontrándose un riesgo similar en los hermanos de los niños con TDAH (Faraone et al., 2000).

Los genes estudiados con más frecuencia se encuentran dentro del sistema catecolaminérgico, especialmente el receptor 4 de dopamina (DRD4), y el gen transportador de dopamina (DAT), éste fue uno de los primeros genes relacionados con el TDAH. Además, se citan otros genes implicados como el receptor 5 de dopamina (DRD5), el receptor 2 de dopamina, la dopamina B-hidroxilasa (DBH), la tiroxina hidroxilasa (TH), o la monoamino oxidasa, entre otras (Mulas et al., 2007; Lavigne, 2009; Artigas, 2011). Con respecto al sistema noradrenérgico se encuentran: los receptores ADRA2A (α 2A-adrenérgico), ADRA2C (α 2C-adrenérgico), ADRA1C (α 1C-adrenérgico), y el transportador norepinefrina. En el sistema serotoninérgico se encuentran los receptores de serotonina HTR1B y HTR2A, el transportador de serotonina y la triptófano hidroxilasa (Acosta, 2007; Mulas et al., 2007).

La expresión de dichos genes se encuentra modulada por la interacción genético-ambiental (epigenética), que viene marcada por factores prenatales (consumo de tabaco o alcohol durante la gestación, por ejemplo) y perinatales (hemorragia perinatal, accidente vascular, convulsiones, etc.).

Debido a la cantidad de estudios que se han llevado a cabo, así como a las controversias que existen en torno al trastorno, algunos autores han tratado de esclarecer modelos de endofenotipos que aporten una mayor comprensión del mismo. Castellanos y Tannock (2002), valorando la combinación de factores etiológicos (genes receptores y transportadores de dopamina, factores ambientales y relacionados con la interacción

gen/ambiente, así como bases neurobiológicas –disfunción del circuito frontoestriado, disfunción de catecolaminas, hipoplasia de vermis cerebeloso, lesiones del estriado, ritmos lentos en el trazado electroencefalográfico y disfunciones del hipocampo-), establecieron la existencia de tres modelos de endofenotipos: (i) incapacidad para inhibir respuestas (que se manifiesta, consecuentemente, con síntomas de hiperactividad); (ii) déficit en el procesamiento temporal (problemas con la estimación del tiempo, organización y rapidez de respuesta y déficit en la conciencia fonológica); así como (iii) déficit en la memoria de trabajo (alteraciones en las funciones ejecutivas y en la atención selectiva, sostenida y dividida).

1.2.2.- EXPLICACIÓN NEUROANATÓMICA Y FUNCIONAL

A nivel anatómico, se encuentran diferencias estructurales cuando se llevan a cabo estudios que comparan el cerebro de niños con TDAH con el de niños normotípicos. Diversas investigaciones realizadas con técnicas de neuroimagen (resonancia magnética funcional (RMF), tomografía por emisión de positrones (PET) o tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) apoyan la existencia de alteraciones en el volumen de regiones cerebrales -sobre todo en el cuerpo caloso, núcleo caudado y córtex frontal-, así como en las conexiones que se dan entre unas y otras (Artigas, 2011, Albert et al., 2015):

Castellanos et al. (2001); Castellanos et al. (2002), encontraron anomalías estructurales en sujetos con TDAH (un menor volumen total cerebral), que permanecían alteradas a lo largo del tiempo, lo que parecía justificar factores genéticos en el origen del trastorno, ya que no habían resultado modificados por la influencia del entorno ni por la toma de medicación, tanto en varones como en mujeres.

Muchas de las investigaciones realizadas encuentran alteraciones tanto en la estructura como en la función de regiones cerebrales corticales y subcorticales que se consideran implicadas en el trastorno

(Albert et al., 2015). El estudio realizado por Casey et al. (1997), fue uno de los primeros en analizar la relación entre estructuras cerebrales y funciones psicológicas, encontrando correlación entre el rendimiento en tareas que implicaban procesos atencionales y ejecutivos, con el volumen de regiones frontoestriadas.

En síntesis, los hallazgos encontrados en diferentes investigaciones apuntan a alteraciones neuroanatómicas y funcionales en las siguientes áreas, así como en sus conexiones (Castellanos, Giedd, Marsh y Hamburger, 1996; Cortese et al., 2012; Albert et al., 2015):

a. Menor volumen cerebral en Áreas Frontales (sobretudo Lóbulo Frontal Derecho), Ganglios Basales (especialmente el Cuerpo Estriado) y Amígdala. Áreas Ventrales de la Corteza Prefrontal, Estriado y Amígdala se encuentran implicados en la motivación y emoción.

- Circuito Frontoestriado (conecta Áreas de la Corteza Prefrontal, Caudado y Globo Pálido –se encuentran implicados en procesos ejecutivos-).

b. Menor volumen cerebral en Áreas Frontales y Parietales -se encuentran implicadas, entre otros, en procesos atencionales y ejecutivos-.

- Circuito Frontoparietal (conecta Áreas del Córtez Frontal y Prefrontal, Cingulado Anterior, Cerebelo, Ínsula y Lóbulo Parietal).

c. Menor volumen cerebral de Hemisferios Cerebelosos – especialmente en zonas postero-inferiores del vermis, implicado en procesamiento temporal, entre otros-.

- Circuito Frontocerebeloso (conecta Áreas del Córtez Prefrontal Dorsal, Núcleo Dentado y Tálamo).

Gracias a estas investigaciones, se ha puesto de manifiesto que el TDAH constituye la manifestación de una disfunción del proceso de maduración del lóbulo prefrontal y sus conexiones con estructuras subcorticales que pasan por la corteza cingulada y llegan al cerebelo

(Mulas et al., 2007).

1.2.3.- EXPLICACIÓN NEUROQUÍMICA

Una de las teorías neurobiológicas con más peso en el estudio del TDAH apoya que existe una alteración en la neurotransmisión, que se produce debido a una disfunción en los impulsos nerviosos en circuitos frontoestriados mediados por la dopamina y la noradrenalina que tiene como consecuencia la desregulación de la corteza frontal y los circuitos subcorticales modulados por la misma (Artigas, 2004; Mulas, Díaz y Fossberg 2006).

Los fármacos que se emplean en el tratamiento del TDAH actúan sobre los terminales monoaminérgicos, alterando los mecanismos normales de producción y liberación de las monoaminas (dopamina, noradrenalina y serotonina), con el fin de optimizar la función alterada (Díez, 2002). Ya desde los años noventa, cuando se llevó a cabo el estudio MTA (Estudio Multimodal de Tratamiento en niños con TDAH), diseñado para analizar las diferentes opciones de tratamiento disponibles en ese momento; pudo observarse que aquellos grupos en los que administraron fármacos, así como en los que se combinó con terapia cognitivo-conductual, se produjo una reducción significativa de los síntomas categoriales del trastorno (The MTA Cooperative Group, 1999).

Se sugiere, por tanto, que el trastorno se debe a una inmadurez en los sistemas de neurotransmisión. Solanto (2000), establece diversos modelos que explican la neuroquímica del trastorno:

- **Modelo Dopaminérgico**: La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio derivado de la tirosina. Se encuentra en los ganglios basales y el cuerpo estriado y modula funciones cerebrales como: procesos psicológicos y funciones del Sistema Ejecutivo, sistemas de refuerzo o control motor (todos ellos se encuentran implicados en el TDAH). Existe una alteración en el gen (DAT), de los receptores o transportadores de la dopamina y, como consecuencia, se generan receptores menos sensibles a ella o transportadores hipereficaces que la absorben rápidamente, sin dejarle

tiempo para adherirse a los receptores dopaminérgicos de la neurona vecina. La disfunción en el proceso de transmisión de la dopamina en las personas con TDAH se manifiesta a través de los déficit que presentan en la capacidad de inhibición conductual y de autocontrol (Barkley, 2006, Lavigne, 2009).

Las vías dopaminérgicas más relacionadas con el trastorno son:

- Vía nigroestriada: se proyecta desde la sustancia negra a los ganglios basales. Influye en el control del movimiento, la hiperactividad se vincula a la disfunción de esta vía.
- Vía mesolímbica: une el área tegmental con el núcleo accumbens, forma parte del sistema límbico y se encuentra involucrada en conductas como las sensaciones placenteras. La necesidad de manifestación inmediata propia del trastorno o la tendencia a la adicción a drogas se relacionan con su disfunción.
- Vía mesocortical: une el área tegmental con la corteza parietal, temporal y prefrontal. Sus neuronas se encuentran involucradas en funciones como la inhibición, control motor, atención y memoria de trabajo (Papazian, Alfonso y Luzondo, 2006).
- **Modelo Noradrenérgico:** La noradrenalina es otro neurotransmisor implicado en la activación de vías prefrontales, y se le atribuyen funciones cerebrales como la capacidad de focalizar y mantener la atención, mediar la energía, la fatiga, la motivación y el interés (Artigas, 2004). En las personas con TDAH parece existir una alteración en la producción de dicho neurotransmisor, puesto que los niveles de noradrenalina en el córtex frontal parecen estar

disminuidos, lo que da lugar a déficit atencionales y en Funciones Ejecutivas (Lavigne, 2009).

El conocimiento de vías noradrenérgicas puede ayudarnos a comprender algunos de los síntomas del TDAH:

- Vía del locus coeruleus al córtex frontal: responsable de la regulación del estado del ánimo.
- Otras proyecciones del locus coeruleus al córtex frontal: se relacionan con procesos psicológicos como la atención, concentración, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento de la información.
- Proyecciones del locus coeruleus al córtex límbico: afectan a emociones, energía, fatiga, agitación motora y capacidad cognitiva.
- Proyección del locus coeruleus al cerebelo: se relaciona con ciertos movimientos.

El conocimiento de las alteraciones neuroquímicas permite el abordaje del tratamiento farmacológico de manera exitosa. Los psicoestimulantes, como el metilfenidato (es el fármaco más utilizado en el tratamiento de las personas con TDAH), actúan bloqueando los transportes que retornan las monoaminas del terminal presináptico, dando lugar a un aumento extracelular de las mismas. El fármaco bloquea el transporte de manera eficaz, especialmente con el transportador dopamina (Díez, 2002), lo que reduce significativamente los síntomas nucleares y mejora el proceso de adaptación familiar, académico, laboral y social de estas personas. Sin embargo, tal y como apoyan diversas fuentes de investigación, es importante resaltar que el enfoque correcto del tratamiento debe ser multidisciplinar (que dé cabida a la atención psicológica, psicoeducativa y dirigida a la familia).

1.2.4.- EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS

En la actualidad, existen bastantes propuestas que recogen los elementos implicados en el TDAH: causas, características, y orientaciones que sustentan la base de su diagnóstico e intervención. Sin embargo, no todas estas propuestas atienden de forma global a los déficit o manifestaciones que se dan en el síndrome, sino que la mayoría tiende a focalizar su objeto de estudio en aspectos de corte cognitivo-conductual, principalmente. A lo largo de este apartado, se va a llevar a cabo un análisis de algunos de estos modelos cognitivos ya que son los más estudiados hasta la actualidad.

Empezaremos nuestra revisión por los **modelos de déficit único**, que parten de la base de que: un mal funcionamiento en un elemento cognitivo básico puede constituir una explicación para las deficiencias centrales que se dan en personas diagnosticadas con TDAH - hiperactividad, impulsividad, déficit de atención-; además, los síntomas secundarios también son explicados como consecuencia de la baja eficiencia del elemento cognitivo considerado.

De estos modelos, se han seleccionado el Modelo de Autorregulación y Funciones Ejecutivas de R. A. Barkley; el Modelo de Regulación del Estado de Sergeant y el Modelo de Aversión a la Demora propuesto por Sonuga-Barke. Sin embargo, consideramos que estos modelos no resultan suficientes (estudiados de manera aislada), para explicar el origen y las causas del trastorno.

Por ello, a continuación, se llevará a cabo la revisión de los **modelos duales o de déficit múltiple**. Estas propuestas apoyan que: deben darse diversas alteraciones a nivel cognitivo, sin ser suficiente un único déficit, para poder explicar todas las manifestaciones del trastorno (Artigas, 2009). De entre ellos, se han elegido: el Modelo Cognitivo de Déficit en el Sistema Ejecutivo que regula las Funciones Ejecutivas propuesto por Lavigne y Romero; el Modelo Cognitivo Energético propuesto por Sergeant y el Modelo Dual de Sonuga-Barke. Los modelos

citados han sido elegidos porque consideramos que reúnen elementos suficientes para justificar las causas y manifestaciones del trastorno.

1.2.4.1.- MODELOS DE DÉFICIT ÚNICO

1.2.4.1.1. Modelo de Autorregulación y de Funciones Ejecutivas de R. A. Barkley

El Modelo Híbrido de Autorregulación y de Funciones Ejecutivas surge a finales de la década de los ochenta, impulsado por Russel A. Barkley (Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010; Pérez, 2009; Servera, 2005).

Barkley afirma que en el sujeto con TDAH existen unos niveles inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad; que suelen tener un desarrollo crónico (aparecen en la primera infancia y se mantienen hasta la vida adulta); y que no pueden explicarse por cualquier otro déficit neurológico, sensorial, motor o del lenguaje. Además, propone que el núcleo del trastorno se encuentra en el déficit que estos individuos presentan para inhibir su conducta (Barkley, 2006); es decir, la capacidad de responder, o de no hacerlo si no es necesario, a los acontecimientos del entorno, con el fin de alterar a largo plazo las consecuencias de dicha respuesta. La inhibición conductual implica la aparición de tres tipos de capacidad, según la situación lo demande: inhibir respuestas antes de ponerlas en marcha, detener respuestas ya iniciadas (ambas forman parte del proceso auto-regulatorio), o controlar interferencias (resistencia a la distracción). Tal inhibición va a dar paso al funcionamiento y puesta en práctica de lo que el autor denomina como Funciones Ejecutivas, para este autor, entendidas como: acciones auto-dirigidas que son representadas internamente por el individuo, aportándole información y ayudándole a autorregularse (estas funciones, a su vez, pueden influir sobre el control motor).

Tales Funciones Ejecutivas son clasificadas y definidas por el autor como se muestra a continuación (Barkley, 2006; Servera, 2005):

- **Memoria de Trabajo Verbal:** sistema de almacenamiento de información temporal que permite utilizar el sistema de articulación sub-vocal (a través del código verbal), hasta que el cerebro procesa la información, manteniendo el habla interna (la cual constituye un medio de control de la propia conducta).

- **Memoria de Trabajo No Verbal:** capacidad para mantener la información representada y activa en la mente durante un tiempo mientras se está trabajando con otra, con el fin de generar una respuesta contingente a un evento.

- **Autorregulación del Afecto y la Motivación:** el primero alude a la capacidad del sujeto para inhibir y demorar las reacciones emocionales, con el fin de llevar a cabo una evaluación objetiva de los acontecimientos -tal demora permite la separación de la carga afectiva a la hora de reaccionar en las distintas situaciones-; la segunda, la motivación, hace referencia a la capacidad del sujeto para autorreforzarse, planificar los objetivos o metas a alcanzar a corto y largo plazo, y tener la iniciativa precisa para llevar a cabo las acciones necesarias para conseguirlos, adaptándose a las demandas del entorno.

- **Reconstitución:** capacidad para analizar la conducta, y descomponerla en unidades o estrategias simples, con el fin de poder recombinarlas más adelante y crear nuevas unidades de conducta para emplearlas en futuras situaciones.

- **Control Motor:** se encuentra directamente influido por los elementos ya citados y está formado por un conjunto de conductas que se ponen en marcha para alcanzar un objetivo en un proceso de autorregulación (se necesita, en primer lugar, ser capaz de representar internamente la información que nos llega del medio para, a continuación, generar respuestas nuevas y adaptativas).

Los déficits que se presentan en memoria de trabajo (problemas para recuperar o mantener información necesaria para llevar a cabo una tarea determinada), dificultan la posibilidad de conducir su conducta hacia

un fin determinado y prever acontecimientos o consecuencias futuras. Las dificultades para interiorizar el lenguaje dan lugar a problemas para regular el comportamiento y rectificar conductas no adaptativas. Los problemas en autorregulación de las emociones, motivación y nivel de vigilia ocasionan dificultades para reprimir sus emociones en público y controlar sus impulsos y motivación. Los déficit en reconstitución dan lugar a dificultades en resolución de problemas (Rebollo y Montiel, 2006).

En resumen, Barkley (1997, 2006), apoya la idea de que el déficit central del TDAH reside en una baja eficiencia de la capacidad de inhibir su conducta, y consecuentemente; afecta al resto de elementos del modelo.

Barkley propone que todo ello se manifiesta como síntomas que pueden categorizarse en dos grupos: en primer lugar, problemas para seguir lo que se conoce como “conductas gobernadas por reglas”, es decir, aquellos comportamientos que no dependen de contingencias o refuerzos inmediatos y/o externos; sino que se encuentran en el campo del autocontrol y por tanto, sus objetivos van a depender de estímulos verbales (el control de la conducta se rige por normas que son dadas a través del lenguaje -en primer lugar por el adulto-, y que evolutivamente el niño ha de ser capaz de ir generando de forma autónoma, sin tener una guía ni control externo). En segundo lugar, el sujeto con TDAH manifestará una respuesta anormal a los estímulos del entorno, pues éstos van a tener un efecto diferente al que tendrían en otro individuo que no padece el trastorno (los reforzadores y programas de reforzamiento resultan menos eficaces debido a un efecto demasiado rápido de habituación a los mismos) (Artigas, 2009; Barkley, 2006; Servera, 2005).

1.2.4.1.2. Modelo de Regulación del Estado de Sergeant

El Modelo de Regulación del Estado (Sergeant, 2000), parte de la concepción de que cualquier persona necesita de la activación y regulación de “energía mental” para desempeñar tareas o alcanzar objetivos (Artigas, 2009). Este modelo acepta la idea de que en el TDAH se produce una

disfunción del Sistema Ejecutivo del Comportamiento, pero sustituye el déficit central propuesto por el modelo de Barkley, inhibición conductual, por el de regulación del estado, refiriéndose a la falta de capacidad de los sujetos para autorregular el propio esfuerzo cognitivo (lo que tiene como resultado, principalmente, la alteración del tiempo de reacción del individuo ante determinados estímulos o situaciones). Por tanto, el presente modelo no niega que exista un déficit en inhibición conductual, aunque afirma que dicho déficit depende de las alteraciones que se dan en distintos mecanismos cognitivos, y que concretamente, tienen su origen en el estado energético del niño.

Atendiendo al componente central del modelo: los estados energéticos, se hace referencia a ellos como reservas de energía cognitiva de las que dispone el sujeto para poder llevar a cabo el procesamiento adecuado de la información y la organización de sus respuestas. Se distinguen tres niveles (Sergeant, 2000; 2005):

- **Arousal:** Estado de alerta y de respuesta física que permite procesar los estímulos. Se ve influido por señales novedosas e intensas y está relacionado con los patrones de sueño-vigilia.

- **Esfuerzo:** Se trata de la energía necesaria para poder dar respuesta a las demandas de la tarea. Algunas de las variables que influyen a dicho estado están relacionadas con la carga cognitiva, la motivación o el tipo de contingencias.

- **Activación:** Se refiere a aquellos cambios que se dan en la actividad psicológica para poder responder (“output” de la información). Se ve influida por variables como el tiempo de preparación y respuesta, nivel de alerta, etc.

La existencia de una capacidad de regular la “activación” a nivel cognitivo va a permitir al individuo adecuar su comportamiento para alcanzar un objetivo determinado. Concretamente, la persona con TDAH presenta dificultades para controlar dicho esfuerzo mental, con lo que el tiempo de respuesta del sujeto a las diferentes demandas del entorno se

verá distorsionado (en función del estímulo, la conducta que lleve a cabo el sujeto puede ser rápida e irreflexiva o, por el contrario, excesivamente lenta); y consecuentemente, dichas respuestas van a resultar menos eficientes que las de otro individuo de su misma edad, que no presente el síndrome.

1.2.4.1.3. Modelo de Aversión a la Demora de Sonuga-Barke

Por último, hemos analizado el *Modelo de Aversión a la Demora* (basado en el déficit que se produce en los circuitos cerebrales de recompensa -conexiones de la corteza orbitofrontal con el núcleo accumbens, cíngulo anterior y tálamo-, junto con la implicación de la amígdala, relacionada con el proceso de motivación hacia los incentivos), por ser una de las pocas propuestas teóricas que traslada la hipótesis central del TDAH (basada en déficit cognitivos) hacia una perspectiva de corte motivacional. Dicho modelo surge como alternativa a las propuestas que consideraban que el único déficit del trastorno reside en la función ejecutiva (Castellanos, Sonuga, Milham y Tannock, 2006).

De acuerdo con la hipótesis propuesta por su autor, el origen del trastorno se basa en una disfunción motivacional que se debe a alteraciones en los procesos de recompensa. Es decir, en el individuo con TDAH se produce una alteración en la identificación de las señales (intensidad y/o eficiencia de las mismas), que permiten discernir entre las recompensas de las acciones presentes y las acciones futuras. Por ello, el sujeto ve reducido el control del comportamiento actual sobre la base de recompensas futuras (para él, disminuye el valor de éstas) y se incrementa el deseo o la necesidad de alcanzar las que se dan de forma inmediata (aunque ello implique que sean menores) (Sonuga, 2005).

Este déficit en la identificación de las señales da lugar a que en el individuo con TDAH se produzca lo que el autor denomina como “aversión a la demora”; es decir, se da una reacción emocional negativa ante la imposición del tiempo de demora, del que la persona con el

trastorno intentará escapar, manifestando, consecuentemente, tendencia a escoger impulsivamente ante estímulos que impliquen recompensas inmediatas o demoradas. Se limita a elegir aquellas respuestas que supongan incentivos a corto plazo, pues dichas opciones son las únicas que reducen de forma inmediata la percepción del tiempo de espera. Por tanto, aparece una dificultad relacionada con procesos de reforzamiento de conductas adaptativas (Artigas, 2009).

1.2.4.2. MODELOS DE DÉFICIT MÚLTIPLE

Hasta ahora, los modelos analizados se han centrado en un sólo factor (inhibición conductual, aversión a la demora o estado energético), para explicar el origen y la presencia de la heterogeneidad de alteraciones que se manifiestan en el trastorno. Esto ha sido criticado por diversos autores que aluden a las limitaciones que se derivan de los modelos de déficit único para dar respuesta a todos los síntomas que aparecen en los individuos diagnosticados con TDAH (Sergeant, 2005, Sonuga, 2003; Artigas, 2009). Como consecuencia, algunas de estas propuestas han sido revisadas y reformuladas desde un enfoque más amplio, trasladando la hipótesis del único déficit hacia la interrelación de distintos elementos que tienen como resultado las diferentes manifestaciones del trastorno.

1.2.4.2.1. Modelo Cognitivo de Déficit en el Sistema Ejecutivo que regula las Funciones Ejecutivas de Lavigne y Romero

El modelo de Barkley ha sido revisado por otros autores que han llevado a cabo nuevas aportaciones para completar el mismo. Lavigne y Romero (2010), justifican el origen del trastorno a través del retraso que se produce en el desarrollo neurológico de los individuos que lo padecen. Tal retraso tiene como consecuencia la aparición de deficiencias en el Sistema Ejecutivo (encargado de dirigir nuestra conducta en situaciones que requieren alcanzar un objetivo, mediante un proceso de análisis, planificación y evaluación de nuestra propia acción). Por tanto, van más

allá de los problemas de inhibición conductual, aludiendo a las alteraciones de dicho sistema para organizar y coordinar nuestro comportamiento, en las personas con TDAH.

Las deficiencias que se producen en las conexiones entre el lóbulo frontal, ganglios basales y cerebelo, dan lugar a disfunciones en los Procesos Psicológicos Superiores (Memoria de Trabajo, Autorregulación de la Motivación y del Afecto, Internalización del Lenguaje y Procesos de Análisis y Síntesis). A diferencia de Barkley, que engloba dichos procesos dentro de la denominación “funciones ejecutivas”, estos autores establecen dos grupos jerarquizados, donde primero deben trabajar de manera coordinada los Procesos Psicológicos; puesto que van a interferir en las Funciones del Sistema Ejecutivo (Planificación, Organización, Automonitorización, Evaluación, Flexibilidad Cognitiva, Persistencia) y permitir su adecuada puesta en marcha con el fin de guiar el comportamiento encaminado a alcanzar metas específicas. En este sentido, no se atribuye el déficit nuclear del trastorno a los problemas de inhibición y autorregulación de forma primaria (ni se entienden como consecuencias de éste las alteraciones en el resto de funciones); sino que se parte del déficit general del Sistema Ejecutivo para desarrollar, coordinar u organizar las Funciones Ejecutivas dependientes tanto de las estructuras neurológicas como de los procesos psicológicos implicados.

Se hace referencia al Sistema Ejecutivo como el encargado de coordinar nuestro comportamiento ante acciones que van encaminadas a una meta, que son novedosas y complejas, y que existe un conflicto entre las consecuencias a corto y largo plazo; lo que exige que se deban inhibir respuestas inmediatas para poner en marcha funciones (como por ejemplo, planificación), y para las que, a su vez, se hace necesario el trabajo previo de procesos psicológicos como memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y el afecto, etc. (Lavigne Y Romero, 2010). El Sistema Ejecutivo, por tanto, es el responsable de coordinar el Control Ejecutivo del comportamiento (entendido como la capacidad que poseemos los humanos para inhibir -controlar- nuestro comportamiento y pensamiento,

resistir la interferencia de estímulos externos y responder -o no hacerlo- a los acontecimientos, según nuestras necesidades). En cuanto a los **Procesos Psicológicos Superiores** (a su vez, trabajan de manera coordinada para desarrollar dicho control), los autores los clasifican y definen como se recoge a continuación:

- **Memoria de Trabajo:** se trata de un mecanismo que trabaja con la información, representando activamente una parte de ella mientras otra está siendo procesada (comparándola, relacionándola, etc.). Tiene una capacidad limitada y resulta de suma importancia para realizar las tareas que requieren de la puesta en marcha del resto de funciones ejecutivas.

- **Lenguaje y su Interiorización:** su principal función es la de servir al pensamiento como herramienta de control y regulación. Para que este proceso llegue a establecerse de manera adecuada, se hace necesario que el niño aprenda a hablar. Por ello, en un primer momento es el adulto quien le da instrucciones verbales de manera progresiva, hasta que a nivel evolutivo éste llega a ser capaz de controlar su lenguaje de manera autónoma, y es entonces cuando usa dicha herramienta para regular su pensamiento y su conducta.

- **Autorregulación del Afecto y de la Motivación:** se trata de, por un lado, la capacidad para inhibir los impulsos antes de responder, de este modo el individuo tiene tiempo suficiente para: en primer lugar, separar la carga afectiva de las situaciones -emociones y sentimientos que experimenta el cuerpo-, en segundo lugar y como consecuencia a este primer factor, retrasar la respuesta para poder procesar la información que se recibe de dicha situación de manera objetiva, lo que le va a permitir poder tomar decisiones adecuadas a las demandas. Por otro lado, y gracias a dicha habilidad auto-regulatoria, el sujeto podrá controlar sus propias motivaciones (auto-reforzarse), para llegar a alcanzar sus objetivos después de analizar cuáles son las consecuencias de cada una de sus acciones.

- **Procesos de Análisis y Síntesis:** capacidad que tenemos para descomponer la información de nuestras acciones en unidades más pequeñas, o estrategias; y a continuación, recombinar estas partes según sea necesario en cada momento para generar nuevas conductas.

Gracias al funcionamiento coordinado de estos procesos, se derivan lo que se conoce como *Funciones Ejecutivas*, o capacidades cognitivas que ejercen un control voluntario y consciente sobre nuestro comportamiento. Dentro de este modelo, se recogen las siguientes:

- **Planificación:** según las demandas que se planteen, el individuo ha de ser capaz de anticiparse a las consecuencias y así establecer los objetivos necesarios y los pasos a seguir para llegar a una meta concreta.

- **Programación:** de las acciones específicas que se van a llevar a cabo para alcanzar sus objetivos.

- **Control/Revisión:** en torno a si se están siguiendo las acciones programadas o los pasos establecidos, y si se están ajustando a la necesidad para poder alcanzar objetivos específicos que le llevarán a la meta.

- **Flexibilidad:** les permite corregir los errores que se hayan cometido y llevar a cabo nuevas estrategias para poder adaptarse a las necesidades que surjan a lo largo del proceso.

- **Persistencia:** resistir la interferencia de otros estímulos que no resultan necesarios para llevar a cabo el plan.

- **Evaluación:** analiza si el plan se ha llevado a cabo correctamente (total o parcialmente), y se auto-reforzará la ejecución del mismo de manera positiva o negativa.

Todas estas funciones se encuentran relacionadas jerárquicamente según la relevancia que tengan para el desempeño de una tarea. Las personas con TDAH presentan dificultades en todos los procesos

psicológicos superiores, así como en cada una de las Funciones Ejecutivas. En primer lugar: manifiestan dificultades para codificar/recordar/operar con la información (MT); sufren un retraso en la interiorización del lenguaje -lo que dificulta su capacidad de llevar a cabo conductas que estén regidas por normas-; no son capaces de inhibir sus primeras reacciones -emocionales/afectivas- ante las situaciones, por lo que no pueden separar dichas emociones de las respuestas y actuar de manera objetiva; y les resulta complejo descomponer y analizar las propias respuestas así como generar estrategias para poder barajar todas las soluciones posibles ante otro tipo de situaciones (reconstitución).

En segundo lugar: tienen dificultades para planificar y programar las acciones que los guiarán en la ejecución de las tareas (estableciendo los pasos que deben dar, en qué orden han de hacerlo y cuánto tiempo necesitarán para llevar a cabo cada uno); presentarán déficit en la capacidad de monitorizar sus propias acciones y ser flexibles en su desarrollo (supervisar las tareas que están desempeñando e identificar y modificar los errores para adaptarse a las nuevas necesidades que surjan), persistentes (centrarse únicamente en los elementos que son realmente importantes para la tarea e ignorar aquellos que resultan irrelevantes) y capaces de evaluar cada acción llevada a cabo (revisar su trabajo, reconociendo los errores -para poder corregirlos-, y autorreforzándose cuando han completado la tarea de forma satisfactoria).

Debido a todos estos déficit, en los niños con TDAH se aprecian principalmente síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, que afectan de forma intensa a aquellas situaciones en las que necesitan llevar a cabo un proceso de autorregulación del propio comportamiento y por tanto, le ocasionan otro tipo de dificultades derivadas de dichos síntomas (problemas de conducta, de interacción con su familia y sus iguales, bajo rendimiento escolar, etc.).

1.2.4.2.2. Modelo Cognitivo/Energético de Sergeant

Este modelo surge como una ampliación del Modelo único de Regulación del Estado creado por Sergeant. Amplía su teoría asumiendo que en la persona con TDAH, además de darse problemas con la activación y movilización de energía mental, se produce una falta de eficiencia en el procesamiento de la información que surge debido a tres niveles de déficit, que se encuentran relacionados:

- Nivel computacional de mecanismos atencionales: un menor procesamiento cognitivo de la información (tanto en su codificación, procesamiento -búsqueda/decisión- y organización motora de la respuesta).

- Nivel de estado: un déficit en las reservas energéticas (los tres estados citados en la primera propuesta del modelo -arousal, activación y esfuerzo-).

- Nivel de gestión/funcionamiento ejecutivo: un déficit en el funcionamiento del Sistema Ejecutivo (principalmente relacionado con las dificultades en inhibición conductual y alteraciones en las funciones ejecutivas).

El autor fundamenta dicha hipótesis en el modelo de procesamiento de la información, partiendo de que para que se desarrolle un procesamiento de la información adecuado (mediante los procesos de codificación, búsqueda y organización de la misma) se necesita a la vez del correcto funcionamiento de los tres mecanismos o estados energéticos (arousal, esfuerzo, activación).

El procesamiento de la información va a depender, por tanto, de tres factores que van a verse afectados o van a estar directamente relacionados con las reservas energéticas.

FACTORES DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	ESTADOS ENERGÉTICOS
Codificación	Arousal/Esfuerzo
Búsqueda/Decisión	Esfuerzo
Organización	Activación

Como resultado a las alteraciones que se producen en el primer y segundo nivel de dicho modelo, se da un déficit en los mecanismos de manejo y funcionamiento del Sistema Ejecutivo (tercer nivel). Principalmente, dichas deficiencias se ven reflejadas en el proceso de inhibición conductual, y consecuentemente, en otros factores que dependen de ella: planificación, monitorización, detección de errores y correcciones (Sergeant, 2000). La inhibición del comportamiento va a permitir al individuo llevar a cabo una resolución adecuada de problemas para poder conseguir unas consecuencias futuras determinadas. Ya que el sujeto será capaz de anular o retardar respuestas inmediatas, ganando tiempo para poder planificar las mejores estrategias en cada situación. Los estados de “activación” y “esfuerzo” resultan relevantes para que se dé un adecuado proceso de inhibición conductual.

1.2.4.2.3. Modelo Dual de Sonuga-Barke:

Este modelo aparece como una ampliación del modelo inicial de Sonuga-Barke, afirmando que se dan dos déficit de naturaleza distinta en el niño con TDAH; por un lado, se producen alteraciones en los circuitos de recompensa (tal y como explicaba el modelo único), de ello se deriva una falta de eficiencia en tareas que implican demora, lo que da lugar a problemas de autorregulación (un déficit ejecutivo relacionado con el control inhibitorio, tal y como explica Barkley en su modelo único)

(Artigas, 2009).

Además, el desarrollo de esta “aversión” a contingencias demoradas y la aparición secundaria del déficit en autorregulación, correlacionan con otros procesos que también resultan alterados y se dan en paralelo, tal y como se muestra a continuación (adaptado de Sonuga, 2005):

1. ***Déficit en los circuitos de recompensa:*** que provocan alteraciones en la identificación de las señales para discriminar ésta a corto/largo plazo, lo que tiene como resultado la aparición en el sujeto de un estado de aversión a recompensas demoradas, y consecuentemente, se produce una tendencia a responder de manera impulsiva (para reducir este tiempo de espera), que da lugar a problemas con la autorregulación del comportamiento.

2. ***Déficit en la Moderación del Entorno:*** Entre el niño y su ambiente social y familiar. El patrón de respuesta que manifiesta el individuo con TDAH en su entorno próximo suscita una reacción generalmente negativa (principalmente de sus padres y hermanos), que incrementa su percepción de fracaso para adaptarse a las necesidades del medio.

3. ***Déficit en la Acomodación Individual:*** La predisposición de la persona con TDAH a escoger respuestas impulsivas limita sus oportunidades de aprendizaje, ya que tanto el tiempo de exposición como el tipo de experiencias sociales se ven reducidas como consecuencia de los problemas de inhibición.

4. ***Déficit en la Interacción con el Ambiente:*** Finalmente, se da un ambiente social negativo, que da lugar a la unión entre la aparición temprana de la impulsividad y la emergencia de una mayor aversión de la demora, que culmina en el desempeño deficitario en situaciones de espera.

En resumen, dicho modelo plantea que las personas con TDAH prefieren un refuerzo inmediato más pequeño a una recompensa mayor

pero retardada; es decir, que suponga más tiempo de espera. Esto se debe a que no son capaces de detectar la señal que indica cuándo y cómo debe llevarse a cabo su respuesta, por lo que reaccionan de forma impulsiva (con el fin de reducir dicho tiempo de demora).

Resumiendo, el TDAH constituye hoy en día un trastorno con una alta prevalencia -en torno al 5% según el DSM-V- (APA, 2013), entre la población infantil y adolescente, y que suele tener una continuidad en la edad adulta en la mayoría de los casos (Loro et al., 2015).

Su historia data de principios del siglo XX y, desde entonces, el término ha tenido numerosas connotaciones en función de la hipótesis en torno a su origen que era estudiada en cada momento.

Desde que autores como Barkley (1997), o Conners (1995), comenzaran a hacer alusión a las dificultades que estos individuos experimentan en la modulación de sus emociones, cada vez son más los trabajos que exploran las dificultades interpersonales que se producen entre niños y adolescentes con TDAH (Pardos et al., 2009).

En la literatura encontramos diferentes líneas explicativas: neuroanatómicas, neuroquímicas y funcionales (estudian diferencias estructurales en el volumen de regiones cerebrales, y alteraciones en sus conexiones, así como en las funciones psicológicas asociadas a ambas; comparando cerebros con y sin trastorno), y genéticas (basadas principalmente en el componente hereditario del síndrome). Nos hemos detenido en las explicaciones psicológicas de corte cognitivo-conductual, por ser las que mayor auge han tenido en los últimos años entre la comunidad científica. Estas se dividen en dos grupos en función de si el déficit que experimentan estos pacientes tiene un origen único (un mal funcionamiento en un elemento cognitivo constituye la explicación de las deficiencias centrales del TDAH); o múltiple (diversas alteraciones a nivel cognitivo explicarían las manifestaciones del síndrome).

CAPÍTULO 2.- EMOCIONES, SOCIALIZACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES.

En este capítulo se revisan constructos como: emoción, autorregulación emocional, socialización, cognición social y habilidades sociales (entre otros); con el fin de proporcionar una visión general de aquellas variables que van a ser analizadas en la parte empírica de nuestro estudio; y cuyos déficit y/o alteraciones en los sujetos con TDAH pretenden ser delimitados y abordados más adelante.

Consideramos que en los modelos hasta ahora descritos existe una falta de atención a los déficit emocionales del trastorno, posiblemente por haber sido considerados por la mayoría de los investigadores como déficit secundarios a las alteraciones cognitivas. Quizás el Modelo propuesto por Sonuga-Barke sea el que más haya profundizado en factores que no resultan puramente cognitivos, haciendo alusión a las alteraciones que se dan en los sistemas de recompensa para esbozar una teoría de corte motivacional. Sin embargo, sí que existe constancia de la cantidad de problemas que estos individuos tienen a nivel emocional y consecuentemente, social; aunque la etiología y las pautas para realizar un diagnóstico e intervención específicos en ambos niveles han sido poco estudiados hasta ahora.

Por tanto, creemos necesario analizar otros enfoques que atiendan al procesamiento emocional de los individuos normotípicos, aunque no hagan referencia de forma directa al déficit que se da en el TDAH. Partimos del procesamiento de emociones y sentimientos para conocer un poco más cómo se desarrolla y cuál es la base neurológica de ambos elementos, con el objetivo final de llegar a comprender el origen de las dificultades que niños y adolescentes con TDAH manifiestan a la hora de

controlar sus emociones, autorregular su propia motivación, relacionarse adecuadamente con sus iguales, etc.

2.1.- EMOCIONES:

Antes de adentrarnos en los posibles déficit que los individuos con TDAH manifiestan a nivel emocional, es importante tratar de plasmar un marco orientativo que nos permita aproximarnos a conceptos clave como las **emociones** (primarias y secundarias), o la **autorregulación emocional**, así como tener orientaciones en torno a cómo se produce el **procesamiento emocional** en nuestro cerebro y cuáles son las **estructuras neuroanatómicas** implicadas en el mismo.

Desde el inicio de su estudio, la emoción ha sido considerada como un conjunto de elementos o mecanismos biológicos, automáticos, del que la evolución ha dotado al hombre con el objetivo de impulsarlo a actuar, y que nos permiten generar un tipo u otro de respuesta en función de las características de los estímulos internos y externos que las suscitan (Goleman, 1996; Morgado, 2007).

A nivel evolutivo, las emociones ya se daban de forma inconsciente en el cerebro de animales invertebrados que aún no eran capaces de percibir los cambios que se producían en el ambiente. Más adelante, gracias a la aparición de la consciencia y al desarrollo de la corteza cerebral y sus interacciones con el tálamo; los humanos se convirtieron en seres reflexivos, capaces de interpretar lo que les pasa, analizando las situaciones, comparándolas, regulando su propia conducta y planificando respuestas futuras (Morgado, 2007).

Hace aproximadamente un siglo, William James (precursor del *funcionalismo*) planteó lo que puede considerarse una hipótesis en torno a los constructos emoción y sentimiento, interpretando ambos como procesos que implicaban al cuerpo (más concretamente, a las sensaciones corporales que se manifiestan ante estímulos emocionales), debido a una serie de mecanismos innatos en el hombre que desembocaban ante dichos

estímulos en forma de reacciones corporales. Un siglo después, para Damasio (2011), la hipótesis de James se acerca a lo que en la actualidad conocemos como procesamiento emocional; sin embargo, esta propuesta se encuentra incompleta ya que no alude al procesamiento cognitivo que se activa en paralelo a la manifestación de una emoción y que justificaría el concepto de sentimiento (que a partir de ahora denominaremos como “emociones pensadas” o “secundarias”).

Del mismo modo, Damasio apoya la teoría de que las emociones constituyen un mecanismo innato que se activan gracias a estímulos ambientales y que genera en nuestro cuerpo una reacción determinada, esta propuesta coincide con la idea de que tales emociones constituyen procesos involuntarios y automáticos. Sin embargo, es posible que tales procesos se pongan en marcha después de que nuestro cerebro haya llevado a cabo una evaluación consciente y voluntaria de la situación en la que nos encontramos inmersos. Por lo tanto, lo que se entiende como “impulsos” no resulta un término suficientemente justificado para referirnos a todas las reacciones o comportamientos emocionales que experimenta el hombre. Siguiendo esta hipótesis, podrían distinguirse dos tipos de emociones: primarias (innatas), cuyos centros anatómicos principales estarían constituidos por el sistema límbico, la amígdala y el cíngulo anterior; y secundarias (no automáticas), cuyos centros se ampliarían a la corteza prefrontal y somatosensorial.

Las emociones primarias estarían presentes desde el nacimiento o primeros meses de vida debido a su programación biológica (Cantón, Cortés y Cantón, 2011). El mecanismo que activa dichas emociones resulta básico: las señales o estímulos del ambiente son detectadas por la corteza sensorial y procesadas por el sistema límbico (concretamente por la amígdala), encargada de activar un estado corporal y alterar el procesamiento cognitivo según la emoción que se adecue a la información que genera el estímulo externo. El objetivo de estas respuestas emocionales suele ir ligado a la supervivencia (huir ante la presencia de un león, por ejemplo). Dicho proceso no tiene por qué limitarse a la reacción

adaptativa de huir, sino que puede ir más allá gracias a la consciencia. Las reacciones que experimenta el cuerpo pueden ser asociadas al objeto específico que las causó, formando una representación proposicional de la relación del estado emocional con el estímulo que la desencadenó, lo que nos ayudaría a predecir la presencia de dicho estímulo en un contexto determinado e incluso anticipar nuestra respuesta en situaciones futuras (Damasio, 2011).

En resumen, las emociones constituirían, un proceso multidimensional que consiste en la activación fisiológica (sensorial, neural y hormonal) y psicológica (percepción), de estímulos externos e internos, que provoca procesos psicológicos y conductas de aproximación, evitación, agresión, con el objetivo de facilitar la supervivencia. Se trata de procesos transitorios, mientras que el afecto, los sentimientos, etc., son procesos duraderos. Pueden ser positivas (por ejemplo, la alegría) –relacionadas principalmente con conductas de aproximación-, o negativas (miedo, ira...) –relacionadas con conductas de evitación, guardando un carácter defensivo-. Ambas son experimentadas desde el nacimiento y a lo largo de la vida del sujeto en mayor o menor medida y como consecuencia de las experiencias vividas por los sujetos.

2.2.- CEREBRO EMOCIONAL.

A nivel neuroanatómico y neuropsicológico, cada vez se está profundizando más en el estudio de estructuras cerebrales asociadas al procesamiento de emociones, así como en la manera en la que éstas se relacionan y afectan a la función cognitiva, o en cómo influyen en la capacidad de adaptación de los individuos en ambientes sociales. Como se ha comentado en el primer apartado de este capítulo, la amígdala se considera la principal estructura subcortical implicada en procesar y responder a estímulos emocionales. Se trata de una región formada por un conjunto de neuronas situadas en la parte anterior de los lóbulos temporales, que reciben información de diferentes áreas cerebrales (Morgado, 2007).

A grandes rasgos, se puede resumir el procesamiento que reciben estímulos emocionales de la siguiente manera: en primer lugar, el estímulo es procesado por el tálamo y de allí se proyecta hacia la amígdala -conexiones talamoamígdalinas- (procesamiento emocional rápido de las características más simples de dicho estímulo) y hacia la corteza -conexiones talamocorticales- (donde se lleva a cabo un procesamiento más complejo sin tener en cuenta características emocionales o afectivas). A continuación, la corteza envía información a la amígdala -conexiones corticoamígdalinas- (para que ésta otorgue el componente emocional o afectivo a la información compleja del estímulo que acaba de ser procesada). Además, desde la amígdala y gracias a sus diferentes proyecciones se producen cambios a nivel vegetativo y somático (dando lugar a manifestaciones conductuales de dicha emoción). Por último, el hipocampo mantiene conexiones con la amígdala -conexiones hipocampoamígdalinas-, dando información del contexto a todo este procesamiento emocional.

De forma más específica, habría que diferenciar el tipo de procesamiento que tiene lugar en el caso de emociones primarias y secundarias. Como se ha comentado, en el caso de las emociones primarias la corteza envía información a la amígdala desde los órganos sensoriales y ésta actúa como alarma ante estímulos procedentes del propio cuerpo y también del entorno (Morgado, 2007). Las emociones secundarias constituirían un paso más en el proceso anterior, aunque se inician en los mismos mecanismos cerebrales que lo hacen las emociones primarias, requieren además de procesos que se dan en paralelo a éstos. Siguiendo a Damasio (2011), la persona ya tiene una serie de imágenes mentales sobre estímulos relacionados con reacciones emocionales, que han sido organizadas mediante el pensamiento después de llevar a cabo una evaluación cognitiva de situaciones o experiencias previas.

En lo que podríamos definir como primer nivel de procesamiento, tales imágenes o representaciones se producen en diferentes cortezas sensoriales, como la visual o auditiva. La corteza prefrontal responde de

forma automática a las señales que surgen después de procesar dichas imágenes: estas representaciones (que ya no son innatas, sino adquiridas, relacionadas directamente con las experiencias vividas por la persona), envían información a la amígdala, pero también son analizadas por el pensamiento y pueden activar (entre otras áreas), a la corteza prefrontal. De forma inconsciente se activan núcleos del sistema nervioso autónomo, se envían señales al cuerpo a través de los nervios periféricos, haciendo que haya una respuesta por parte de las vísceras. A continuación, se envían señales al sistema motor (que modifica las posturas corporales y expresiones faciales). Se activan el sistema endocrino y péptico (encargados de acciones químicas que darán lugar a cambios en el estado cerebral y corporal). Hasta aquí, hablaríamos de estados corporales que son supeditados a la emoción, es decir, sensaciones de dichas emociones (mecanismos propios de las emociones primarias).

Por último, se activan neurotransmisores que liberan sus mensajes químicos, generando lo que podríamos denominar como sentimientos, éstos tienen un impacto sobre el procesamiento cognitivo, que generalmente se activa para poder desarrollar planes de acción o tomar decisiones a partir de la información recogida en la situación específica en la que se encuentra el individuo y gracias al conocimiento adquirido previamente a través de experiencias similares. Para que tal conocimiento previo se almacene y pueda ser recuperado posteriormente, el cerebro debe conectar a la emoción con el estímulo concreto (asociar a una persona, lugar, objeto..., una reacción emocional). Existen zonas cerebrales encargadas de conectar señales corporales con estímulos relacionados con la entidad de las propias emociones, que serán las que disparen dichos estados corporales en el futuro. Por tanto, el sentimiento surge a partir de la asociación de una reacción corporal (suscitada por una emoción determinada), a pensamientos que son procesados a nivel cognitivo.

2.3.- DESARROLLO DE LAS EMOCIONES Y DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL.

Las emociones primarias como alegría, rabia, tristeza o miedo; se encuentran presentes desde el nacimiento o los primeros meses de vida de los individuos (Cantón et al., 2011). A partir del primer año, los niños empiezan a ser capaces de identificar y comprender el significado de algunas de estas emociones básicas. A partir del segundo y tercer año de vida, el vocabulario emocional irá aumentando y progresivamente discriminarán causas y consecuencias de algunas de ellas. En torno a los cinco años, los niños ya son conscientes de que los otros tienen sus propias creencias, intenciones o deseos y que éstos pueden influir en su estado emocional, así como que una misma situación puede desencadenar dos estados emocionales distintos.

De forma paralela al desarrollo emocional, y en concreto, en torno a los cuatro o cinco años, comienzan a madurar otros procesos de corte cognitivo que van a tener una repercusión directa sobre el desarrollo emocional. Es importante que hagamos alusión aquí al constructo conocido como Teoría de la Mente; es decir, la capacidad del niño para pensar y, en su caso, operar sobre los estados mentales de los otros (González, Barajas y Fernández, 2005). El niño atribuye estados mentales a otras personas, lo que le permite hacer predicciones acerca de las conductas ajenas (cómo van a actuar), y a su vez, modular su propio comportamiento con el objetivo de adaptarse a las expectativas propias y ajenas. En torno a los once años, prácticamente todas las habilidades mentalistas se habrán desarrollado en niños que no presenten trastornos.

1.3.1. Regulación Emocional

Entre los seis y once años se produce un avance importante en el desarrollo emocional con consecuencias fundamentales para la cognición y la adaptación social: a estas edades los niños comienzan a comprender la relación entre creencias y emociones (serán capaces de utilizar las creencias del otro sobre una situación -TOM-, para determinar su estado

emocional), mejora su comprensión emocional y aumenta su capacidad de regulación emocional (especialmente para emociones negativas), así como se incrementa su repertorio de estrategias de afrontamiento.

En concreto, la autorregulación emocional se encarga de evaluar, modificar y dirigir reacciones emocionales; ya sean estados emocionales -internos- o expresiones conductuales -externas- de dichas emociones, con el objetivo de alcanzar un nivel adecuado de adaptación en el entorno (Thompson, Meyer y Jochem, 2008). Este proceso está mediado por las presiones que los niños y niñas reciben por parte de padres, profesores y demás adultos con los que conviven día a día. En torno a los tres primeros años de edad los niños ya deben ir desarrollando estrategias de autorregulación emocional (Kopp, 2008; Cantón et al., 2011). Además, gracias a la habilidad para identificar y comprender ciertos estados emocionales, el niño empieza a preocuparse por su propia imagen, y cuando va madurando, se esfuerza por regular sus emociones con el objetivo de mantener dicha autoimagen en situaciones sociales con iguales. Es en la infancia media cuando adquiere estrategias cognitivas para manejar sus estados emocionales -principalmente negativos- (por ejemplo, redireccionar sus pensamientos o evocar sentimientos contrarios -pensar en cosas agradables ante situaciones de miedo-). Este proceso de regulación emocional se consolida en torno a los 8-10 años en niños normotípicos.

Cole, Martin y Denis (2004), sugieren que en el proceso emocional se incluyen elementos de corte cognitivo como la evaluación y registro del significado del evento concreto donde aparece la emoción, o la preparación de acciones para emitir respuestas adecuadas a dichos estímulos. El trabajo coordinado de tales factores permite al individuo realizar cambios en la valencia de dichas emociones, y por tanto, regularlas en función del objetivo o meta a alcanzar. De acuerdo con Eisenberg (2004), la regulación emocional implica procesos de iniciación, inhibición, mantenimiento o modulación de estados sentimentales y motivacionales, así como de comportamientos que acompañan a los

mismos, que son necesarios para la adaptación social y la consecución de metas individuales. Como vemos, el proceso de autoregulación se encuentra fuertemente ligado a elementos de corte cognitivo y ejecutivo que van a ejercer un papel crucial en el control que la persona tiene sobre su propio nivel de activación emocional, y a interferir en su capacidad para evaluar y tomar decisiones.

2.4.- PROCESO DE SOCIALIZACIÓN.

Llegados a este punto, creemos necesario aludir a constructos como socialización y habilidades sociales, por constituir elementos básicos en el desarrollo y configuración de la personalidad de cualquier individuo y ya que uno de nuestros objetivos se centra en tratar de solventar las dificultades que los sujetos con TDAH experimentan en las relaciones con iguales. Hasta ahora, no ha sido posible disociar claramente elementos emocionales y cognitivos en situaciones de procesamiento emocional. Del mismo modo, al profundizar en la búsqueda de información en torno a adaptación social encontramos referencias a episodios emocionales y factores cognitivos (que ejercen un papel mediador en tales procesos emocionales). Por ello, y a pesar de que a lo largo de este capítulo hemos tratado de desglosar los términos para facilitar la comprensión de los mismos, no consideramos apropiada la segregación de dichos elementos, sino que repasamos conceptos como los de cognición y competencia social, sin olvidar la influencia que factores de corte emocional ejercen sobre éstos.

Siguiendo a Álvaro (2015), la socialización se da en los humanos de una forma diferente al resto de las especies. Esto es debido, principalmente, a la existencia de la consciencia, o funciones cognitivas que otorgan al hombre capacidades suficientes para establecer mecanismos superiores de interacción, y que se ponen de manifiesto como procesos de convergencia o competencia por la defensa de sus propios intereses (ya que el objetivo último de dicho proceso sería el de favorecer

los intereses individuales de los miembros del grupo). Para que dichos procesos sean llevados a cabo con éxito se necesita de la puesta en marcha de mecanismos cognitivos y ejecutivos, como la planificación de la propia respuesta o la predicción del comportamiento ajeno. Desde nuestro punto de vista, para que el trabajo coordinado de dichos mecanismos cognitivos y ejecutivos se realice con éxito, previamente debemos ser capaces de entender nuestras propias emociones, sentimientos, estados de ánimo o pensamientos; así como los de las personas con las que interactuamos. De este modo, seremos capaces de prever y dar respuesta adecuada a los mismos, en función de nuestros propios intereses.

De acuerdo con Uekerman et al. (2009), la cognición social constituiría la habilidad para identificar y comprender situaciones sociales; esta definición tan amplia engloba diversas capacidades como, por ejemplo, conocer la mente de otras personas y realizar inferencias sobre la misma. Para ello, se requiere de la puesta en marcha de funciones cognitivas de codificación, representación e interpretación de pistas sociales. Todas estas habilidades se desarrollan gracias al funcionamiento coordinado de procesos como la percepción de emociones a través de caras y prosodia, teoría de la mente, empatía, compasión, comprensión del significado del lenguaje, etc. (Uekerman et al., 2009; Roselló, Berenguer, Baixauli y Miranda, 2016). Asimismo, Romero (1990) define el constructo cognición social aludiendo varios componentes: percepción -inferir características, pensamientos o emociones de los otros-, conocimiento social -ya sean conceptos como amistad, situaciones, sistemas o valores sociales- de los individuos. Ambos componentes -percepción y conocimiento social- sumados a las relaciones interpersonales (que afectan de manera directa al estatus social de los individuos y a sus habilidades de comunicación), van a determinar el tipo de habilidad social del sujeto (capacidad para lograr los efectos que se desean en los demás).

Desde nuestro punto de vista, cuando nos referimos al término socialización debemos atender a un número considerable de elementos

biológicos o intrínsecos (capacidades y habilidades de las que dispone el individuo –que se exponen a continuación-, cognición y conocimiento social), éstos configurarían un proceso complejo que se desarrolla desde la niñez y a lo largo de toda la vida, que no depende únicamente del individuo en cuestión y de sus capacidades cognitivas o emocionales, sino que se encuentra fuertemente arraigado a los intercambios de información que realiza con personas de su entorno. El grado y la calidad de dichas interacciones van a constituir un elemento clave en la configuración de su cognición, y por tanto competencia, social. Autores como Roselló et al., (2016), coinciden con nuestra hipótesis en torno a que, en la configuración de la cognición social, intervienen factores biológicos y ambientales (para ellas: familia, escuela y macrosistema social, que determina normas sociales).

Para aclarar la jerarquía de elementos intrínsecos básicos en el proceso de adaptación social, nos hemos basado en los modelos de Beauchamp y Anderson (2010) y Roselló et al. (2016); que se componen de tres niveles de capacidades cognitivo/afectivas. Las Funciones Ejecutivas ocuparían el nivel superior e influirían de manera directa sobre habilidades de comunicación y mentalistas. El funcionamiento coordinado de estos elementos posibilitaría al individuo para alcanzar una adecuada adaptación social (ayudándole a desarrollar habilidades para la vida diaria, a conocer sus competencias y limitaciones conductuales y a ajustar su comportamiento en los ambientes próximos -familia y escuela-). Tales niveles, se resumen como sigue:

1. Funciones Ejecutivas: memoria de trabajo, inhibición y metacognición.
2. Habilidades de Comunicación: lenguaje comprensivo, expresivo y pragmática del lenguaje.
3. Habilidades Mentalistas: TOM y percepción de emociones.

Consideramos que dicha propuesta resulta esclarecedora, ya que integra los elementos básicos que la persona requiere para llevar a cabo un

desempeño social adecuado. Sin embargo, y con la intención de complementar dicho modelo, reformularíamos algunos de los términos empleados para su definición:

- N3: Procesos Psicológicos y Funciones del Sistema Ejecutivo.
- N2: Habilidades Socio-comunicativas y Socio-cognitivas.
- N1: Capacidades Cognitivas y Emocionales Básicas.

El nivel más elemental de dicha jerarquía (*N1: Capacidades Cognitivas y Emocionales Básicas*), engloba aquellos componentes que todo individuo adquiere a lo largo de su proceso de desarrollo (reconocimiento y expresión de emociones primarias, habilidades mentalistas, y procesos psicológicos básicos como sensación y percepción); seguidas de aquellas habilidades (*N2: Habilidades Socio-comunicativas y Socio-cognitivas*), que requieren no solo del desarrollo de las capacidades del primer nivel, sino también del aprendizaje a través de interacciones de la persona con el entorno (habilidades de comunicación pragmática, habilidades de autorregulación emocional, sociales y de resolución de conflictos); por último, se encontrarían (*N3: Procesos Psicológicos y Funciones del Sistema Ejecutivo*), los procesos (memoria de trabajo, atención, internalización del lenguaje, análisis y síntesis) y funciones (planificación, organización, flexibilidad, toma de decisiones, revisión...), del Sistema Ejecutivo; que trabajan de manera coordinada y dirigen las capacidades propias de niveles inferiores hacia la consecución de un determinado objetivo.

El trabajo coordinado de dichos elementos predispone al individuo a procesar la información social y responder adecuadamente a las demandas del entorno. Hemos partido del modelo de procesamiento de información social de Crick y Dodge (1994), según el cual, la capacidad de los individuos para operar con este tipo de información puede segregarse en varios pasos o niveles:

1. **Codificación de pistas situacionales** (requiere de procesos psicológicos básicos como sensación, percepción y atención hacia los estímulos que provienen del medio), e **interpretación de tales pistas**, que a su vez se divide en: representación mental de la información, análisis de los eventos que han ocurrido en tal situación, inferencias sobre la perspectiva de los otros, evaluación en torno a si se han obtenido los objetivos en una situación social similar anteriormente, evaluación de las expectativas de resultados y predicciones de auto-eficacia que se hicieron en la situación anterior.

2. **Clarificación de metas:** selección de un objetivo deseado o mantenimiento de la meta actual.

3. **Construcción de respuestas y decisión de la adecuada:** acceder a la memoria para buscar posibles respuestas que hayan sido empleadas con anterioridad. Si la situación es novedosa, construir nuevos comportamientos en respuesta de objetivos sociales nuevos, evaluando las expectativas de respuesta previas, el grado de habilidad para producir tal respuesta (auto-eficacia) y las posibles consecuencias de dicha respuesta. Se selecciona aquella opción que ha sido evaluada más positivamente para ser promulgada.

4. **Representación del comportamiento a llevar a cabo** (en forma de conducta).

Cada uno de estos pasos requiere de la participación de los elementos o capacidades intrínsecas a la persona que ya han sido citados (desde capacidades cognitivas y emocionales básicas hasta procesos psicológicos superiores y funciones ejecutivas). Para que el proceso de socialización se desarrolle adecuadamente, el sujeto necesita contar con capacidades cognitivo-emocionales básicas –N1-, (que le permitan codificar e interpretar pistas sociales), y poco a poco ir adquiriendo habilidades socio-comunicativas y socio-cognitivas –N2- (para generar respuestas adecuadas a las demandas, modificar y mejorar las mismas). El establecimiento adecuado de metas, la toma de decisiones y representación

mental de pasos a seguir para llevar a cabo una respuesta determinada, van a depender de procesos psicológicos y funciones cognitivas específicas (funciones ejecutivas), que le permitan procesar (identificar, representar, codificar y recuperar), la información social –N3-. Para adquirir habilidades comunicativas, sociales y de resolución de conflictos –N2-, será necesario facilitar a la persona oportunidades de tener interacciones con iguales, y de este modo, poder contar con un número suficiente de experiencias, con el fin de adquirir y almacenar el conocimiento social y moral que corresponda según el momento del desarrollo en el que se encuentren. Esto permitirá al sujeto poner en práctica y modificar, corregir o mejorar, según sus necesidades, las estrategias para desenvolverse con sus iguales y adaptarse a situaciones sociales novedosas.

2.5.- HABILIDADES SOCIALES

Como hemos comentado en el apartado anterior, determinadas capacidades cognitivas y emocionales constituyen la base para adquirir habilidades más complejas (habilidades sociales), que resultan elementos imprescindibles en el desarrollo social de cualquier individuo. A lo largo de este apartado trataremos de aportar una visión general en torno a dichas habilidades, así como al aprendizaje de las mismas.

De acuerdo con Caballo (1997), el concepto de habilidad social constituye un término que ha tenido numerosas definiciones desde que se realizasen las primeras investigaciones en la década de los años 70 y 80 del siglo pasado. Hoy en día, este constructo aún se caracteriza por no tener una definición única y determinada, sino que cuenta con matices e interpretaciones diversas; así como por la existencia de una falta de consenso por parte de la comunidad científica. Nos centramos en las aportaciones de algunos de los referentes en su estudio:

Caballo (1997), define la habilidad social como el repertorio de comportamientos que son llevados a cabo en situaciones de interacción, donde se expresan sentimientos, opiniones o deseos, respetando las conductas de otros y adecuando el propio comportamiento a la situación determinada en la que se encuentre la persona, con el objetivo de alcanzar

beneficios personales, resolver problemas y reducir la probabilidad de que éstos se repitan en el futuro.

A pesar de la connotación conductista que tiene esta definición, el autor apoya la hipótesis de que tales habilidades se constituyen gracias a la interacción de tres tipos de factores o componentes: conductuales (entendidos como habilidades específicas, aprendidas y observables: mirada, gestos, toma de turnos, etc.), cognitivos (percepción, estrategias de codificación, expectativas, planificación o capacidades de autorregulación, entre otros), y fisiológicos (tasa cardíaca, presión y flujo sanguíneo, respiración, etc.). Se adquieren mediante aprendizaje y la niñez se considera un periodo crítico para ello. Otros autores integran elementos que van más allá del ámbito conductual y afirman que el niño considerado como emocionalmente expresivo está predispuesto a crear un ambiente social y emocionalmente rico, dando más información a los demás sobre su estado emocional y motivacional y recibiendo a la vez una mayor retroalimentación, lo que genera mayores oportunidades de adquisición de habilidades sociales (Buck, 1991).

Por otro lado, debemos hacer referencia al trabajo de Albert Bandura, por el papel que sus aportaciones han ejercido en el campo de la psicología socio-cognitiva, y, en concreto, a su Modelo de Aprendizaje Social (Bandura y Walters, 1974). Esta teoría asume el hecho de que las personas son capaces de aprender nuevos comportamientos gracias a la observación de modelos o factores sociales del entorno. Se basa en los principios del condicionamiento operante establecidos por Skinner, y por tanto, apoya la hipótesis de que la conducta es regulada por las consecuencias del medio. El autor, considera como algunos de los principios básicos del aprendizaje social:

a. El aprendizaje observacional: alude al Modelo de Aprendizaje Social e Imitación (Miller y Dollard, 1941), para subrayar el papel central de la imitación y la observación en el aprendizaje social y resalta la importancia del refuerzo vicario (la conducta del observador se modifica a partir del refuerzo administrado al modelo).

- b. Pautas de recompensa de conductas imitativas.
- c. Castigo, inhibición y falta de refuerzo.
- d. Generalización y discriminación: dependen del parecido de la situación original de aprendizaje y las nuevas señales o estímulos.

Por otro lado, en sus trabajos asume que la información que proviene del entorno es mediada por procesos cognitivos que afectan al comportamiento, ya que las representaciones mentales que la persona genera de las consecuencias futuras de sus actos (expectativas) van a resultar potenciadoras o inhibidoras de la conducta concreta que se va a llevar a cabo, junto con dichas representaciones o previsiones de las consecuencias, se encuentran los procesos autorregulatorios y autorrefuerzos que la persona emplea para demorar su respuesta, generar y llevar a cabo una habilidades u otras.

Desde nuestro punto de vista, y en consonancia con los trabajos revisados hasta ahora, consideramos que las habilidades o estrategias sociales constituirían elementos complejos que configuran la capacidad de adaptación social del sujeto. Éstas no se limitan a patrones conductuales, sino que dependen del funcionamiento adecuado de elementos cognitivos (procesos psicológicos básicos y superiores, habilidades mentalistas, funciones ejecutivas), emocionales (identificación, expresión y regulación), y comunicativos (lenguaje comprensivo, expresivo y pragmático); así como de la exposición a situaciones de interacción con iguales; con el objetivo de generar capacidades cognitivas (que le permitan aprender comportamientos que resultan socialmente deseables, identificar conflictos sociales, construir alternativas de respuesta o detectar estados de ánimo e intenciones en otros, etc.), emocionales (para desarrollar habilidades de identificación de estados emocionales propios y ajenos, regulación de los mismos en función de la demanda del medio, etc.), y comunicativas (postura, contacto visual, gestos, inicio y mantenimiento de conversaciones, formulación y respuesta a preguntas, etc.).

Debido a nuestro interés por ampliar el enfoque desde el que se

analizan los fenómenos de adaptación social y habilidades sociales, más allá del análisis meramente conductual, asumimos la presencia de factores cognitivos y emocionales en el plano de las interacciones sociales. Dichas habilidades son aprendidas a lo largo de la infancia, en contextos de interacción con otros (generalmente por aprendizaje vicario), y gracias a la exposición continuada a situaciones o experiencias que modelen la interiorización de las mismas y amplíen el abanico de respuestas del sujeto, lo que nos lleva a resaltar la importancia del ambiente para la interiorización de las mismas.

En definitiva, podemos entender el término habilidades sociales como conductas que requieren de la interacción de capacidades cognitivas y emocionales, que van a permitir a la persona generar un conglomerado de respuestas de las que podrá disponer en futuras situaciones de interacción social, así como modificarlas, segregadas y posteriormente sintetizarlas. Dichas habilidades son aprendidas generalmente en ambientes de interacción con pares (de forma especialmente álgida en la infancia), y la tasa de aparición de las mismas se ve potenciada, o no, según las consecuencias que tengan para el sujeto; siempre y cuando las capacidades básicas ya mencionadas (cognitivas y emocionales), no se vean alteradas por la presencia de posibles trastornos del desarrollo, neuropsicológicos, emocionales o cognitivos. En estos casos, se requerirá de una enseñanza específica por parte de profesionales en un ambiente controlado.

Resumiendo, la primera aproximación a la definición de emoción surge hace un siglo con el planteamiento realizado por William James. Desde entonces, diferentes autores (Goleman, 1996, Morgado, 2007, Cantón et al., 2011; entre otros), coinciden con él en que dicho constructo

constituye un mecanismo innato que permite al hombre adaptarse al medio. Recientemente, aportaciones como las de Antonio Damasio (2011), destacan el papel de mecanismos cognitivos en el control y manejo de dichas emociones.

La neurociencia ha permitido profundizar en el estudio de áreas cerebrales implicadas directamente en dicho procesamiento emocional, tanto a nivel involuntario como controlado. Estas emociones surgen en los primeros meses de vida del hombre y van a ir modificándose gracias a la maduración de otros procesos cognitivos, así como al aprendizaje (Cantón et al., 2011), en situaciones de interacción social, favoreciendo la aparición de estrategias de autorregulación, que van a propiciar la capacidad de adaptación al entorno de los individuos (Thompson et al., 2008).

A lo largo del desarrollo, los niños se encuentran expuestos a situaciones de relación con iguales, donde procesos emocionales y cognitivos se ven confrontados con el fin de facilitar dicha capacidad de respuesta a las demandas del medio. El desarrollo de la cognición social – habilidad para identificar y comprender situaciones sociales (Uekerman et al., 2009)-, requiere del funcionamiento coordinado de elementos cognitivos y afectivos, (siguiendo a Roselló et al., 2016: capacidades cognitivas y emocionales básicas, habilidades socio-comunicativas y socio-cognitivas, procesos psicológicos y funciones del sistema ejecutivo). El trabajo coordinado de dichos elementos permitirá la adquisición y perfeccionamiento de habilidades más complejas (habilidades sociales), que van a propiciar la generación de respuestas determinadas en situaciones de interacción con iguales.

CAPÍTULO 3.- TDAH Y ADAPTACIÓN SOCIOEMOCIONAL

Después de haber revisado, a lo largo del segundo capítulo, conceptos concretos relacionados con emociones y socialización en población normotípica; en los apartados siguientes tratamos de profundizar en aquellas alteraciones emocionales y socio-cognitivas que experimentan niños y adolescentes diagnosticados con TDAH.

En primer lugar, se recogen referencias bibliográficas de aquellas investigaciones que describen dificultades en interacción social en torno a este colectivo y, en segundo lugar, se resumen propuestas de diferentes autores en torno al posible origen de tales déficit emocionales y sociales, en aquellas personas que presentan el trastorno.

Hasta el momento, el interés de la mayoría de los investigadores se ha centrado principalmente en la tríada de síntomas nucleares y se ha tenido poco en cuenta la cantidad de estudios que documentan las dificultades interpersonales y la escasa capacidad de adaptación social que sufren las personas con TDAH (Pardos et al., 2009).

Se ha señalado en el capítulo anterior que las habilidades sociales se reconocen como elementos clave para conseguir una adecuada adaptación al entorno social. Sin embargo, las personas diagnosticadas con el trastorno presentan un bajo grado de autocontrol y consecuentemente, un número limitado de habilidades básicas para el funcionamiento social y una motivación inadecuada para las mismas. Esto propicia que se den mayores tasas de conductas disruptivas, agresivas, oposicionistas, etc. (Fernández et al., 2011; Pardos et al., 2009). Los compañeros de clase de las personas con TDAH suelen manifestar quejas a causa de las dificultades interpersonales de los mismos (García, Presentación,

Sieghentaler y Miranda, 2006; Solanto et. al., 2009), ya que afirman que los niños que padecen el trastorno suelen requerir de una atención o supervisión continua para que lleven a cabo las funciones que les corresponden (por ejemplo, seguir las normas en los juegos). Presentan conductas que resultan intrusivas y no son capaces de apreciar el efecto negativo de las mismas en el entorno social. Este tipo de comportamientos, además, se mantienen constantes en el tiempo (incrementándose dicho impacto durante la adolescencia).

El déficit que presentan en el manejo de dichas habilidades probablemente esté condicionado por la disfunción de las vías de neurotransmisores implicadas en procesos emocionales y motivacionales, que parecen ser una de las causas principales del propio trastorno (Pardos et al., 2009). Por ello, y a pesar de que el tratamiento con medicación psicoestimulante y la intervención psicoeducativa reducen de forma considerable los síntomas centrales del trastorno (inatención, hiperactividad, impulsividad), así como mejoran los niveles de autocontrol y reducen problemas asociados (aprendizaje, adaptación al entorno escolar y social...) (Escobar et al., 2005; Miranda, Soriano, Presentación, Y Gargallo, 2000; Valdizán, 2004); sería conveniente aumentar la cantidad de investigaciones dirigidas a conocer en profundidad los déficit socioemocionales de los sujetos con TDAH, así como el tipo de terapias más adecuadas para compensarlos.

A lo largo de este capítulo, se lleva a cabo una revisión de diversos estudios que documentan las dificultades emocionales así como para gestionar sus relaciones interpersonales; se analizan algunas de las propuestas teóricas que plantean posibles causas de dichos déficit en el TDAH, ampliando su enfoque puramente cognitivo a una perspectiva de corte emocional y motivacional.

3.1.- PROBLEMAS DE INTERACCIÓN SOCIAL EN EL TDAH.

Generalmente, los niños y adolescentes con TDAH presentan problemas que van más allá de los tres síntomas categoriales del trastorno. Sus compañeros suelen afirmar que son molestos, ruidosos, hablan demasiado e interrumpen en las conversaciones, no respetan las normas en los juegos, suelen enfadarse con mucha facilidad, etc. (López et al., 2008; García, Prados, Calleja, Muñoz, Y Fernández, 2012; García et al., 2006; Graziano, McNamara, Geffken, Y Reid, 2013; Nijmeijer et al., 2008; Shiels Y Hawk, 2010; Solanto, Pope, Tryon, Y Stepak, 2009). De acuerdo con las distintas investigaciones, los sujetos diagnosticados con este trastorno suelen tener posiciones sociométricas bajas, presentan dificultades interpersonales y una baja competencia social; a pesar del esfuerzo que hacen por ser aceptados por sus iguales. Estas dificultades se mantienen a lo largo del tiempo y suelen incrementarse en la etapa de la adolescencia (donde aparecen en mayor medida conductas disruptivas e incluso agresivas); ya que dichos problemas de relación con iguales en la niñez suelen ser un factor pronóstico de un desarrollo social negativo a lo largo de la vida.

El estudio realizado por García et al. (2006), centrado en analizar el estado sociométrico de niños con TDAH (presentación combinada), en una muestra de 23 sujetos de edades comprendidas entre 7 y 10 años de edad, que no habían recibido tratamiento previo; mostró cómo el 73,91% de los individuos obtuvieron la categoría de rechazados por sus pares. La principal razón (28,17%), por la que éstos niños fueron rechazados se centró en su comportamiento molesto y disruptivo: los compañeros afirmaban que los TDAH no paraban de hablar, no les dejaban en paz, incordiaban, molestaban, etc. La segunda razón se debía a que este grupo manifestaba generalmente una conducta antisocial (19,72%), ya que afirmaban que éstos eran niños malos, buscaban peleas o se metían en líos. Por último, los compañeros de clase de los individuos analizados aludían a la agresividad física (18,31%), para justificar el rechazo hacia los mismos.

En general, los autores agruparon las razones por la que estos sujetos fueron rechazados en tres grupos: conductas molestas para los demás (como se ha comentado: conductas disruptivas, antisociales y agresivas, - 71,83%-); aspectos relacionados con características de su personalidad (ser inmaduros, prepotentes, egoístas...) y factores académicos (en menor medida). Un problema añadido al status social de estos niños gira en torno a que su percepción del grado de aceptación por otros suele estar alterada. Normalmente, los TDAH creen ser más competentes a nivel social, físico y académico de lo que muestran los resultados de las distintas investigaciones. Esta percepción excesivamente positiva y poco objetiva se ha denominado “sesgo positivo ilusorio” (Hoza, Pelham, Dobbs, Owens y Pillows, 2002; Molina, 2013; Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza, Kaiser, 2007). Los niños diagnosticados con TDAH tienden a mostrar una sobreestimación de su desempeño en tareas relacionados con el ámbito académico, social y de comportamiento, respecto a niños de su misma edad que no presentan dicho diagnóstico (Hoza et al., 2002).

Esto nos hace pensar que, a pesar de ser rechazados en un alto porcentaje de casos, los individuos que padecen el trastorno no son conscientes de la verdadera imagen que otros tienen de ellos; algo que, naturalmente, impide que puedan reflexionar acerca de la misma o tratar de poner en práctica las habilidades adecuadas para modificarla. Hoza et al. (2002), Owens et al. (2007) y Molina (2013), afirman la necesidad de investigar de una manera más exhaustiva la relación entre dichas ilusiones positivas en las personas con TDAH y los resultados que se obtienen tras recoger información por parte de sus iguales.

Lora Y Moreno, (2008), analizaron el perfil social de una muestra de 150 sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 10 y 16 años, mediante la escala BASC-3. Estos autores pudieron comprobar cómo el grupo TDAH difería respecto al grupo control en todas las variables medidas en el ámbito de socialización, excepto en ansiedad y timidez. El grupo de individuos diagnosticados con TDAH (presentación combinada), mostraron diferencias significativas con respecto a los

controles en las variables: negativismo, consideración con los demás y autocontrol social. Por tanto, puede afirmarse que este colectivo presenta mayores tasas de negativismo y menor capacidad de consideración y autocontrol con sus iguales respecto a los niños de su misma edad que no presentan el trastorno.

Álvarez, Menéndez, González, Y Rodríguez (2012), realizaron un estudio a 398 estudiantes de la ESO para analizar la relación entre síntomas de TDAH y perfiles de agresión/victimización como predictores de violencia escolar entre los adolescentes, empleando cuestionarios de agresión y victimización creados ad hoc. Los resultados mostraron que los síntomas de TDAH permiten predecir una mayor cantidad de comportamientos disruptivos en el aula. La hiperactividad/impulsividad correlacionó más con la posibilidad de emitir burlas, amenazas, violencia directa e indirecta y exclusión social hacia sus compañeros.

Se han llevado a cabo otras investigaciones que analizan el status social de los niños con TDAH (presentación combinada), basándose en la información aportada por padres y profesores de dichos individuos. Solanto et al. (2009), recogieron información empleando la escala SSRS (Social Skills Rating Scale, 1990); con una muestra de 80 niños de edades comprendidas entre 7 y 12 años (de entre ellos, 20 fueron diagnosticados además con Trastorno de Conducta), que no habían recibido tratamiento previo. Una vez que se analizaron los resultados, se pudo observar que los niños diagnosticados con TDAH mostraban deficiencias sociales cuando eran comparados con el grupo control, según padres y profesores: muestran mayores tasas de agresividad y oposición, menor autocontrol en sus relaciones sociales y una mayor cantidad de problemas de comportamiento con el grupo.

Nijmeijer et al. (2008), llevaron a cabo una revisión por once estudios, realizados entre 1982 y 2005 con niños y adolescentes que padecían el trastorno, con el objetivo de analizar la disfunción social de niños con TDAH, trastornos de conducta y autismo. Los autores encontraron que estos niños presentaban conflictos con adultos y pares, no

eran populares, sufrían rechazo de sus iguales, tenían falta de amigos, etc. Estas circunstancias se veían agravadas cuando los chicos presentaban trastornos comórbidos.

En cada uno de los estudios revisados destacan los siguientes datos: Buhrmester, Whalen, Henker, MacDonald, Y Hinshaw (1992), realizaron un estudio basado en la observación de niños diagnosticados con TDAH y controles (N= 32), de edades comprendidas entre 7 y 12 años, y encontraron que dicho grupo mostraba comportamientos más hostiles, disruptivos e impulsivos que los niños sin trastorno, lo que hacía que estos últimos mostrasen desagrado por sus iguales. Erhardt Y Hinshaw (1994), llevaron a cabo un estudio basado en la observación de niños con y sin TDAH (N= 49), de edades comprendidas entre 6 y 12 años, los niños con TDAH fueron rechazados desde el primer día de su interacción con el resto. Grenell, Glass, Y Katz (1987), emplearon escalas de relaciones sociales, además de observación sistemática, en un grupo de niños con y sin TDAH (N= 30), de edades comprendidas entre 7 y 11 años, y encontraron que los TDAH mostraban deficiencias en su habilidad para manipular conflictos, mantener amistades, además de manifestar comportamientos impulsivos y hostiles hacia los otros. Siguiendo el mismo método de recogida de información con niños con y sin TDAH (N= 181), de edades comprendidas entre 6 y 12 años, Hinshaw Y Melnick (1995), encontraron que los niños con TDAH presentaban mayores tasas de violación de reglas, comportamiento disruptivo, desafiante y agresivo. Hoza et al. (2005), realizaron un estudio con niños TDAH y controles (N= 1.463), de edades comprendidas entre 7 y 9 años, usando un método de nominación de pares y encontraron que los TDAH eran calificados inferiormente en preferencia social (gustaban menos), solían ser rechazados y tenían menos amigos. Por último, Pelham Y Bender (1982), también llevaron a cabo una investigación mediante nominación de pares, con dos grupos (TDAH y controles, N= 45), de edades comprendidas entre 5 y 9 años, los resultados mostraron que los TDAH tenían un estilo de relación más autoritario y agresivo que sus pares, y empezaron a ser rechazados después de 20 minutos de interacción.

En definitiva, y tras revisar diferentes investigaciones cuyo objetivo general giraba en torno al estudio de los déficit en el ámbito social del TDAH, podemos afirmar que la problemática de este colectivo en dicho ámbito se encuentra suficientemente documentada desde hace varias décadas. Los sujetos que presentan el trastorno suelen manifestar un estilo de relación con sus pares desajustado a lo largo de toda la infancia, caracterizado por un comportamiento que suele ser denominado por sus iguales como hostil, impulsivo e incluso agresivo. Cuentan con un número limitado de habilidades para mantener amistades y resolver conflictos sociales, lo que hace que sean rechazados. Además, en la mayoría de los casos cuentan con el inconveniente de que no suelen tener una visión objetiva (ni por tanto, acertada) de dichas limitaciones, lo que dificulta y/o ralentiza el proceso de aprendizaje de las mismas.

3.2.- PROPUESTAS TEÓRICAS PARA JUSTIFICAR LOS DÉFICIT EMOCIONALES Y SOCIALES EN EL TDAH.

De acuerdo con el objetivo del presente estudio, en este apartado haremos alusión a los déficit que van más allá de síntomas centrales en el trastorno. Estas alteraciones están relacionadas con la motivación: necesitan del uso de refuerzos inmediatos para poder responder de acuerdo a reglas, normas o a como se espera de ellos en una situación determinada, y la emoción: muestran generalmente una excesiva reactividad emocional (López et. al., 2008).

Uno de los temas que más se debate es si dichas alteraciones se entienden como deficiencias primarias o secundarias al propio trastorno. El DSM-IV las consideraba como “características asociadas o secundarias”, por manifestarse como consecuencia de la tríada de síntomas diagnósticos. Del mismo modo, las teorías tradicionales en torno al TDAH (Barkley, 1997; Brown, 2002; López et al., 2008), apoyan que las personas diagnosticadas tendrán serios problemas para regular sus estados emocionales, motivacionales y afectivos, considerando que éstos dependen de procesos propios del Sistema Ejecutivo. Principalmente, se

alude a las alteraciones del control emocional y de impulsos, como las causantes de la irritabilidad, agresividad o baja tolerancia a la frustración en estos individuos.

A continuación, se exponen distintas hipótesis que han sido revisadas en diferentes investigaciones en torno al origen de dichos déficit, analizando variables como: procesamiento de la información social, teoría de la mente, empatía, emociones y funcionamiento ejecutivo.

3.2.1. Déficit en Cognición Social, Procesamiento de Información Social, Teoría de la Mente y Procesamiento Emocional en el TDAH.

Como se ha comentado en el capítulo anterior, la interacción social está críticamente relacionada con la capacidad que tenemos para comprender lo que la gente piensa y siente (y la calidad de tales interacciones va a depender, en parte, de esta capacidad). Es decir, las relaciones sociales de un individuo se ven influidas directamente por su **cognición social** (considerada como los conocimientos que se tienen con respecto al entorno social y a las reglas que regulan las relaciones sociales); para lo que es necesario que se codifiquen, representen e interpreten adecuadamente las pistas sociales, o lo que es lo mismo, se procese la información social (Uekermann et al., 2010). Estos autores sostienen que el déficit en la cognición social en el TDAH se debe a disfunciones frontoestriatales, y realizan una revisión de investigaciones desde 1979 hasta 2009, y de forma específica, analizan constructos que influyen en el desempeño social de los individuos, como la percepción emocional mediante el reconocimiento de caras, la prosodia, teoría de la mente o empatía. En concreto, se considera que los déficit en el reconocimiento del afecto (emociones, caras, prosodia...), están presentes en individuos jóvenes con TDAH, pero no ocurre lo mismo en adultos, probablemente debido al retraso en el desarrollo neuropsicológico que caracteriza al propio trastorno. Sin embargo, no tenemos constancia de si existían, o no, otros trastornos asociados que tuvieran una base afectiva o

emocional. En definitiva, los niños diagnosticados con TDAH podrían manifestar un desarrollo inadecuado de los recursos ejecutivos que les permiten percibir y procesar este tipo de estímulos, así como una inadecuada implementación de las estrategias compensatorias a dicho déficit, lo que, consecuentemente, da lugar a alteraciones emocionales y sociales (que resulta secundarias a los problemas en el Sistema Ejecutivo).

Si recordamos el modelo de **procesamiento de la información social** de Crick y Dodge (1994) citado anteriormente, se asume que tal procesamiento puede dividirse en varios niveles de análisis: codificación de pistas, interpretación de las mismas, clasificación de metas que se pretenden alcanzar, construcción de respuestas, decisión de respuestas y representación del propio comportamiento. La cognición social ejerce su función en los niveles uno y dos (codificación e interpretación de pistas sociales), procesos que se desarrollan gracias al córtex prefrontal (por tanto, requieren del funcionamiento ejecutivo), y que consecuentemente, se ven alterados a causa del déficit primario del trastorno. En este sentido, las alteraciones que se manifiestan en el ámbito socio-emocional de las personas con TDAH pueden considerarse **déficit secundarios** al origen del propio trastorno.

Dicho déficit ejecutivo parece afectar a la habilidad para inferir las intenciones de otras personas en situaciones sociales, lo que resulta fundamental para la resolución de conflictos y la comunicación interpersonal. Hemos encontrado investigaciones que apoyan la idea de que las alteraciones en el Sistema Ejecutivo en los individuos con TDAH merman sus capacidades para razonar acerca de los estados mentales de otras personas y comprender su consecuente comportamiento (Premack y Woodruff, 1978); así como para comprender los estados emocionales y sentimentales de otros.

Perner, (2002) y Kain y Perner (2003), buscaron una posible relación entre el funcionamiento ejecutivo y habilidades complejas de cognición social (tratando de correlacionar déficit en funciones ejecutivas y habilidades mentalistas). Se afirma que niños con riesgo de padecer

TDAH obtuvieron peores puntuaciones en tareas de segundo orden que los niños que no presentaban el trastorno. Y por tanto, se hipotetiza con el hecho de que un desarrollo tardío de la **Teoría de la Mente** puede deberse a las dificultades en el control ejecutivo. Las habilidades en Teoría de la Mente hacen referencia a la capacidad de atribuir estados mentales a los demás y a uno mismo, así como sentimientos, creencias intenciones o deseos. Se desarrollan de manera temprana y progresiva en la niñez, comenzando con la capacidad de comprender las creencias de otros sobre una situación (TOM de primer orden), la comprensión de que las personas tienen creencias sobre los pensamientos de otros (TOM de segundo orden), y finalmente, el desarrollo de habilidades mentalistas sociales más complejas -comprensión de ironías, dobles sentidos...- (Brent, Ríos, Happé y Charman, 2004; Berenguer y Roselló, 2016).

En este sentido, si se considera que los déficit en Teoría de la Mente son secundarios a las alteraciones ejecutivas que se dan en estos sujetos, se hace más fácil entender la variabilidad de resultados en tareas que impliquen habilidades mentalistas entre unos estudios y otros. Los investigadores han considerado éstos como déficit procedimentales y no conceptuales. Es decir, a pesar de que estos individuos pueden no mostrar fallos en tareas de laboratorio que impliquen habilidades mentalistas (en ambientes que generalmente suelen estar controlados por los investigadores -actúan como guía externa-, por lo que la implicación del funcionamiento ejecutivo se vería reducida); sus dificultades sí que aparecen en situaciones de la vida cotidiana, donde los sujetos con TDAH deben actuar como directores de su propio comportamiento (Hutchins et al., 2016; Roselló et al., (2016).

El trabajo de Cohen, Vallance, Barwick, et al., (2000), sugiere que el déficit que manifiestan los sujetos con TDAH en los componentes estructurales del lenguaje está relacionado con la inmadurez en el razonamiento cognitivo-social, componente que es propio de la **pragmática**. Baixauli, Roselló y Miranda (2014), definen las habilidades pragmáticas como el uso apropiado que se hace del lenguaje en diferentes

contextos y con diferentes interlocutores, que implican la capacidad de interpretar el significado lingüístico teniendo en cuenta el contexto y que inciden en diferentes áreas del desarrollo, especialmente en la adaptación social. Ygual y Miranda (2004), consideran que las dificultades en funcionamiento ejecutivo inciden de manera crucial en los déficit que presentan las personas con el trastorno para narrar historias. Por ejemplo, cuando deben contar hechos o situaciones vividas se hace necesario emplear la memoria de trabajo para adquirir una visión retrospectiva de la historia que se desea transmitir; así como de procesos de análisis y síntesis de la conducta de los personajes que protagonizaron esta situación. Del mismo modo, para describir secuencias referidas a sucesos de corte emocional, deseos, pensamientos o consecución de metas, el narrador requiere de procesos de regulación emocional y de lenguaje interno, que posibilitan la planificación y organización de pasos a seguir con el fin de alcanzar el objetivo perseguido. Estos problemas se aprecian no solo en el discurso sino en el día a día de las personas con TDAH.

Por otro lado, se han desarrollado investigaciones que analizan si las alteraciones emocionales constituyen **déficit primarios** en el TDAH y estudian la relación entre emociones, sentimientos y la habilidad para interactuar apropiadamente en situaciones sociales. Dolan (2002), se refiere a las **emociones** como estados psicológicos que influyen en nuestro comportamiento para hacer algunas actividades más deseables; aumentando o disminuyendo su grado e índice de ocurrencia. Según este autor, la experimentación y manejo emocional de un individuo es susceptible de ser un reflejo de su capacidad adaptativa. Por tanto, cualquier perturbación en nuestra habilidad para identificar y regular emociones podrá tener consecuencias adversas en nuestra adaptación al entorno social. Y en concreto, los individuos diagnosticados con TDAH suelen presentar a menudo rasgos que les hacen ser calificados como extremadamente afectivos o sensibles emocionalmente (Martel, 2009).

Rapport, Friedman, Tzpelis y Van Voorhis (2002), emplearon tareas emocionalmente neutras, que requerían de las mismas habilidades

cognitivas necesarias para llevar a cabo una adecuada identificación emocional, con un grupo de adultos diagnosticados con el trastorno. Éstos diferían de los controles en tareas afectivas, mientras que no lo hacían en aquellas que no llevaban ningún contenido emocional implícito. Con estos datos concluyeron que los problemas en reconocimiento emocional de los adultos con TDAH no dependían de alteraciones en el procesamiento visuoperceptivo, atencionales, o por impulsividad (ya que este grupo necesitó más tiempo que los controles para identificar emociones). Del mismo modo, Yuill y Lyon (2007), encontraron que los niños con TDAH presentaban más dificultades para procesar información afectiva que los controles debido a una discapacidad primaria en la comprensión de emociones a través de caras. Por otro lado, Williams et al. (2008), exploraron los mecanismos neurales que presumiblemente se encontraban implicados en el procesamiento emocional en niños y adolescentes con TDAH, encontrando anomalías electrofisiológicas a nivel temprano en el procesamiento de emociones a través de caras (caracterizadas por una reducción significativa en áreas del lóbulo occipital). Estas alteraciones se acentuaban cuando dichas emociones eran negativas (miedo, ira). Los autores sugirieron que dichos déficit podían estar relacionados con un funcionamiento anómalo de la amígdala y sus proyecciones hacia la corteza visual y auditiva, teniendo como resultado una inadecuada modulación en la actividad de tales áreas sensoriales.

Graziano et al., (2013), afirman la coexistencia de rasgos de reactividad emocional caracterizados por un alto grado de sensibilidad ante estímulos emocionales (resultado de un deficitario procesamiento de “abajo-arriba”, involuntario); así como de las dificultades de regulación o control emocional (que dependen directamente del control voluntario, de “arriba-abajo”, y que permitirían inhibir respuestas cuando resulte necesario), en los niños diagnosticados con TDAH. Estas deficiencias se asocian con signos externalizantes o agresivos, los niños que mostraron mayores niveles de dichos síntomas externalizantes obtuvieron además peores puntuaciones en medidas de funcionamiento ejecutivo; en comparación con los individuos que tuvieron más problemas

internalizantes, cuyo funcionamiento ejecutivo resultó mejor.

En esta misma línea, Banaschewski et. al., (2012), afirman que los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH manifiestan rasgos de irritabilidad, mal temperamento y cambios impredecibles hacia las emociones. Estos autores, al igual que en la propuesta anterior, apoyan la idea de que un incremento de reactividad emocional en los niños con TDAH puede deberse al déficit de procesamiento de “abajo-arriba”; mientras que la reducción de habilidades en regulación emocional se debe al déficit de procesamiento de “arriba-abajo”. La amígdala y el Sistema de Activación Reticular Ascendente ejercerían un rol importante en la reactividad emocional, ya que modulan la sensibilidad perceptual de la información entrante y generan una respuesta automática y pasajera, como consecuencia de una experiencia emocional subjetiva. La regulación “arriba-abajo” de las emociones está asociada con la modulación de la actividad neural que llega a la amígdala desde zonas del córtex prefrontal (incluyendo córtex prefrontal lateral, córtex cingulado anterior y córtex orbitofrontal).

Después de analizar estos estudios, podemos concluir que una parte de la comunidad científica se plantea la hipótesis de que determinados síntomas emocionales ser primarios (tienen su origen en estructuras subcorticales, como es el caso de la reactividad emocional), y otros secundarios a los déficit ejecutivos (problemas de regulación emocional), un hecho que abriría un poco más el debate en torno al origen de dichas alteraciones.

3.2.2. Alteraciones neuroanatómicas y biológicas en el procesamiento emocional del TDAH:

Llegados a este punto, y debido a que en el campo de la neurobiología aún no existe un consenso por parte de los investigadores en torno a qué áreas y conexiones específicas están afectadas en el propio trastorno y originan alteraciones a nivel cognitivo y, sobre todo,

emocional; creemos que resulta necesario hacer de nuevo alusión a la literatura en torno a las bases neuroanatómicas y bioquímicas del procesamiento emocional en personas que no presentan TDAH con el objetivo de esclarecer algunos de los conceptos que han sido tratados a lo largo de este apartado, como es el caso de las áreas y circuitos de los que depende el procesamiento de emociones positivas y negativas, y de esta manera, compararlos con las áreas y conexiones que se conocen como alterados en el trastorno, buscando así la base para responder a la cuestión de si nos hallamos ante alteraciones primarias o secundarias:

Las emociones negativas dependen de circuitos que envuelven la amígdala, el hipocampo, el córtex cingulado anterior y el córtex prefrontal derecho; mientras que las emociones positivas se procesan en circuitos que abarcan la amígdala, el núcleo accumbens, el córtex cingulado anterior y el córtex prefrontal izquierdo. Tanto unas como otras se manifiestan desde la infancia temprana, mientras que el proceso de control se desarrolla posteriormente. Tal proceso (autorregulación emocional), implica áreas del córtex prefrontal, dorsolateral y orbitofrontal, así como el córtex cingulado anterior (donde actúa una amplia gama de neurotransmisores -acetilcolina, norepinefrina, dopamina, serotonina-) (Martel, 2009). En concreto, el córtex prefrontal (y especialmente la región del cingulado anterior -dopamina/serotonina-), se han considerado áreas que tienen un papel central en el procesamiento de emociones y en la regulación cognitiva y emocional (así como en el origen del propio trastorno). Se hipotetiza que existe una transferencia de energía de un circuito a otro, considerando que ambos procesos trabajan juntos hacia las mismas metas (por ello, es difícil disociarlos al hablar de manifestaciones comportamentales). Esto cobra sentido cuando se compara con el robusto cuerpo de investigaciones que relaciona rasgos de la regulación emocional (emociones negativas, neuroticismo o extraversión), con trastornos de conducta y TDAH. En el primer apartado de este capítulo se ha hecho alusión a las dificultades socio-emocionales del TDAH: mayores tasas de emociones negativas y neuroticismo, emociones positivas y a veces extraversión, y ser menos amables que los niños sin trastornos, entre otras.

Nigg y Cassey (2005), apoyan que las alteraciones en funciones ejecutivas, así como las disfunciones en los sistemas de recompensas (a los que se aludió al hablar del modelo de Sonuga), están implicadas en diferentes síndromes: TDAH, trastornos de conducta, adicciones o abuso de drogas. Estas teorías proponen que los mismos mecanismos cognitivos y afectivos son la base de la psicopatología desregulatoria de dichos trastornos. Parten de la idea de que los sistemas neurales implicados en estos mecanismos se solapan: los circuitos neuroanatómicos y neuroquímicos encargados de procesos psicológicos como las funciones ejecutivas, sistema de recompensas, regulación emocional y motivación, están estrechamente relacionados. Estos autores analizan cómo el control cognitivo podría estar relacionado con la respuesta afectiva y proponen que en el caso de los individuos con TDAH, debido a que ambos procesos se encuentran alterados, se producen disfunciones en el control emocional y de impulsos.

El desarrollo de los sistemas neurales que dan lugar a los procesos de autorregulación (directamente afectados en el TDAH) permitirá: por un lado, que se produzca un aprendizaje y puesta en práctica de habilidades en el contexto de socialización; y por otro, que determinadas capacidades cognitivas de orden superior puedan afianzarse. Por tanto, las regiones neurales implicadas en el TDAH envuelven tanto elementos de control cognitivo como de respuesta afectiva. Estas regiones se componen de tres circuitos interdependientes: dos de ellos necesarios para aprender a predecir lo que va a ocurrir en un contexto determinado (circuito frontoestriatal), y cuándo puede ocurrir (circuito frontoneocerebral). Ambos circuitos trabajan juntos para monitorizar el entorno y adecuar el comportamiento en el contexto apropiado, a través de conexiones aferentes y eferentes con la corteza prefrontal. El tercer circuito envuelve los comportamientos de aproximación y/o evitación una vez evaluado y detectado el significado emocional de una situación determinada (circuito frontolímbico).

Por tanto, debemos considerar que el individuo con TDAH tiene

problemas para crear expectativas básicas sobre su entorno, de manera que su habilidad para detectar alteraciones en estas expectativas se debilitará (habrá un menor procesamiento de la información de arriba a abajo); por lo que fallará su formación de predicciones, capacidad regulatoria y finalmente, comprensión de lo ocurrido, de ahí que la secuencia de comportamientos que aparece como respuesta a determinadas situaciones no habrá sido modulada previa y adecuadamente por la información con la que se está trabajando, y se verá influida por el intento de evitar consecuencias no deseadas para sí mismos (fallando en el tiempo de demora para alcanzar la recompensa deseada). Dichas predicciones si podrían hacerlas otros sujetos (que no padezcan el trastorno), en las mismas circunstancias, lo que les permitiría esperar para dar la respuesta adecuada e incluso frenarla una vez que esté iniciada.

Por tanto, para que se produzca una adecuada adaptación al entorno, los individuos necesitan de la capacidad para cesar sus acciones en situaciones en las que se requiere de una evaluación de posibles consecuencias y de la planificación de los pasos que constituirán la respuesta que se va a dar. En situaciones sociales y una vez que se inhibe la conducta, se requiere de la activación no solo de procesos psicológicos superiores como atención, memoria de trabajo, etc., (que permitirán la puesta en marcha de las funciones ejecutivas); sino de otro tipo de habilidades socio-cognitivas y emocionales, como percibir estados emocionales propios y ajenos, ponerse en el lugar del otro, inferir intenciones, identificar pistas sociales e interpretarlas, etc. Con toda esta información el individuo debe gracias a la puesta en marcha del Sistema Ejecutivo, autorregular sus propias emociones y motivaciones para poder planificar de manera objetiva respuestas específicas para cada situación, prever las consecuencias que éstas tendrán, llevarlas a cabo siguiendo el plan preestablecido y analizar el propio comportamiento para poder evaluarlo y modificarlo en situaciones futuras.

En los individuos con TDAH, los déficit aparecen desde el momento en que se debe inhibir determinada conducta (déficit en el área

prefrontal), para dar paso a los recursos cognitivos que permitirán que estos sujetos monitoricen su propio comportamiento según las necesidades que se dan en el entorno. Por lo que las dificultades aparecen desde el momento de evaluar y crear expectativas en torno a la situación en la que se ven inmersos y las respuestas que deben darse. Dichos problemas de autorregulación reduce las posibilidades de aprendizaje y consecuentemente, la puesta en marcha de determinadas habilidades sociales. Con esta falta de oportunidades se produciría un desarrollo tardío de capacidades socio-cognitivas y emocionales.

En resumen, los niños y adolescentes con TDAH presentan problemas para controlar y regular sus emociones, pensamientos y comportamientos. Cuentan con un número limitado de habilidades orientadas al funcionamiento social óptimo y con una motivación inadecuada para adquirir las mismas y llevarlas a cabo; de ahí que sean rechazados por sus iguales y se les categorice como: ruidosos, molestos, agresivos... (López et al., 2008, García et al., 2012, Presentación et al., 2006).

Los investigadores se plantean si estos déficit resultan principales (centrales), o secundarios, asociados a los déficit primarios (propios del Sistema Ejecutivo). Por un lado, existen propuestas que consideran que el déficit ejecutivo interfiere en el adecuado desarrollo de: habilidades mentalistas (Perner, 2002, Kain y Perner, 2003), habilidades pragmáticas (Cohen et al., 2000, Ygual y Miranda, 2004), o procesamiento emocional (Nigg y Cassey, 2005), entre otros. Por otro lado, podemos encontrar trabajos que apoyan la hipótesis de que las alteraciones emocionales en el TDAH no solo se deben a problemas ejecutivos, sino que resultan de un deficitario procesamiento de “abajo-arriba” –involuntario-, de la información que proviene del medio (Graziano et al., 2013, Poustka et al., 2012).

CAPÍTULO 4.- PROPUESTA DE UNA CONCEPCIÓN INTEGRADORA COGNITIVO-EMOCIONAL EN EL TDAH.

A lo largo del siguiente capítulo se realiza una reflexión teórica en torno al papel que ocupan las emociones en el origen del TDAH, tanto a nivel neuroanatómico como funcional. Para ello, revisamos y tratamos de ampliar la visión en torno a la definición de Sistema Ejecutivo, planteando que dicho constructo se compone y activa, no únicamente de procesos y funciones cognitivas, sino que incluye elementos de índole emocional y, consecuentemente, se ve implicado en el desarrollo social de los sujetos.

Al iniciar el presente trabajo de estudio, reflexión teórica, y de investigación de campo, el primer objetivo que nos planteamos fue tratar de comprender mejor el papel y la importancia que las emociones desempeñan en el desarrollo y el comportamiento de las personas con TDAH, particularmente en su desenvolvimiento social, el modo en que éstas se relacionan con el resto de los procesos neuropsicológicos y, sobre todo, con las funciones ejecutivas, en el marco de una concepción integradora evolutiva, cognitiva y emocional del desarrollo y las dificultades que presentan las personas que padecen TDAH. Como segundo objetivo, en los programas de intervención se incluya como elemento fundamental el entrenamiento en la identificación y autorregulación de las emociones, particularmente en situaciones de interacción social. A continuación, se exponen los elementos neuroanatómicos y funcionales que a nuestro juicio sustentan dicha concepción.

El TDAH constituye un trastorno que ha tratado de ser explicado y abordado desde múltiples perspectivas: neuromédica y biológica (desde las

que se han analizado sus bases genéticas, neuroanatómicas y bioquímicas; cuyas investigaciones han favorecido principalmente la elección del tipo de fármaco más adecuado para su tratamiento), neuropsicológica (que se ha centrado en aquellos procesos psicológicos y funciones ejecutivas alterados, tales estudios han servido para facilitar el diagnóstico y la intervención desde diferentes ámbitos: cognitivo, conductual y a través de la combinación de ambas técnicas, asumiendo la atención no sólo al sujeto sino también a su entorno) y psicoeducativa (donde las estrategias de corte psicológico se han combinado con medidas pedagógicas para paliar dificultades de aprendizaje y adaptación escolar).

Desde nuestro punto de vista, la definición del TDAH debe enfocarse desde una perspectiva integradora y multidisciplinar, que dé cabida al origen intrínseco del trastorno (como una alteración neuropsicológica, de base genética, que es atendida desde el ámbito médico y psicológico), así como a la pobre capacidad para el aprendizaje y la adaptación del sujeto a su entorno (lo que implica una atención específica desde el ámbito psicoeducativo). Por ello, tanto el diagnóstico como la intervención demandarán a profesionales del ámbito sanitario (pediatras, neurólogos infantiles y psiquiatras infantiles), psicológico y psicoeducativo (orientadores -psicólogos, psicopedagogos y pedagogos-, maestros y profesores, terapeutas); en colaboración con las familias y compañeros de las personas con TDAH.

PROBLEMAS O DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN ESCOLAR	PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN FAMILIAR	PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis (y posterior síntesis), de los elementos de las tareas, necesarios para la configuración de aprendizajes, dando lugar a dificultades en la adquisición de nuevos conocimientos. • Elaboración de estrategias, evaluación y modificación de las mismas. • Generalización de estrategias a diferentes contextos. ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Interiorización y consecuente cumplimiento de normas de convivencia escolar. • Mantenimiento de atención sostenida en el desarrollo de tareas. • Organización del trabajo escolar y gestión del tiempo. • Autonomía en la ejecución de tareas. • Capacidad de evaluar e interiorizar errores previos, y consecuente modificación o corrección de estrategias/pasos en el desarrollo de actividades, lo que da lugar a reincidencias o repetición de errores. ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Interiorización y cumplimiento de normas de convivencia en el hogar; y consecuentemente, aparición de conductas desafiantes ante normas. • Autonomía en habilidades de la vida diaria (relacionadas con el aseo, comida, orden...), y consecuente incumplimiento de rutinas. • Excesiva labilidad emocional ante situaciones de conflicto familiar y problemas para gestionar sus respuestas ante la presencia de emociones negativas (ira, frustración...) ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de interacciones (falta de habilidades de comunicación social, dando lugar a ineficacia de habilidades relacionadas con saludos y presentaciones). • Mantenimiento de conversaciones (problemas con el contacto ocular, prosodia, toma de turnos...). • Identificación de pensamientos y estados emocionales en otros (necesarios para planificar sus propias respuestas y prever las de los demás). • Autocontrol/autorregulación de sus propias emociones (ira, tristeza, alegría, miedo...), especialmente negativas. • Evaluación, modificación y generalización de estrategias de resolución de conflictos sociales. ...

Nuestra reflexión no pretende minusvalorar las aportaciones predominantemente cognitivas realizadas, ya que consideramos que las alteraciones de corte cognitivo (procesos psicológicos y funciones ejecutivas), son un elemento clave para entender la problemática del TDAH. Tales procesos y funciones son activados en situaciones (novedosas o no) en las que haya que establecer metas, diseñar y ejecutar planes, reconocer errores, alterar o detener acciones y reconducirlas, seleccionar respuestas y organizarlas temporalmente, etc. Por tanto, constituyen herramientas que cualquier individuo necesita para afrontar situaciones de cambio o adaptación, sin limitarse a un determinado contexto (por ejemplo, la investigación psicoeducativa se ha centrado principalmente en la búsqueda de tratamientos y adaptaciones que permitan alcanzar las condiciones óptimas para el aprendizaje y un adecuado nivel curricular), sino en cualquier situación de su vida diaria (relaciones sociales, laborales, etc.).

Por ello, creemos que es necesario ampliar el ámbito de estudio del TDAH, dentro de una perspectiva psicológica y psicoeducativa, con el objetivo de aumentar la atención que hasta ahora se le ha dado a los déficit emocionales y sociales; ya que en la actualidad se hace cada vez más alusión a la cantidad de síntomas que dificultan la adecuada adaptación en estos ámbitos de las personas con TDAH -a pesar de contar con un tratamiento farmacológico, psicoeducativo y/o multicomponente- (Pardos et al., 2009; López et al., 2010). Tales síntomas se relacionan, como se ha señalado en el capítulo anterior; con la ineficacia en la adquisición (o adquisición tardía), de habilidades como: identificar señales emocionales en uno mismo, reconocer de forma efectiva emociones que están experimentando otros, detener respuestas de escape ante emociones negativas y regular adecuadamente su comportamiento según el objetivo que perseguimos, entre otras. Y que influyen de manera directa en los problemas sociales (como pueden ser la falta de capacidad para resolver conflictos con iguales, que requiere de habilidades para ponerse en el lugar del otro -anticipar sus pensamientos, sentimientos y respuestas-, y adaptar las nuestras buscando objetivos comunes, evaluar información del contexto

antes de llevar a cabo nuestras acciones, etc.)

De este modo, llevamos a cabo un análisis por diversos modelos teóricos que sustentan la hipótesis del origen del trastorno desde una perspectiva cognitiva y/o motivacional (atendiendo especialmente a aquellos que consideramos que son más influyentes en nuestra propuesta); así como por las recientes propuestas que se han realizado desde el ámbito emocional (las cuales resultan bastante más escasas). En concreto, nuestro trabajo pretende ofrecer una explicación actualizada del concepto de TDAH, partiendo de una perspectiva psicoeducativa que contemple el procesamiento emocional como un elemento afectado más, en el Sistema Ejecutivo de la persona que padece el trastorno y que, por tanto, sea contemplado desde el ámbito de diagnóstico e intervención.

Por tanto, el punto de partida se encuentra en los modelos cognitivos elaborados por Barkley (2006), en su Modelo Híbrido de Autorregulación y Funciones Ejecutivas; y de Lavigne y Romero (2009), en su Modelo Cognitivo de Déficit en el SE. Así como se revisan las aportaciones de corte motivacional y conductual realizadas por Sonuga-Barke (2005), en su modelo de Déficit Único de Aversión a la Demora, y la revisión del mismo llevada a cabo posteriormente y con la que confeccionó un Modelo Dual. Además, recurrimos a algunas de las investigaciones (en general, estudios conductuales), que apoyan la hipótesis de que en el TDAH existe una alteración en la Expresión y Regulación Emocional; en concreto, nos centramos en la Teoría Integrativa del TDAH de Nigg y Cassey (2005). En paralelo, y debido a la escasa cantidad de propuestas relacionadas con este tipo de déficit, se analizan modelos o propuestas teóricas que sustentan el procesamiento emocional de individuos normotípicos, desde una perspectiva dimensional: partimos de la Teoría de los Marcadores Somáticos de Damasio (2011), por ser la aportación que ha sido aceptada de manera más generalizada.

Barkley (2006), apoya la hipótesis de que el TDAH constituye una disfunción cognitiva. El componente nuclear del trastorno se centra en la

falta de inhibición de la respuesta, entendida como una función ejecutiva que ocasiona unos niveles evolutivamente inadecuados de actividad motriz, inatención e impulsividad; lo que hace que la persona que padece el trastorno tenga dificultades para llevar a cabo determinados comportamientos que se encuentran encaminados a la consecución de metas. Barkley apoya que los déficit que experimentan las personas con TDAH para inhibir su conducta dependen a su vez de lo que él denomina como funciones ejecutivas: memoria de trabajo verbal y no verbal, autocontrol de la motivación y del afecto, internalización del lenguaje y reconstitución. Consecuentemente, aparecen problemas para mantener la atención de manera sostenida, que vienen dados por una incapacidad de persistir en las tareas (resistiendo a las interferencias). Respecto a los elevados niveles de impulsividad, constituyen una dificultad para demorar los reforzadores que se esperan después de llevar a cabo la respuesta al estímulo concreto. A partir de estas alteraciones, las personas con TDAH presentan serias dificultades para seguir lo que se conoce como “conductas gobernadas por reglas”; es decir, llevar a cabo aquellos comportamientos que no dependen de refuerzos inmediatos, sino de su propio autocontrol y automotivación (Servera, 2005; Barkley, 2006). En resumen, Barkley apoya que el TDAH constituye un trastorno ocasionado por alteraciones en procesos de control neurocognitivo. De este modo, el comportamiento de las personas que lo padecen resulta afectado por el déficit inhibitorio, que deriva de alteraciones en funciones ejecutivas.

Coincidimos con la aportación realizada por Barkley respecto a que el TDAH debe explicarse como un retraso en el desarrollo neuropsicológico que tiene como síntoma primario el déficit de autorregulación (consideramos que el concepto inhibición conductual puede dar lugar a errores, entendiendo que tales alteraciones se limitan a un problema en el control de las respuestas/comportamientos del individuo), el propio autor ha potenciado la importancia del concepto “autorregulación” en diferentes revisiones de su modelo (Servera, 2005). El proceso de autorregulación implica dificultades para el control y evaluación de su pensamiento y de sus

emociones, así como para el establecimiento de planes encaminados a la acción (comportamientos); dicho déficit viene desencadenado por alteraciones en diferentes estructuras neuroanatómicas, procesos psicológicos y componentes emocionales. En este sentido, resulta necesario hacer una adecuada distinción entre procesos psicológicos y funciones del SE. Por ejemplo, Barkley designa (de entre los cuatro elementos principalmente alterados), a la memoria de trabajo verbal y no verbal, como funciones ejecutivas. Desde nuestro punto de vista, consideramos que tales constructos deben hacer referencia a procesos psicológicos (básicos, atendiendo a una distinción clásica en psicología entre procesos psicológicos básicos –como la percepción y la memoria- y complejos – como el pensamiento o el lenguaje-; en ocasiones también se los ha distinguido como inferiores y superiores), de los que van a depender las funciones ejecutivas. En el primer caso, los procesos psicológicos (y sus funciones) constituyen lo que entendemos como *mente* (cualidad emergente e inmaterial de unas estructuras físicas y materiales que conocemos como cerebro). Estructuras orgánicas, procesos y funciones psicológicas constituyen los que denominamos Sistema Ejecutivo, cuyo objetivo fundamental filogenético y ontogenético es la supervivencia de la especie mediante el control del comportamiento de los individuos, de modo muy sustantivo en las situaciones de interacción social. Los procesos psicológicos se ocupan (con especial atención a las personas con TDAH) de inhibir sus respuestas, controlar y regular su pensamiento y emociones, limitar la influencia de estímulos que provienen del entorno (externos), y responder, o no hacerlo, a los acontecimientos según la necesidad (Lavigne, 2009). De este tipo de procesos –así como de los componentes estructurales que conforman dicho sistema y dan soporte orgánico a dichos procesos-, se derivan las llamadas funciones ejecutivas, entendidas como capacidades superiores que se ponen en marcha en función de las características de la tarea que se pretende llevar a cabo, con el fin de poder anticipar y establecer metas, construir planes, iniciar actividades y llevarlas a cabo de manera adecuada (Tirapu et al, 2008; Lavigne, 2009). Pensamos que en relación a lo que entendemos por comportamiento humano inteligente y adaptado, lo que

realmente distingue a unas personas de otras no son tanto sus capacidades (procesos psicológicos) como el uso que hagan de ellas (funciones ejecutivas). Las funciones ejecutivas constituyen lo más evolucionado y adaptativo del cerebro y la mente humana. Por tanto, la puesta en marcha de las FE va a depender directamente del trabajo coordinado de dichos procesos, en función de la necesidad que plantee la tarea a llevar a cabo. Entre estas funciones, podemos distinguir: planificación, organización, automonitorización, flexibilidad y toma de decisiones (entre otras).

Lavigne y Romero (2009), basándose en el modelo de Barkley y en la búsqueda de una propuesta teórica que profundizase en la naturaleza de los déficit del trastorno, establecen una explicación del concepto TDAH que parte de un inadecuado funcionamiento y coordinación de diferentes elementos del Sistema Ejecutivo. Se entiende que éste constituye un sistema de procesamiento de información compuesto por una serie de estructuras cerebrales (principalmente lóbulo frontal y sus conexiones con ganglios basales y cerebelo -vías de neurotransmisión de dopamina y noradrenalina-), y de procesos psicológicos cognitivos (memoria de trabajo, atención, internalización del lenguaje, etc.), que en las personas que padecen el trastorno se encuentran alterados. A diferencia de Barkley, estos autores realizan una distinción entre dichos procesos psicológicos y las funciones ejecutivas, entendidas como capacidades cognitivas de orden superior (que no poseen los animales) que participan de la coordinación entre los mismos (por ejemplo, planificar exige, entre otros, la coordinación de la memoria de largo plazo, la memoria de trabajo, el pensamiento, el lenguaje). Tales funciones permiten al individuo procesar la información tanto exteroceptiva como interoceptiva y sus contingencias; y regular su pensamiento y comportamiento –generar, coordinar, etc., planes de acción y ponerlos en práctica, o no, según convenga-, para alcanzar un objetivo. Por tanto, los síntomas primarios del déficit (inatención, hiperactividad e impulsividad), así como secundarios (dificultades para el aprendizaje y la adaptación a diferentes entornos), se manifiestan como consecuencia de una inadecuada coordinación de dichos procesos y estructuras del SE, que

consecuentemente, alteran las funciones ejecutivas, necesarias para ejecutar acciones encaminadas a alcanzar metas.

Esta propuesta resulta aclaratoria ya que esquematiza los componentes alterados (neuroanatómicos y psicológicos), que parecen ser el origen de los síntomas principales y secundarios del trastorno. Sin embargo, dicho modelo, como ocurre con la propuesta de Barkley, tiene un enfoque cognitivo-conductual. En ambos se exponen las dificultades de autorregulación motivacional y emocional, aunque (al igual que en la mayor parte de las investigaciones realizadas hasta hace unos años y quizás porque el trastorno se considera como una disfunción ejecutiva, principalmente), se hace poca alusión a las áreas y vías cerebrales a las que se les atribuyen elementos como la emoción, el afecto y la motivación; y sus consecuentes síntomas (dificultades de identificación, expresión y regulación emocional y motivacional, que dan lugar a comportamientos marcados por una excesiva labilidad emocional y problemas para demorar el tiempo de respuesta ante incentivos, entre otros).

En nuestro intento por comprender la naturaleza de alteraciones emocionales y motivacionales en el TDAH, hemos realizado un análisis por los modelos único y dual de Sonuga-Barke (2005), ya que constituyen una propuesta que amplía el foco de estudio del trastorno desde una perspectiva puramente cognitiva a un enfoque de origen motivacional y posteriormente dual (alteraciones de naturaleza cognitiva y motivacional que se manifiestan de forma simultánea). En este modelo se asume que la persona con TDAH presenta una disfunción en lo que se denomina “Circuito de Recompensas”, donde se encuentran implicadas las vías de neurotransmisores dopamina y noradrenalina que conectan estructuras de los ganglios basales -cingulado anterior, estriado ventral y núcleo accumbens- y del tálamo; con áreas del lóbulo frontal -córtex orbitofrontal-. La amígdala, a su vez, se encuentra implicada en dichos circuitos en cuanto a que envía señales a las áreas citadas (ejerce un papel influyente en los procesos de motivación hacia los incentivos). El resultado de las alteraciones neurobiológicas se refleja en un

déficit en la percepción de señales que indican las recompensas de acciones presentes y futuras, con lo que la evaluación de respuestas y del tiempo de espera para llevar a cabo las mismas se ve alterado. En un segundo momento, el autor lleva a cabo una revisión de su modelo, planteando que en las personas con TDAH se produce una concurrencia de déficit de origen cognitivo y motivacional. Por un lado, se produce una alteración en los circuitos de recompensa que da lugar a una dificultad para detectar señales de incentivos que aparecen de forma retardada, ocasionando respuestas impulsivas, lo que hace que se produzca el fenómeno que el autor denomina “aversión a la demora”, por la reiterada ineficacia ante situaciones que suponen tales recompensas demoradas. Por otro lado y de forma paralela, se produce un déficit en el circuito ejecutivo, que ocasiona alteraciones en la capacidad de inhibición de respuesta, dando lugar a la aparición de los síntomas disejecutivos propios del trastorno, así como al resto de síntomas secundarios a los mismos (Sonuga, 2005).

Cabe destacar que la hipótesis planteada por Sonuga-Barke en su modelo dual resulta especialmente relevante al considerar el TDAH como una alteración disejecutiva que además experimenta déficit en otras regiones que van más allá del lóbulo frontal. Cada vez son más las propuestas que apoyan la teoría del modelo dual de este autor (Sonuga, 2005), y que apuestan por atender a las alteraciones que se dan en los circuitos de recompensa provocando que estas personas manifiesten una inhabilidad en la detección de señales que les indican incentivos a largo plazo, respondiendo de forma impulsiva y decantándose por refuerzos inmediatos. En nuestra propuesta, nos planteamos la reconceptualización del Sistema Ejecutivo en las personas con TDAH y ampliamos el foco de estudio de estructuras cerebrales y elementos psicológicos, emocionales y motivacionales implicados.

En relación con nuestro objeto de estudio, no discutimos que el eje central de los síntomas que caracterizan el trastorno se encuentra en el área frontal cerebral y que, por tanto, las personas que padecen TDAH presenten

una alteración ejecutiva. Sin embargo, sí tenemos en cuenta las continuas aportaciones que se llevan a cabo en torno al conexionismo cerebral (Rumelhart y McClelland, 1986; Ramos, Piqueras, Martínez y Oblitas, 2009), y que apoyan que el cerebro humano debe ser entendido como una “red” organizada, compuesta por diversas estructuras que se encuentran interconectadas. Las conexiones más generalizadas se originan en estructuras subcorticales y se proyectan “hacia arriba” (corteza cerebral), en todas direcciones. Asimismo, cada zona específica de la corteza recibe el impulso y envía un feedback a la zona de origen (a medida que vamos ascendiendo, la especificidad de las estructuras implicadas es mayor). Para tener una visión adecuada del cerebro humano como una red organizada, merece la pena atender a la Teoría del SOS de Aloyzi (Self-Organizing System), que plantea que el funcionamiento neuronal se produce dentro de un sistema de trabajo organizado y sistémico, por lo que se asume que el cerebro puede especializarse en determinadas funciones, que parten de una red que se integra en diversas estructuras conectadas a través de vías de neurotransmisión; dichas conexiones se adaptan y pueden cambiar gracias a la experiencia de los sujetos, así como las disfunciones localizadas en unas zonas pueden provocar alteraciones en otras –debido a un desbordamiento y sobreocupación de las funciones que le son atribuidas- (Aloyzi, 2001). Como consecuencia de dicha conectividad, cuando se hace referencia al término TDAH es necesario pensar de manera globalizada en la calidad de las interconexiones que se dan entre estructuras corticales y subcorticales. De este modo, es posible entender que los síntomas que estas personas manifiestan van más allá de una alteración en procesos cognitivos.

Por tanto, consideramos que los déficit ejecutivos resultan primarios en el trastorno, ya que coordinan al resto de funciones afectadas (emocionales y motivacionales). Sin embargo, estas funciones deben ser incluidas -al referirnos tanto a estructuras cerebrales como a elementos implicados- en el concepto de Sistema Ejecutivo de la persona con TDAH. De esta manera, se asumiría que las alteraciones que se producen en el trastorno son el resultado de la interacción entre diversas estructuras

cerebrales y, por tanto, entre elementos psicológicos, emocionales y motivacionales. Sin olvidar que la corteza prefrontal constituye el área asociada a procesos que resultan centrales, por su papel coordinador del resto de funciones. Las estructuras cerebrales asociadas a la identificación emocional o activación hacia incentivos (amígdala, núcleo accumbens, sistema reticular ascendente, etc.), no presentarían una alteración que diese lugar a problemas de capacidad (como sí sucede en otros trastornos del neurodesarrollo), sino que la ineficiencia de sus conexiones con el área prefrontal daría lugar a problemas de desempeño de las funciones que se les asocian.

Creemos que es necesario atender a las estructuras subcorticales que se plantean en el Modelo Dual de Aversión a la Demora (entre otras), sin olvidar las conexiones que éstas tienen con el área frontal (proyecciones eferentes), y el feedback que reciben de la misma (proyecciones aferentes). Pensamos que el planteamiento realizado por Sonuga constituye una aproximación interesante para comprender las alteraciones que se producen a niveles no cognitivos en las personas que padecen TDAH. Sin embargo, dicha aportación no resulta suficiente ya que, desde nuestro punto de vista, las alteraciones resultan efectos colaterales de: en primer lugar, déficit ejecutivos; y en segundo lugar, déficit emocionales. Siguiendo la propuesta del modelo de Aversión a la Demora, la amígdala se encarga de enviar señales al resto de estructuras implicadas en el circuito de recompensas – ganglios basales, tálamo, corteza prefrontal dorsolateral-, ejerciendo un papel central en la motivación hacia incentivos, fenómeno que se ve alterado en las personas que padecen el trastorno. Por tanto, resulta interesante considerar que las personas con TDAH presentan una inhabilidad para identificar y otorgar significado a las señales o información afectiva que proviene de estímulos externos e internos (la amígdala y el resto de estructuras implicadas envían señales al córtex prefrontal, y éste debe coordinar dicha información y organizar las respuestas). Como resultado, se producen problemas para separar la carga afectiva y detener respuestas inadecuadas –autorregulación emocional-; evaluar tal

información, establecer planes de acción –funciones ejecutivas-; y autorregular su comportamiento en función de la recompensa que se pretende alcanzar a corto o largo plazo –automotivación-. Todo ello, tiene como resultado comportamientos inadecuados o inadaptativos, que además suelen generar respuestas negativas en el entorno (padres, profesores, compañeros...), privando a la persona con TDAH de la retroalimentación adecuada de información acerca de su propia respuesta, y por tanto, aumentando la posibilidad de que cometan errores futuros.

A este respecto, creemos que resultan interesantes los hallazgos de Bechara, Damasio, Damasio y Anderson (1994), y Bechara, Damasio, Tranel y Damasio (1997), mediante el uso de experimentos con juegos de azar de Iowa. Los autores encontraron que los sujetos con daños en el córtex prefrontal ventromedial (zona intermediadora entre las emociones, lo que siente el cuerpo y las estrategias cognitivas reguladoras), que tenían intactas sus capacidades cognitivas, mostraban respuestas emocionales anticipatorias (malas elecciones), por lo que debían enseñarles a anticipar el riesgo, ya que por sí mismos no recibían información proveniente del proceso de autorregulación emocional que les permitiera aprender de sus errores, y seguían persistiendo una y otra vez en sus malas decisiones. Es decir, analizando estos resultados podemos concluir que el aprendizaje resulta de la relación cognición-emoción.

Con respecto a los déficit emocionales y su relación con el Sistema Ejecutivo, no existe un cuerpo consolidado de modelos o teorías que traten de dar respuesta al origen de los mismos, ya que los estudios ligados al procesamiento y regulación emocional en niños y adultos con TDAH resultan bastante escasos. Entre la limitada cantidad de investigaciones hallada, pueden apreciarse dos vertientes: en la primera de ellas se considera que la identificación y expresión emocional se encuentran afectadas en este colectivo como síntoma secundario a los déficit ejecutivos. Algunos estudios conductuales apoyan que los niños con TDAH presentan dificultades con el reconocimiento emocional (Albert et al., 2008),

especialmente a edades tempranas. Los autores, apoyan la hipótesis de que la propia disfunción ejecutiva (alteraciones en circuitos frontoestriado y frontocerebeloso), dificultan la capacidad del niño para el reconocimiento de estímulos emocionales en este tipo de tareas (por ejemplo, las dificultades para el reconocimiento emocional de caras derivan de sus propias limitaciones atencionales, a la hora de percibir rasgos específicos y asociarlos a una emoción determinada). En la segunda vertiente, se plantearía que las dificultades emocionales serían un síntoma primario en el TDAH, ya que las estructuras cerebrales encargadas del procesamiento emocional resultarían también áreas alteradas, de ahí que estos déficit se den “en paralelo” a los problemas cognitivos. Algunos autores han tomado como referencia la Teoría Integrativa del TDAH de Nigg y Cassey (2005), en la que se considera que, además de las alteraciones cognitivas y conductuales derivadas de los déficit en el funcionamiento coordinado de los circuitos frontoestriado y frontocerebeloso; los problemas emocionales del TDAH estarían relacionados con alteraciones que se dan en el circuito frontoamigdalino -implicado en procesos de regulación emocional y de orientación hacia las recompensas- (Nigg y Cassey, 2005). Siguiendo a estos autores, la relación del circuito frontoamigdalino con la regulación emocional, motivación y respuestas reactivas, ha recibido menos atención que otras teorías biológicas en torno al TDAH. En el nivel más básico, la valencia emocional positiva (relacionada con expectativas de recompensa), se relacionan con la capacidad de enfoque o atención a un objetivo determinado, mientras que la valencia emocional negativa (relacionada con expectativas de no recompensa), se relaciona con respuestas de evitación o escape. Por tanto, el modo en que se produce la interacción entre procesos cognitivos y emocionales juega un rol importante en la regulación del comportamiento hacia la consecución de metas. Por tanto, existen circuitos que unen zonas del córtex prefrontal con regiones subcorticales -implicadas en respuestas afectivas-. Los autores proponen que las señales que llegan a la corteza prefrontal desde el núcleo accumbens están implicadas en la capacidad de evocar estímulos positivos (relacionados con recompensas), mientras que las señales que llegan desde la sección ventral de la amígdala

en torno a estímulos negativos podrían estar relacionadas con comportamientos de evitación (pistas de “no-recompensa”). Posteriormente, estas señales deberían ser integradas en comportamientos que van dirigidos al alcance de metas u objetivos. Cuando la información emocional es contraria a la consecución de dichos objetivos, las conexiones de la corteza prefrontal con regiones subcorticales (procesamiento de arriba-abajo), juegan un papel crucial en la regulación de los efectos que produce tal información en el comportamiento. Un alto nivel de dopamina se asocia con el placer, y por tanto con emociones positivas, mientras que un bajo nivel de dopamina se asocia con displacer y, por tanto, con emociones negativas. La mayor o menor liberación de dopamina corre a cargo del núcleo acumbens, que irá “aprendiendo” a liberar más dopamina ante respuestas y emociones positivas y menos ante las negativas. A medida que el córtex prefrontal se encarga de, entre otras funciones, la evaluación y toma de decisiones ante situaciones de riesgos (Ernst et al., 2005; Eshel, Nelson, Blair, Pine y Ernst, 2007; Baird et al., 2006), y, en consecuencia, de regular el comportamiento emocional.

Desde nuestra experiencia, los déficit en autorregulación emocional en las personas con TDAH son tangibles en el momento en que se inician las interacciones sociales (aunque los problemas de base son anteriores al momento evolutivo en el que aparecen las alteraciones), Siguiendo la propuesta de Russell (2003; citado en Olivera, Martí y Aragón, 2016); en el proceso emocional aparece, en primer lugar, un estado neurofisiológico básico –lo que el autor denomina “core affect”-, que deriva de la combinación de valores hedónicos (placer-displacer), y de arousal (activación-relajación). Dicho elemento se presenta como base de cualquier estado emocional y posteriormente interacciona con la atribución de la cualidad afectiva al estímulo u objeto que lo suscitó –“appraisal”-; con la tendencia a la acción (predisposición de respuesta, conducta que resulta después de valorar dicho estímulo); manifestación fisiológica de dicho estado emocional (cambios somáticos, faciales y vocales); y la experiencia subjetiva determinada (o meta-experiencia emocional) que surge como

resultado de la combinación de los elementos anteriores. Siguiendo las aportaciones de Russell, podemos considerar que el procesamiento emocional tiene como base la experimentación fisiológica de una emoción seguida de la percepción (proceso psicológico) de tal cualidad afectiva, atribuida a fenómenos concretos –por tanto, debemos entender que el procesamiento emocional se nutre de procesamiento cognitivo y depende del mismo para establecer respuestas adecuadas-, generando representaciones mentales de cada uno de los estados emocionales vividos, que se ven influidos por la valoración que realizamos de dichos estados o señales afectivas y de las circunstancias que han rodeado a dichas señales. Consideramos por tanto, que desde el momento en que la persona con TDAH debe identificar y otorgar significado a los estados emocionales, así como evaluar las condiciones que rodean a los mismos, se producen alteraciones relacionadas con la capacidad de percibir y generar representaciones mentales adecuadas de episodios emocionales, las cuales son observables y especialmente poco adaptativas cuando el sujeto se encuentra en ambientes de relación social.

Llegados a este punto resulta necesario aclarar que, tras revisar una importante cantidad de investigaciones en torno al tema, consideramos que no existen datos suficientes para afirmar que el TDAH sea un trastorno en el que se vea afectada la “capacidad” para identificar y comprender emociones en uno mismo o estados emocionales en otros, como consecuencia de un déficit primario en el trastorno, que no esté condicionado por sus alteraciones en el SE. Sin embargo, sí que es evidente que estas personas tienen dificultades para realizar tareas de reconocimiento de caras, así como para expresar y regular sus propios estados emocionales, especialmente en edades tempranas. Por tanto, consideramos que para afirmar que tales problemas resultan primarios en el TDAH, sería necesario llevar a cabo un análisis más profundo de estructuras cerebrales y procesos implicados. Sin embargo, si tenemos en cuenta que el cerebro es considerado una red en la que diferentes estructuras se encuentran interconectadas e implicadas en diversas funciones, nos parece lógico pensar que la disfunción que se

origina en vías de conexión entre áreas corticales y subcorticales en el TDAH da lugar a déficit que van más allá de funciones cognitivas. Por tanto, coincidimos con la idea de diferentes autores (Palmero, 1996; Ramos et al., 2009), en cuanto a que estructuras superiores (como la corteza prefrontal), ejercen un control sobre estructuras inferiores (sistema límbico, entre otros), así como que la “activación emocional” (el principal implicado en el nivel de activación del organismo sería el sistema reticular ascendente -que conecta la formación reticular con la corteza-), puede condicionar la actividad de procesos cognitivos superiores. Por ello, creemos que las alteraciones que se producen entre la corteza prefrontal y áreas subcorticales ocasionan problemas de ejecución en situaciones que requieren del control y la regulación de nuestras emociones (cuando el control ejecutivo falla las emociones gobiernan la conducta, cuando la intensidad de las emociones es muy fuerte el sistema de control ejecutivo se ve afectado y hace mal su función de regulación). Además, si tenemos en cuenta que dicho trastorno constituye un retraso en el desarrollo neuropsicológico, cabe esperar que las funciones dependientes de estas áreas se desarrollen a edades más tardías que en las personas que no padecen el trastorno.

Por último, en cuanto a modelos que estudian el procesamiento emocional que se lleva a cabo en el cerebro humano, nos centramos en la Teoría de los Marcadores Somáticos de Damasio (2011), por constituir un modelo de referencia en la actualidad. El autor considera que, antes de que la razón pueda llevar a cabo un análisis de los estímulos percibidos en el entorno (y sobre todo ante estímulos negativos), experimentamos una sensación que puede ser agradable o desagradable. Tales sensaciones se dan en el propio cuerpo y por ello el autor los designa como “estados somáticos”. Constituyen una señal -de ahí la idea de marcadores- de alarma automática (por ejemplo, ante una situación negativa, y antes de planificar una solución al problema, el cuerpo experimenta de forma momentánea una sensación visceral desagradable). Esta alarma puede hacernos rechazar, de manera inmediata, determinadas alternativas con el fin de asegurar nuestra adecuada adaptación futura a situaciones similares. Aunque en muchos

casos estas señales no bastan para llevar a cabo una toma de decisiones adecuada, necesitan ir acompañadas de un proceso de razonamiento lógico encargado de codificar e interpretar la información y analizar las posibles respuestas y sus consecuencias a corto y largo plazo. Estas “emociones pensadas” constituirían lo que conocemos como sentimientos y han sido asociados con emociones secundarias, adquiridos mediante el aprendizaje previo con el fin de permitir la predicción de consecuencias futuras (Damasio, 2011). Por tanto, los marcadores somáticos pueden resultar negativos y servirnos de alarma para respuestas futuras, o ser positivos y empleados como reforzadores de nuestro comportamiento en otras situaciones.

Nos parece interesante atender a la Teoría del Marcador Somático por constituir una propuesta que apoya la existencia de una relación entre procesos cognitivos y emocionales. Damasio (2011), así como Russell (2003), en su Teoría del Core Affect; apoyan la hipótesis de que el procesamiento cognitivo se nutre de la información afectiva que nos proporciona nuestro propio cuerpo (emoción), y gracias a la experimentación repetida de este tipo de vivencias -aprendizaje- es posible asociar cualidades afectivas a determinados estímulos y sus consecuencias, y a partir de ellos, planificar nuestras propias respuestas (proceso cognitivo). Esto nos permite defender, una vez más, la dificultad a la hora de disociar por completo estructuras y elementos que intervienen en el procesamiento de la información y su influencia en la capacidad de respuesta y adaptación al entorno de las personas con TDAH.

Las propuestas realizadas por Damasio han sido revisadas por algunos autores que en la actualidad también pretender profundizar en los déficit emocionales, motivacionales y sociales del TDAH. En concreto, Servera (2005) afirma que dichos marcadores se manifiestan como señales afectivas que aparecen en acciones cognitivas. Cuando estas acciones precisan de un proceso de autorregulación (que no es guiado de manera externa), es la propia persona quien debe evocar o inhibir esas señales (hablaríamos ahora

de un proceso de automotivación), para alcanzar un objetivo preestablecido. Por tanto, el procesamiento cognitivo de la información va a verse afectado por dichas señales emocionales, que aparecen previamente y que deben ser evaluadas por la razón, antes de planificar la respuesta adecuada a una situación determinada. Ante las dificultades que las personas con TDAH presentan para separar la carga afectiva de las situaciones en las que se ven inmersos, se espera que cometan fallos al llevar a cabo el análisis objetivo de las mismas, al determinar las estrategias necesarias para inhibir sus sentimientos y, por tanto, al poder realizar acciones dirigidas por sí mismos. De este modo, actúan de forma impulsiva y consecuentemente son rechazados por sus iguales (Lora y Moreno, 2008; Pardos et al., 2009).

En esta misma línea, López et al., (2010), apoyan que los problemas que las personas con TDAH presentan para autorregularse emocionalmente tienen como consecuencia la dificultad para gestionar refuerzos a largo plazo y mantener la auto-motivación en tareas que no constituyen un refuerzo positivo en sí mismas. La posibilidad de activar o inhibir dichas cargas afectivas/emocionales constituye un elemento necesario para la autorregulación de la propia conducta. Dicha capacidad se ve afectada en la persona diagnosticada con el trastorno, y consecuentemente, le ocasiona verdaderos problemas para poder adaptarse adecuadamente a su entorno, especialmente a nivel social.

Por tanto, consideramos que las personas con TDAH presentan severas dificultades para adaptarse adecuadamente a situaciones en las que se requiere de la capacidad para identificar, comprender y controlar las propias emociones e inhibir respuestas inadecuadas, con el fin de que se pongan en marcha aquellos procesos y funciones propios del SE, necesarios para:

- Separar la carga afectiva y analizar de forma objetiva la información –externa-, que se recibe del entorno y de uno mismo –interna- (sensaciones fisiológicas que produce la propia emoción, representaciones previas de estímulos y

sensaciones similares...).

- Evaluar y planificar posibles respuestas, teniendo en cuenta las necesidades de la situación específica y sus posibles consecuencias.
- Seleccionar y ejecutar la que resulte más adecuada según el objetivo preestablecido.
- Realizar autorrefuerzos o activar la propia motivación para alcanzar una recompensa.
- Revisar posibles errores y tenerlos en cuenta en situaciones futuras.

En resumen, el TDAH es un trastorno de base genética que se manifiesta como un retraso en el neurodesarrollo ocasionado por una alteración neuropsicológica, que afecta a estructuras cerebrales y a vías de neurotransmisión (dopaminérgica y noradrenérgica principalmente), que establecen las conexiones entre ellas; así como a procesos psicológicos cognitivos, motivacionales y al procesamiento de emociones, que son asociados a dichas áreas.

Por tanto, el núcleo del trastorno radica en las alteraciones que se producen en componentes del Sistema Ejecutivo (estructurales o anatómicos, psicológicos y emocionales), entendido como un sistema de procesamiento de la información que se activa cuando se requiere del funcionamiento coordinado de sus componentes, permitiendo la puesta en marcha de funciones de orden superior (FE), que van a guiar nuestro pensamiento, emociones y comportamientos hacia metas u objetivos determinados, en acciones no rutinarias y que no dependan de control externo.

De entre los componentes del SE, pueden diferenciarse:

- **Componentes estructurales/anatómicos del SNC:** áreas del

Lóbulo Frontal y sus conexiones con Ganglios Basales, Sistema Límbico y Cerebelo.

- **Componentes de la Conciencia (Procesos Psicológicos y Motivacionales):** Percepción, Atención, Memoria de Trabajo, Internalización del Lenguaje, Habilidades Mentalistas, Procesos de Análisis y Síntesis, Motivación y Autorregulación.
- **Emociones:** Alegría, Tristeza, Ira, Miedo.
- **Funciones Ejecutivas:** Planificación/organización, Monitorización, Flexibilidad, Toma de Decisiones, Metacognición.

Debido a las alteraciones que se producen en los componentes integrantes del SE, las personas con TDAH tienen problemas para poner en práctica los mecanismos ejecutivos necesarios que permitan inhibir su conducta, reduciendo las oportunidades de identificar señales emocionales, separarlas y asociarlas a experiencias pasadas, con el fin de evaluar la información tanto interna como externa, generar respuestas valorando las consecuencias y recompensas a corto y largo plazo, de las mismas. Con lo cual, en situaciones de interacción social negativas o que produzcan en estos individuos un conflicto personal, las dificultades para gestionar tales estados somáticos, unidas a los problemas para analizar de manera objetiva la información y establecer planes de conducta adecuados, hacen que los individuos diagnosticados con este trastorno estén de algún modo “condenados” a cometer errores.

A continuación, realizamos un análisis de variables neuropsicológicas y emocionales implicadas en el Sistema Ejecutivo de las personas con TDAH, desarrollando de forma más específica los componentes estructurales, psicológicos y emocionales que presumiblemente aparecen afectados en dicho trastorno.

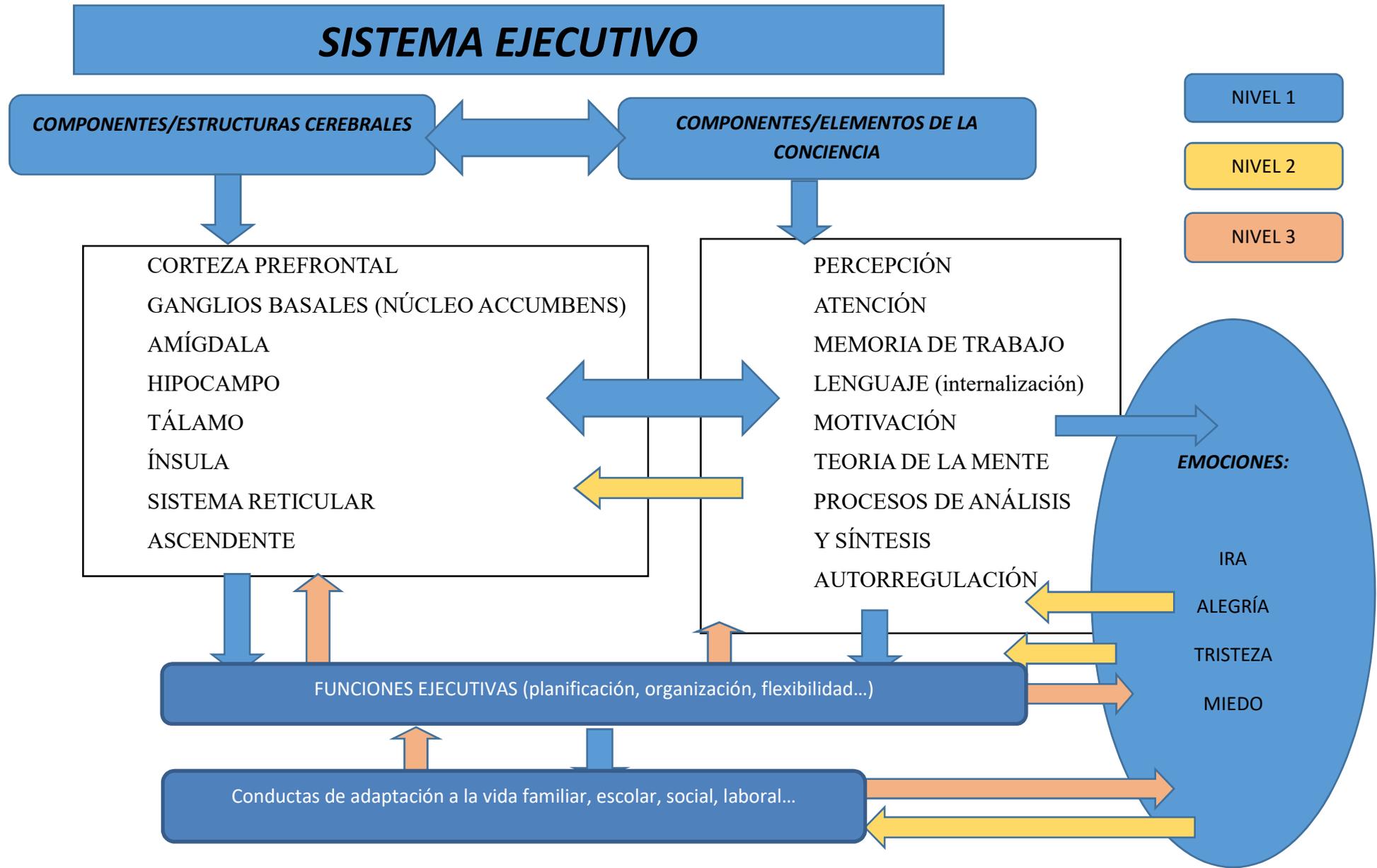
4.1.- SISTEMA EJECUTIVO (SE):

Siguiendo el modelo de Lavigne y Romero (2009), el SE se encuadra dentro del marco de la psicología del Procesamiento de la Información como aquel sistema implicado en el procesamiento controlado de acciones dirigidas a alcanzar una meta: *“el SE se activa cuando la acción está encaminada a la consecución de un objetivo, no es rutinaria, hay una dilación temporal entre los elementos de la secuencia de la conducta (evento/respuesta/consecuencia), existe un conflicto entre las consecuencias inmediatas y a largo plazo de la respuesta, y los requerimientos de la acción suponen una respuesta compleja por parte del sujeto que necesita organizarse en el tiempo”* (Lavigne, p.60, 2009). Existe un consenso al considerar que el SE se encarga de planificar conductas dirigidas a metas, programar las acciones necesarias, monitorizar la puesta en marcha de las mismas, controlar la interferencia de estímulos irrelevantes y corregir errores o incorporar respuestas nuevas en función de las demandas del entorno (Sánchez y Narbona, 2004).

Por tanto, se trataría de un Sistema encargado de dirigir los comportamientos que resultan complejos y requieren de procesos como la autorregulación (inhibición de respuestas automáticas o control de impulsos, modificación o generación de alternativas), evaluación de la información, planificación de la respuesta y sus consecuencias y toma de decisiones.

El SE, se encontraría compuesto por una serie de componentes estructurales (áreas cerebrales y sus conexiones), y funcionales (dentro de los cuales, se encuentran: componentes psicológicos, emocionales; así como

funciones ejecutivas (que dependen de los anteriores), los cuales realizan un trabajo coordinado y dirigido a una meta común:



4.1.1.- Componentes Estructurales/Anatómicos:

La investigación neurobiológica del TDAH es bastante compleja debido a la heterogeneidad de los grupos de pacientes con los que se han realizado los estudios (Mulas et al., 2006). Sin embargo, parece que la mayor parte de las investigaciones coinciden en que las áreas que se ven alteradas en el SE de la persona con TDAH son la corteza frontal y sus conexiones (vías de neurotransmisores principalmente dopaminérgicas, además de noradrenérgicas), con otras estructuras encefálicas como los ganglios basales, estructuras del sistema límbico y el cerebelo. A continuación, se realiza una revisión en torno a los componentes estructurales que más se han relacionado con dicho trastorno:

1) Corteza Prefrontal:

Los Lóbulos Frontales: se trata de la región anterior de los hemisferios cerebrales, están divididos en **corteza frontal** (zona posterior) y **prefrontal** (zona anterior). Estas regiones se encuentran conectadas con diversas áreas de la corteza cerebral y con estructuras subcorticales -el área prefrontal es una de las áreas más altamente conectadas con otras regiones del córtex (Jódar, 2004)-; lo que les permite coordinar el trabajo de las demás áreas cerebrales (Brown, 2003; Goldberg, 2004; Barkley, 2006).

Gracias a diversas investigaciones en torno a la sintomatología que producen alteraciones en el lóbulo frontal, podemos afirmar que sus funciones resultan muy diversas, estando relacionadas con habilidades afectivas, de carácter, humor, atención, percepción, memoria, razonamiento, solución de problemas, lenguaje o control del movimiento (Junqué y Barroso, 2009). De forma general, a la corteza prefrontal se le han atribuido funciones relacionadas con el control del movimiento, la cognición, la conducta o las emociones (Catalá, 2002). Y en concreto, se ha considerado la más implicada en el funcionamiento del Sistema Ejecutivo (Lavigne,

2009) -y por tanto, en el propio trastorno-, asignándosele funciones específicas como la planificación de conductas orientadas a objetivos o recompensas, el control de impulsos, la resistencia a la interferencia o la toma de decisiones.

Dicha área se subdivide en diversas regiones, de entre las cuales, las consideradas de mayor implicación en el TDAH son (Catalá, 2002; Jódar, 2004; Lavigne, 2009):

- **Dorsolateral:** se considera el sustrato anatómico de las funciones ejecutivas (ya que está implicada en la organización de respuestas para resolver problemas complejos). Integra información que procede de áreas de asociación y de zonas paralímbicas (orbitomediales), mediando y organizando diversos estímulos independientes para generar respuestas específicas dirigidas a metas. Se encuentra implicada en funciones cognitivas como la memoria de trabajo, elaboración de planes o capacidad de elección.
- **Medial (corteza cingulada anterior):** integra información que se elabora en las proyecciones del sistema límbico, por lo que se le asigna un papel central en la modulación de la intensidad de las emociones, así como en la motivación e impulso necesarios para realizar cualquier actividad.
- **Orbital:** encargada de valorar la propia conducta y controlar la propia acción. Se le atribuye un papel central en el control inhibitorio, suprimiendo estímulos internos o externos que puedan interferir en el

pensamiento, emociones, lenguaje y comportamiento.

Por tanto, la corteza prefrontal es considerada responsable en la organización temporal de la conducta, y las áreas que la integran se encargan de múltiples funciones que requieren del SE, tales como usar el autocontrol, establecer metas, desarrollar, poner en marcha y evaluar planes de acción, etc. Para ello, los lóbulos frontales seleccionarán las habilidades cognitivas, emocionales y motivacionales que se requieran, las coordinarán, aplicarán y finalmente evaluarán, en función del objetivo planteado previamente y si éste ha sido alcanzado o no, de cara a modificarlas y mejorarlas ante experiencias futuras (Goldberg, 2002; Lavigne y Romero, 2010).

2) **Ganglios Basales:**

Se trata de un conjunto de estructuras localizadas en la base del encéfalo formadas por diferentes núcleos interconectados, el tálamo y el tallo cerebral. Los ganglios basales se encuentran implicados en funciones como el control motor y emocional, o la activación de funciones ejecutivas (Mulas y Morant, 2006). Algunos autores consideran que dichas estructuras funcionan como un filtro para los comportamientos motores, cognitivos y emocionales (Catalá, 2002), por la conexión que establecen con la corteza prefrontal, gracias al neurotransmisor dopamina.

- **El Cuerpo Estriado:** es el núcleo más grande de los **Ganglios Basales**. Se trata de una gran masa de neuronas que se mantiene unida a éstos gracias a la sustancia gris. Forma parte de la organización del sistema motor extrapiramidal y su función principal se relaciona con la regulación de movimientos automáticos y postura refleja. Además, se encuentra relacionado con otras funciones como las sensoriales o los mecanismos de recompensa (Ullán, 2012).

- **Núcleo Caudado:** forma parte del Sistema Límbico (vías que unen el área frontal con el cerebro medio, dentro del cual se encuentra a su vez la amígdala, implicada de forma directa en el procesamiento emocional). Las conexiones entre sistema límbico y área frontal se encargan de funciones como la memoria, la motivación o el control de las emociones. Las alteraciones en conexiones entre los Lóbulos Frontales y el Núcleo Caudado han sido las más estudiadas en el TDAH y sustentan la consecuente disfunción en las funciones ejecutivas (Soliva y Vilarroya, 2009).
- **Putamen:** coordina comportamientos automáticos y se asocia con regiones motoras primarias y suplementarias que podrían contribuir a los síntomas motores del trastorno (Castellanos y Acosta, 2004). El núcleo caudado y el putamen sirven como punto de entrada a los ganglios basales.
- **Globo Pálido:** recibe información del núcleo caudado y putamen y envía información a la sustancia negra, encargada entre otras funciones de los movimientos oculares (sacádicos).
- **Núcleo Accumbens:** gracias al neurotransmisor dopamina, recibe y reenvía señales al córtex prefrontal (a través del globo pálido), además de al cuerpo estriado. Se encuentra implicado en los sistemas de recompensa.

3) Sistema Límbico:

Está formado por un conjunto de estructuras cerebrales conectadas, que se encuentran alrededor del tálamo y debajo de la corteza cerebral. Están encargadas principalmente de la regulación de respuestas fisiológicas ante estímulos externos. Se le asocia además, un papel central en la regulación de las emociones. En él se incluyen partes del tálamo, hipocampo, ínsula, amígdala, cuerpo calloso, área septal, corteza orbitofrontal y circunvolución del cíngulo. Trataremos de resumir aquellas que se encuentran más implicadas en el procesamiento emocional y presumiblemente alteradas en el TDAH:

- **Amígdala:** está formada por un conjunto de neuronas situadas en la parte anterior de los lóbulos temporales. Se considera la principal estructura subcortical implicada en el procesamiento de la información emocional y en la respuesta a dicha información (Morgado, 2007).
- **Ínsula:** esta región se encuentra situada entre los lóbulos frontal y temporal, se considera parte del sistema límbico y se suele relacionar con funciones como el ritmo cardíaco y el control de la presión arterial, así como con el control visceromotor y las funciones sensitivas viscerales y emocionales –por ello, se le suele relacionar con la amígdala o el cuerpo estriado- (Duque, Hernán y Devia, 2004).

Las señales se establecen de manera recíproca entre las estructuras del sistema límbico. La comunicación entre el hipocampo y la corteza cerebral se lleva a cabo de manera recíproca a través de la corteza cingulada. El hipocampo procesa información que le llega del giro cingulado, la lleva a los cuerpos mamilares del hipotálamo a través del fórnix; a su vez, el hipotálamo envía información al giro cingulado a través del tálamo e hipotálamo, hasta llegar a la corteza frontal. La amígdala comunica sistemas a los que se les atribuye la expresión somática de las emociones (hipotálamo y núcleos del tallo cerebral), y es el centro de los sistemas que generan sentimientos (corteza cingulada, frontal e hipocampal).

4) **Formación Reticular:**

Se encuentra en el tronco del encéfalo, las neuronas que lo conforman se disponen formando una red y están caracterizadas por su elevada conectividad (reciben aferencias y envían eferencias hacia diferentes sectores del SNC). Las proyecciones de la FR llegan a distintos núcleos del tálamo, los cuales envían proyecciones a prácticamente toda la corteza cerebral. En concreto, al sistema ascendente de la formación reticular

(SRAA), se le atribuye una función activadora, asociada con el despertar cognitivo. Las vías activadoras ascendentes dorsal (llegan al tálamo), y ventrales (llegan directamente a la corteza), modulan el nivel de vigilancia de la persona así como diversas funciones cognitivas (Tortero y Vanini, 2010).

5) **Tálamo:**

Se trata de una región situada en la base del encéfalo, está atravesado por una banda de fibras miélicas que divide al tálamo en diferentes núcleos. Existen dos tipos de neuronas: de proyección (envían información fuera del tálamo); y de circuitos locales (solo interaccionan con células talámicas). Las neuronas de proyección envían información a la corteza cerebral y del mismo modo, reciben proyecciones de ésta (se les ha dado el nombre de conexiones talamocorticales y corticotálamicas). Existen aferencias talamocorticales específicas (portan información sensitiva), e inespecíficas (relacionadas con mecanismos de vigilancia o arousal). Las conexiones entre tálamo y corteza cerebral desempeñan un papel importante en el análisis e integración de funciones sensitivas (excepto la olfativa), ya que la información sensorial suele dirigirse al tálamo (estación de relevo), y se proyecta en las áreas corticales específicas. Del mismo modo, el tálamo participa en el control motor pues recibe aferencias de los núcleos grises de la base, cerebelo y corteza motora; enviando eferencias hacia la corteza motora y premotora. La corteza prefrontal -implicada en la planificación del movimiento y la conducta, aprendizaje o pensamiento-, recibe proyecciones del tálamo, así como el sistema límbico -relacionado con el aprendizaje, memoria y emoción- (Perea y Ladera, 2004).

Tanto la Formación Reticular como el Tálamo han sido asociados con la regulación del nivel de arousal. Núcleos del tálamo están relacionados con la excitabilidad de la corteza, en cuanto a que transmiten información procedente del sistema reticular (enviando proyecciones a diversas áreas corticales y al estriado); y controlan las señales que acceden a la corteza (mediante vías de proyección que llegan a ésta de forma directa así como

mediante las interacciones que se dan entre tálamo y núcleos reticulares).

Un número elevado de investigaciones apoyan que existen alteraciones entre las principales regiones del circuito frontoestriado (corteza prefrontal, núcleo caudado y globo pálido), en concreto, las conexiones del circuito frontoestriado dorsal -implicado en los procesos ejecutivos- (Albert et al., 2016).

6) **Cerebelo:**

Se trata de una región del encéfalo que cuenta con un elevado número de haces nerviosos que unen esta región con otras estructuras del encéfalo y la médula espinal. Tiene como función principal integrar vías sensitivas y motoras. Además, procesa información de carácter temporal, cognitivo y ejecutivo, que le llega desde otras regiones del córtex encargadas de la percepción visoespacial, atención, memoria y regulación de funciones ejecutivas y emocionales (Hernández, Mulas y Matos, 2005; Lavigne, 2009; Albert et al., 2016).

Algunos autores apoyan que las áreas 10, 11, 13 y 14 de la corteza prefrontal actúan sobre el hipocampo, la parte medial del lóbulo temporal y a través de éste con los ganglios basales, amígdala e hipotálamo (Papazian et al., 2006).

4.1.2.- COMPONENTES PSICOLÓGICOS (COGNITIVOS Y MOTIVACIONALES) Y EMOCIONALES

A continuación, expondremos el conjunto de **componentes funcionales** del Sistema Ejecutivo, los cuales pueden ser agrupados en tres categorías: emociones, procesos psicológicos y funciones ejecutivas. En un nivel primer nivel, se encontrarían los procesos psicológicos superiores y emociones, y gracias al trabajo coordinado de estos se activarían o pondrían en marcha las funciones ejecutivas.

1) **PERCEPCIÓN**

Constituye el proceso cognitivo por el que se inicia el conocimiento, incitado por la información propioceptiva y exteroceptiva (sensaciones), a la que se le atribuye una entidad simbólica que nos permite representar mentalmente el estímulo u objeto percibido, o algunas de sus propiedades (Tirapu, Ríos y Maestú, 2011). La percepción permite seleccionar y organizar los datos sensoriales (que se encuentran en el almacén sensorial), en ello se diferencia de la sensación. Es, por tanto, el primer proceso cognitivo que se ocupa de los datos proporcionados por la realidad interna o externa al sujeto, en relación con la memoria y el pensamiento, y de los que también se diferencia: en el caso de la memoria porque mientras que ésta se ocupa de datos del pasado (aunque sea inmediato), la percepción se ocupa de datos del presente; y en el caso del pensamiento, porque la percepción opera con datos sensoriales, en lugar de hacerlo con conceptos, como hace el pensamiento. No obstante, la percepción es un proceso complejo (que se rige por la teoría de análisis de rasgos distintivos), sujeto aún a controversias sobre si lo que percibimos es la realidad tal cual es, o si, por el contrario el individuo reconstruye la realidad en función de sus conocimientos y experiencias previas (teoría constructivista), en la medida en que somos procesadores limitados de información; y, finalmente, si este constructivismo es propio de todos los animales o sólo de la especie humana. En cualquier caso, la percepción es un proceso estrechamente vinculado a otros, que lo condicionan: la atención y la memoria de trabajo. Procesos ambos particularmente afectados en el TDAH, como ya se ha comentado anteriormente.

2) **ATENCIÓN**

Los autores no la consideran un constructo unitario, las teorías atencionales suelen estar integradas por múltiples componentes y, generalmente, la mayoría de propuestas coinciden en la denominación del término “arousal”, entendido como la tendencia fisiológica a percibir estímulos del ambiente, externos e internos. En el medio existen numerosas

señales sensoriales que se suman a las que provienen del interior de nuestro organismo, lo que hace que el SNC no tenga capacidad para procesar toda esa información en paralelo, con lo que se necesita de un mecanismo neuronal que regule (seleccione y organice) nuestra percepción para orientarnos a determinados estímulos, dicho mecanismo constituiría lo que conocemos como atención (Estévez, García y Junqué, 1997), y se beneficia de componentes perceptivos, motores y motivacionales, que implican a diferentes áreas: sistema reticular, tálamo, sistema límbico, ganglios basales, córtex parietal posterior y córtex prefrontal.

En la actualidad, y tomando como referencia el Modelo Atencional de Posner y Petersen (1990), la atención suele dividirse en tres sistemas que se encuentran neurológicamente interconectados: Sistema de Alerta o “Arousal”, Sistema de Atención Anterior (SAS) y Sistema de Atención Posterior (SAP). El Arousal depende del sistema reticular ascendente y de sus influencias reguladoras que alcanzan el tálamo, sistema límbico, áreas frontales y ganglios basales. El SAS suele identificarse con el sistema ejecutivo ya que regula el objetivo y la dirección de la atención; está formado por diferentes estructuras del sistema límbico, áreas frontales y prefrontales. El SAP está compuesto por áreas sensoriales del lóbulo parietal, tálamo óptico y tronco cerebral; se le suele atribuir una función de “orientación” hacia los estímulos. Los neurotransmisores más destacados en estos circuitos se denominan catecolaminas, la dopamina (DA) predomina en áreas anteriores y la noradrenalina (NA) en áreas posteriores. El “locus coeruleus” desempeña un papel importante en estos procesos (el neurotransmisor principal es NA), y establece conexiones con la corteza, mesencéfalo y médula espinal (Etchepareboda y Abad, 2001). Sin embargo, en el cerebro existe un mayor número de las neuronas que integran el sistema dopaminérgico (que inerva gran parte de los lóbulos frontales). Éste se subdivide en varios grupos, de los cuales los más importantes son el sistema mesoestriatal, mesolímbico y mesocortical.

La atención es una función bilateralizada, pero cada hemisferio se encuentra especializado: el hemisferio izquierdo ejerce un control contralateral (a través de vías dopaminérgicas y en menor medida, colinérgicas), mientras que el derecho un control bilateral (a través de vías noradrenérgicas y en menor medida, serotoninérgicas), así como regula el arousal y mantiene el estado de alerta (Estévez et al., 1997; Etchepareborda y Abad., 2001).

3) **MEMORIA DE TRABAJO**

Se trata del mecanismo que trabaja con la información representando activamente una parte de ella mientras está siendo procesada (comparándola, relacionándola, etc.). Tiene una capacidad limitada y resulta de suma importancia para realizar las tareas que requieren de la puesta en marcha del resto de funciones ejecutivas (Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010). En los modelos propuestos por Baddeley (1996) y Baddeley y Hitch (1994), tal proceso se plantea como un sistema de almacenamiento temporal que permite trabajar con determinados datos, sirviendo como base de procesos cognitivos más complejos como la comprensión del lenguaje o el razonamiento. En las revisiones posteriores del modelo (Baddeley, 2000), se estructura en diferentes componentes: bucle fonológico (repetición subvocal), agenda visoespacial (manipula imágenes visuales) y ejecutivo central.

Para poder explicar el papel del ejecutivo central, Baddeley recurre al término Sistema Atencional Superior (al que nos referimos en el punto anterior), o SAS (Norman y Shallice, 1986). Dicho sistema se activa ante tareas complejas, novedosas, no rutinarias; y pone en funcionamiento a procesos relacionados con la recuperación y el almacenamiento de la información (Lavigne y Romero, 2010). La MT depende directamente de los procesos de control atencional (SAS), para almacenar la información en la memoria, mientras se opera (codificación, manipulación y búsqueda) con otros datos, de forma paralela (Tirapu y Muñoz, 2005).

4) **LENGUAJE (Y SU INTERNALIZACIÓN)**

Dicho proceso se caracteriza por servir al pensamiento como herramienta de control y regulación. Para que este proceso llegue a establecerse de manera adecuada, se hace necesario que el individuo aprenda a hablar (tal y como se comentó en el capítulo primero), y antes de que esto ocurra, es el adulto quien da instrucciones verbales al niño para que, más adelante y gracias a su capacidad de interiorización, sea el propio sujeto el que lo utilice como instrumento para regular su comportamiento de forma autónoma (Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010). En los programas de autoinstrucciones, tan frecuentes en las intervenciones conductuales y psicoeducativas con las personas que padecen TDAH, se persigue, entre otros objetivos, que el sujeto interiorice los pasos a seguir a través del lenguaje subvocal, con la expectativa de que dicho lenguaje interiorizado se convierta en pensamiento, o, más específicamente, en funciones ejecutivas.

5) **MOTIVACIÓN**

A diferencia de las emociones, la motivación implica una activación general del individuo, dirigida hacia una meta; mientras que las emociones son respuestas psicofisiológicas más específicas que se dirigen hacia el propio sujeto que las percibe como manifestaciones fisiológicas y las expresa como sentimientos. Las emociones tienen un componente instintivo que la motivación no posee a excepción de la generada por la necesidad de satisfacer impulsos primarios.

La motivación es un constructo complejo que depende de un impulso guiado (i) por la satisfacción de necesidades primarias de origen biológico - hambre, sed, supervivencia, apego, sueño, ... -; (ii) y por la satisfacción de necesidades secundarias, aprendidas, cognitivas y sociales -curiosidad, agresividad, motivación de logro, pertenencia, estima y autoestima, ... -. La conducta de los sujetos con TDAH, al igual que la del resto de las personas, no sólo está guiada por una única necesidad, sino que depende de la

interrelación de varias necesidades que se superponen dependiendo de la historia de aprendizaje y experiencias y de la personalidad de cada uno: sus expectativas sobre las consecuencias de su conducta y/o el modo en que atribuyen –a qué y a quién- la causa y el control –locus de control- de su comportamiento (Martorell y Prieto, 2007). Por lo que a los sujetos con TDAH se refiere interesa resaltar que se rigen por una motivación de tipo extrínseca (dependiente, como ya se ha señalado, de las recompensas, cuanto más contingentes con la conducta mejor), es decir, por la satisfacción inmediata de sus necesidades –aversión a la demora-, con un modo externo y no controlable de explicación causal de su comportamiento. Estas características son una de las claves para la comprensión del comportamiento del sujeto con TDAH, y uno de los elementos fundamentales para el desarrollo de intervenciones psicoeducativas.

6) **TEORÍA DE LA MENTE**

Se trata de la capacidad de la persona para operar sobre los estados mentales de los otros (González et al., 2005). Desde niños, y en el marco de nuestras relaciones personales, atribuimos estados mentales (creencias, deseos, intenciones y emociones) a otras personas, lo que nos permite hacer predicciones acerca de las conductas ajenas (cómo van a actuar), y modular nuestro comportamiento con el objetivo de adaptarnos a las expectativas de la situación en la que nos encontramos. Esta capacidad nos permite ver al otro y a nosotros mismos como seres que tenemos mente y da sentido al comportamiento ajeno y, consecuentemente, al propio.

En torno a los cuatro o cinco años, los niños ya son capaces de realizar correctamente tareas que evalúan Teoría de la Mente (tareas de falsa creencia), lo que indica que pueden descentrarse de su propio punto de vista. A lo largo del desarrollo, se irán adquiriendo habilidades cada vez más complejas.

Como vemos, la TOM (que aparece muy pronto en el desarrollo de los niños), y constituye una de las habilidades cognitivas dañadas en las

personas con TDAH, que se muestran incapaces de adecuar su comportamiento social a las demandas y expectativas de los otros porque no las consideran ni las comprenden. La ToM está muy ligada a la empatía y a la compasión. No obstante, mediante la intervención psicoeducativa (como expondremos más adelante), se consigue que los niños con TDAH aprendan y desarrollen habilidades mentalistas y afectivas que les permitan ponerse en el lugar de otros, pensar y sentir con y por los otros.

7) AUTORREGULACIÓN

Se trata de la capacidad para inhibir los impulsos antes de responder, de este modo el individuo tiene tiempo suficiente para: en primer lugar, separar la carga afectiva de las situaciones -emociones y sentimientos-; en segundo lugar y como consecuencia a este primer factor, retrasar una respuesta para poder procesar la información que se recibe de dicha situación de manera objetiva, lo que le va a permitir tomar decisiones adecuadas a las demandas específicas. Dicha autorregulación permitirá al sujeto controlar sus impulsos (reforzarse a sí mismo), para llegar a alcanzar sus objetivos, después de analizar cuáles son las consecuencias de cada acción (Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010). La autorregulación tiene, también en el caso de los sujetos con TDAH, una doble vertiente: controlar la impulsividad conductual y controlar la impulsividad cognitiva, permitiendo aumentar el periodo de latencia en las respuestas y disminuyendo la tasa de respuestas. Ambos aspectos son fundamentales en la comprensión del trastorno, ya que sus periodos de latencia son muy cortos y sus tasas de respuestas muy altas. De ahí que tanto desde la intervención farmacológica como conductual y psicoeducativa, la autorregulación (como control de la impulsividad) sea un objetivo prioritario.

8) ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Constituyen las capacidades que permiten descomponer la información sobre la realidad y sobre nuestras acciones en unidades más pequeñas y elaborar estrategias específicas para, a continuación,

recombinarlas según sea necesario en cada momento, desarrollar nuevas ideas y nuevas conductas (Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010). Los procesos de análisis y síntesis son cualidades de las capacidades para pensar y razonar que tiene la mente humana, expresados mediante procedimientos mentales que permiten converger, ordenar, relacionar, deducir, decidir, etc., sobre los datos que proporciona la realidad en relación con el conocimiento y la experiencia propios, para, a partir de ello, poder elaborar nuevas ideas, nuevos conocimientos, nuevas conductas, o para afianzar las que ya se poseían. Estos procesos, como en general el pensamiento, están muy vinculados al lenguaje y a su internalización. Como se ha señalado, para Barkley (2006) o Lavigne y Romero (2010), las capacidades de análisis y síntesis están claramente afectadas en las personas con TDAH, que muestran sus dificultades, cuando no incapacidad, para desarrollar un pensamiento ordenado, lo que se hace más patente y más inadaptable en las situaciones sociales y en la resolución de conflictos interpersonales. De aquí que desde la intervención psicoeducativa se haya desarrollado ampliamente la aplicación de programas de autoinstrucciones, que actúan para las personas que padecen el trastorno (y, en general, también para el resto de las personas) como guías de pensamiento ordenado, al tiempo que procedimientos de autorregulación cognitiva y conductual (sobre estos aspectos volveremos en la explicación de la intervención psicoeducativa realizada).

9) COMPONENTES EMOCIONALES

Como se ha señalado con anterioridad, las personas con TDAH presentan severas dificultades para adaptarse adecuadamente a situaciones en las que se requiere de la capacidad para identificar, comprender y controlar las propias emociones e inhibir respuestas inadecuadas. Las emociones se activan gracias a estímulos provenientes del ambiente y/o del propio cuerpo, y constituyen procesos involuntarios y automáticos. Sin embargo, es posible que tales procesos se pongan en marcha después de que nuestro cerebro haya llevado a cabo una evaluación consciente y voluntaria de la situación, en cuyo caso, la explicación de las emociones basada

exclusivamente en la idea de reacciones instintivas, inconscientes e involuntarias, resultaría insuficiente para explicar el comportamiento humano.

Cabe pensar, por tanto, que en la evolución neuropsicológica de la especie humana, la exposición constante a las demandas de la realidad exigiera que las respuestas emocionales fueran cada vez más adaptativas, por necesidades obvias de supervivencia, en un principio, y, más adelante, por motivos de eficacia, gratificación y, muy especialmente, de socialización. Lo que supondría, en términos neurológicos y psicológicos, el desarrollo e incremento tanto de la complejidad de las redes neurales implicadas, como de los procesos psicológicos emergentes. Nos encontraríamos, entonces, con dos procesos que, en la mayoría de las situaciones en las que se encuentran las personas, se superponen estrechamente e interrelacionan: por un lado, ante estímulos que entrañan un grave peligro o que son percibidos como tales, las respuestas emocionales deben ser tan inmediatas y de tan alta intensidad que tanto la red neural de respuesta como los procesos psicológicos emergentes se simplifican, para dar lugar a conductas que permitan evitar o reducir el peligro; y por otro lado, ante estímulos que no son percibidos como gravemente peligrosos (bien porque objetivamente no lo son o bien porque la persona ha aprendido a controlarlos –modificando los umbrales de percepción de las sensaciones-, por ejemplo, en situaciones sociales en las que las respuestas deben ser más eficaces y adaptativas), las emociones son autorreguladas, lo que supone una mayor complejidad de las redes neuronales y de los procesos psicológicos implicados (funciones ejecutivas y sentimientos, entre otros, como se ha señalado anteriormente). Estas respuestas emocionales suelen denominarse como secundarias, en tanto que como primarias las anteriores. Las diferencias entre emociones “primarias” y “secundarias” se sitúan en la valencia de los estímulos que desencadenan las respuestas emocionales, que ha ido variando por exigencias filogenéticas y por razones ontogenéticas vinculadas a experiencias y aprendizajes individuales.

Las personas con TDAH se diferencian del resto sin TDAH en la estimación de la valencia de los estímulos que desencadenan emociones y conductas consecuentes, por lo que en ocasiones no perciben adecuadamente el significado que entrañan ni activan mecanismos de autorregulación, dando lugar a comportamientos inadaptativos personales y sociales. Pensamos, por tanto, que la conceptualización del trastorno no puede dejar de considerar la importancia, clave para su comprensión, del modo en que las vivencias emocionales se relacionan con el resto de los componentes del Sistema Ejecutivo. Y, en consecuencia, deben ser incluidas como fundamentales en cualquier propuesta de intervención que pretenda ocuparse en integridad de la recuperación del trastorno. Como se ha señalado en páginas anteriores, éste será el objetivo fundamental de la investigación desarrollada.

10) FUNCIONES EJECUTIVAS

Las funciones ejecutivas constituyen habilidades que se encuentran implicadas en la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de acciones encaminadas a alcanzar objetivos complejos y novedosos, no rutinarios (Verdejo y Bechara, 2010). Tales objetivos pueden ser de naturaleza cognitiva (revisar pasos que se han seguido para llevar a cabo un problema de matemáticas), emocional (identificar el tono afectivo en una situación de miedo y frenar las reacciones asociadas al mismo), y social (en situaciones de conflicto, evaluar posibles respuestas y sus consecuencias); así como tener en cuenta las consecuencias inmediatas, a medio y largo plazo de las respuestas seleccionadas. Las funciones ejecutivas son independientes del input, ya que los componentes del SE de los que derivan pueden coordinar información procedente de diferentes sistemas de entrada (sensoriales), procesamiento (atención, memoria, emociones) y salida (motores).

Gracias a estas funciones, seremos capaces de resolver problemas

internos: representaciones mentales de conflictos de interacción social, comunicativos, motivacionales y afectivos; así como externos, que se presentan entre el individuo y su entorno. Para poder resolver tales problemas, las funciones ejecutivas inhiben el resto de distractores internos y externos que en ese momento no resultan relevantes, así como las influencias emocionales y motivacionales, gracias a la activación del sistema de atención sostenido y selectivo. A continuación, se busca información de experiencias pasadas en la memoria a largo y corto plazo. Si el problema es novedoso, emplean información de la memoria de trabajo verbal y no verbal, analizan las consecuencias positivas y negativas que tuvieron acciones previas, planifican la respuesta y toman decisiones sobre la misma (Papazian et al., 2006). El desarrollo de tales funciones está asociado al de la Corteza Prefrontal, la cual experimenta un aumento de su volumen entre los 8 y 14 años de edad, posteriormente se estabiliza hasta adquirir los valores del adulto en torno a los 18 años. Las FE empiezan a adquirirse en torno a los doce meses y se desarrollan lentamente, mostrando picos en las edades mencionadas.

Como se ha puesto de manifiesto en la revisión realizada en capítulos anteriores, no hay un acuerdo generalizado acerca de la naturaleza y el anclaje de las funciones ejecutivas en los procesos psicológicos emergentes y su relación con ellos, ni tampoco acerca de cuáles sean las funciones ejecutivas que deben ser consideradas como tales (hemos visto que en ocasiones se incluyen procesos psicológicos básicos del SE, o como en otras, se reduce su número). Para nosotros, las funciones ejecutivas son un componente fundamental del Sistema Ejecutivo, como expresión de procedimientos funcionales y ejecutivos de diferentes procesos psicológicos, encargadas de planificar, organizar, flexibilizar, evaluar, decidir y monitorizar la mente humana para la ejecución de las conductas adecuadas. Son, por tanto, el componente primario del cual depende la autorregulación de las emociones.

Las personas con TDAH muestran déficit en el funcionamiento ejecutivo por trastornos funcionales en el neurodesarrollo de los componentes estructurales del Sistema Ejecutivo, que están directamente implicados en el desarrollo de las funciones ejecutivas emergentes, afectando al modo en que éstas regulan la cognición y las emociones y, por consiguiente, al aprendizaje y la adaptación social. Por ello consideramos que la intervención remediadora debe dirigirse primordialmente al desarrollo y habituación de los procedimientos mentales ejecutivos, mediante la instrucción directa psicoeducativa en guías de pensamiento que enseñen a pensar a las personas con estas dificultades, entrenándolos en la práctica de hábitos de pensamiento ordenados y eficaces, y socialmente adaptativos.

En **síntesis**, la definición de TDAH debe abordarse desde un enfoque integrador que atienda a las alteraciones que se producen en procesos psicológicos cognitivos y motivacionales, así como al procesamiento de emociones; por tratarse de un retraso en el neurodesarrollo que se encuentra ocasionado por una alteración en las estructuras cerebrales, vías de neurotransmisores y en las funciones asociadas a ambas. Proponemos, por tanto, que el núcleo del trastorno se encuentra en el Sistema Ejecutivo (cuya definición ha sido revisada), que se activa dando lugar al funcionamiento coordinado (o no, en el caso de personas diagnosticadas con TDAH), de componentes estructurales, psicológicos y emocionales, y que afecta de forma directa a las Funciones Ejecutivas.

CAPÍTULO 5.- INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA.

Partiendo de la consideración de que con la evaluación se inicia el proceso de intervención en cualquier trastorno del neurodesarrollo, en el presente capítulo se estudian por separado aspectos relacionados con la evaluación y con las diferentes formas de intervención en el TDAH. Atendemos, especialmente, a la intervención psicoeducativa de las variables que, de acuerdo con los objetivos propuestos, más nos interesan: cognición, socialización y emociones.

La intervención remediadora desarrollada para las personas con TDAH ha sufrido cambios parejos a las concepciones que sobre el origen y las características del trastorno se han ido proponiendo. Por ello los diferentes procedimientos de intervención se han multiplicado, siendo en algunos casos propuestas extravagantes, sin rigor científico. En la actualidad, podrían agruparse en tratamientos farmacológicos, tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales, y finalmente, tratamientos psicoeducativos. Estas propuestas a veces se presentan de modo unitario y, en la mayoría de ocasiones, en agrupaciones multimodales en las que se combinan dos o más de ellas, recibiendo, entonces, la denominación de tratamientos combinados. La eficacia de cada una de las tres propuestas señaladas varía dependiendo de a qué aspectos/variables del trastorno se dirijan, si bien, la consideración generalizada entre investigadores y profesionales terapeutas, es que los tratamientos combinados – farmacológico y psicoeducativo- son los más eficaces, tanto por el número de variables atendidas, como por los escenarios en que se dan –consulta, hogar, escuela, interacciones sociales-.

5.1.- PROCESO DE EVALUACIÓN

Como se ha comentado en capítulos anteriores, el proceso de evaluación y diagnóstico en el TDAH no debe limitarse a la información que el profesional pueda recoger a través de la entrevista personal al paciente o sus familiares con el objetivo de explorar los síntomas que se manifiestan en el momento actual, así como la historia de los mismos a lo largo del desarrollo. En el caso de niños y adolescentes, la evaluación se extiende más allá del paciente, incluyendo a uno o ambos padres y, generalmente, al maestro, profesor u orientador que pueda proporcionar información de la escuela (Brown, 2003). Dicha información será complementada con la recogida a través de cuestionarios realizados al individuo y/o su familia, así como por datos más exhaustivos recopilados a través de pruebas o test psicométricos, cuya fiabilidad y validez son conocidas.

En la actualidad, el TDAH aparece recogido dentro de las clasificaciones diagnósticas de los manuales CIE-10 -Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión- (OMS, 1992), y DSM-V -Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición- (American Psychiatric Association, 2013). Ambas clasificaciones se recogen a continuación, de manera resumida, por tratarse de los manuales de referencia en el proceso de evaluación del trastorno.

De entre ambos, el más usado en la actualidad para determinar el diagnóstico de dicho trastorno es el DSM-V, que fue publicado en el año 2013 haciendo algunas modificaciones con respecto a su anterior versión en la detección del TDAH; a pesar de que los criterios clínicos no han variado de forma sustancial. Se amplía el rango de aparición de los síntomas de 7 a 12 años; así como se ejemplifican algunas situaciones que pueden darse en la vida adulta del sujeto que padece el trastorno y se acepta el diagnóstico comórbido de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). En este manual, el TDAH se presenta dentro del grupo “Trastornos del Desarrollo Neurológico”.

Los criterios para llevar a cabo el diagnóstico de dicho trastorno de acuerdo con el **DSM-V** (adaptado de American Psychiatric Association, 2013), son:

I. Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad, impulsividad que interfiera en el funcionamiento o desarrollo de la persona que lo presenta, caracterizado por los siguientes síntomas:

A. Inatención (seis o más de los siguientes síntomas, presentándose durante al menos seis meses en un grado superior a lo esperado respecto a su nivel de desarrollo y que afecta a actividades sociales, académicas y/o laborales -para adultos, a partir de 17 años, se requiere un mínimo de 5 síntomas-):

1. Con frecuencia falla en prestar atención a los detalles o comete errores en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. Con frecuencia tiene dificultades para prestar atención en tareas o actividades que resultan recreativas (durante las clases o en conversaciones, por ejemplo).
3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina tareas escolares o quehaceres laborales.
5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas o actividades (poner los materiales en orden o mala gestión del tiempo, por ejemplo).
6. Con frecuencia evita o no le entusiasma

iniciar tareas que requieran esfuerzo mental sostenido.

7. Con frecuencia pierde cosas que necesita para llevar a cabo las tareas o actividades.
8. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (hacer tareas, devolver llamadas, pagar facturas, etc.).

B. Hiperactividad e impulsividad (seis o más de los siguientes síntomas, presentándose durante al menos seis meses en un grado superior a lo esperado respecto a su nivel de desarrollo y que afecta a actividades sociales, académicas y/o laborales -para adultos, a partir de 17 años, se requiere un mínimo de 5 síntomas-):

1. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos y los pies; se retuerce en el asiento.
2. Con frecuencia se levanta en situaciones en las que debe permanecer sentado (durante la clase, en el trabajo).
3. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no es apropiado (en adolescentes y adultos, puede limitarse a estar inquieto).
4. Con frecuencia no es capaz de jugar o de ocuparse de actividades recreativas.
5. Con frecuencia actúa como si lo “impulsara un motor”, se mueve en exceso.
6. Con frecuencia habla excesivamente.
7. Con frecuencia responde de manera inesperada o antes de que se haya terminado

una pregunta.

8. Con frecuencia le resulta difícil esperar su turno.
9. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye (por ejemplo, en conversaciones ajenas, juegos o actividades; sin pedir permiso -en adolescentes y adultos, puede limitarse a inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros-).

Además, se requiere que:

1. Algunos de estos síntomas aparezcan antes de los doce años.
2. Deben estar presentes en dos o más contextos en los que el sujeto se desenvuelve (casa y escuela, con familiares y amigos, etc.).
3. Tales síntomas alteran el funcionamiento del individuo en el ámbito social, académico o laboral.
4. No se producen de forma exclusiva en el curso de otro trastorno psicótico (por ejemplo, esquizofrenia); ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (como pueden ser: trastorno de ansiedad, trastorno del estado del ánimo, trastorno disociativo, etc.).

Para realizar el diagnóstico es necesario especificar la forma en la que el trastorno se presenta:

- F90.2. Presentación Combinada: Se cumplen criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad, en los últimos seis meses.
- F.90.0. Presentación predominante con Falta de Atención: Se cumplen criterios de inatención pero no de hiperactividad-impulsividad, durante los últimos seis meses.
- F.90.1. Presentación predominante Hiperactiva/Impulsiva:

Se cumplen criterios de hiperactividad/impulsividad pero no de inatención, durante los últimos seis meses.

Así como si se encuentra en:

- Remisión Parcial: Previamente se cumplían todos los criterios para el diagnóstico, sin embargo; en los últimos seis meses no se cumplen todos los criterios pero tales síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral del individuo que lo padece.

Por último, es necesario especificar la gravedad actual del trastorno:

- Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes en otros escenarios que no sean los del diagnóstico, así como el deterioro que se produce a nivel social o laboral es mínimo.

- Moderado: Los síntomas o el deterioro que puedan causar a nivel de adaptación están presentes en un nivel entre “leve” y “grave”.

- Grave: Se presentan muchos más síntomas además de los que se necesitan para el diagnóstico, produciendo un deterioro notable en el funcionamiento social o laboral.

Cabe la posibilidad de encontrar dos categorías dentro de este diagnóstico, para aquellos casos en los que no se cumplan todos los criterios diagnósticos especificados para el TDAH:

1. F.90.8. Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado: Predominan los síntomas característicos del trastorno, causando malestar clínicamente significativo en diferentes áreas, sin cumplir todos los síntomas propios del TDAH o de otro trastorno específico del desarrollo. Será necesario añadir el motivo específico en el momento de realizar el diagnóstico (p. ej., “síntomas de inatención suficientes”).

2. F.90.9. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

no especificado: Dicha categoría se aplica a presentaciones en las que no se cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos del desarrollo neurológico, cuando no se dispone de la suficiente información para llevar a cabo un diagnóstico más específico.

De acuerdo con el **CIE-10**, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad aparece dentro del grupo F90-98 “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”. En este grupo se distinguen (adaptado de OMS, 1992):

- F90: Trastornos Hiperkinéticos: Se caracterizan por tener un comienzo precoz (durante los cinco primeros años de la vida del individuo), y presentarse en distintas situaciones a lo largo del tiempo, con síntomas que combinan un comportamiento hiperactivo y una marcada falta de atención, y de persistencia en las tareas, actividad desorganizada y excesiva, impulsividad, etc. Siguiendo dicho manual, el diagnóstico requiere de la presencia de ambos síntomas centrales (déficit de atención e hiperactividad), en más de una situación y presentándose en mayor grado a lo correspondiente para la edad y el CI del sujeto. Es importante destacar que en el CIE-10 la presencia de este tipo de trastornos excluye la comorbilidad con Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Humor y Esquizofrenia; y a diferencia de la nueva edición del DSM, Trastornos Generalizados del Desarrollo (en la actualidad, Trastorno del Espectro Autista). Se recogen a continuación:

- F90.0: Trastorno de la Actividad y de la Atención: Satisface los criterios del Trastorno Hiperkinético, pero no del Trastorno Disocial. Incluye:

- Trastorno de Déficit de Atención.
- Síndrome de déficit de Atención con Hiperactividad.

- F90.1: Trastorno Hiperactivo asociado a Trastorno Disocial: Incluye síntomas del Trastorno Hiperactivo y del Trastorno Disocial.
- F90.8: Otros Trastornos Hiperactivos.
- F90.9. Trastorno Hiperactivo sin Especificación: Se usa cuando no se puede diferenciar entre F.90.0 y F.90.1, pero satisface al conjunto de pautas de F.90.

A pesar de que el TDAH es una psicopatología universalmente aceptada gracias a la base científica que la sustenta, consideramos que una evaluación centrada de manera exclusiva en sus síntomas nucleares (inatención, hiperactividad e impulsividad), no resulta suficiente para determinar su diagnóstico. Ya que, más allá de dicha tríada, a las personas que conviven con estos sujetos (familiares y profesores), con frecuencia les suelen preocupar otros problemas relacionados con desobediencia, labilidad emocional, dificultades para hacer amigos, relaciones familiares, dificultades en el aprendizaje, etc. (Vaquerizo, 2008). Por tanto, la presencia de déficit o alteraciones en el entorno diario del niño hacen necesaria una atención específica a variables de corte social y emocional, siendo evaluadas, y en su caso cuantificadas, mediante pruebas específicas y contempladas de forma consciente en el proceso de evaluación y diagnóstico.

En cuanto a los **instrumentos** que pueden ser empleados para su evaluación, se encuentran (adaptado de Brown, 2003):

1. *Entrevistas estructuradas y semiestructuradas*, que deben recoger información en torno a:
 - a. Historia del paciente (desde el nacimiento e incluyendo hitos del desarrollo).

- b. Síntomas categoriales del TDAH (hiperactividad, impulsividad, déficit de atención).
 - c. Síntomas de otros Trastornos de Conducta, Trastorno del Neurodesarrollo, de Aprendizaje o Emocionales.
 - d. Desempeño en las diferentes áreas (familiar, académica y social).
 - e. Historial médico.
 - f. Historial familiar (investigación sobre un posible TDAH, TC, consumo de sustancias..., en la familia).
 - g. Historial sobre tratamientos e intervenciones recibidos con anterioridad (si los hay).
2. *Inventarios de Síntomas*: compuestos por ítems que incluyen síntomas del trastorno en diferentes ambientes, suelen suministrar una puntuación general que representa una cantidad acumulativa de dichos síntomas.
 3. *Escalas de Valoración*: que a su vez pueden ser generales (detectan además otros trastornos de conducta), o específicas de TDAH. Existen formatos para niños, adolescentes y adultos; y suelen incluir cuestionarios de autoinformes, cuestionarios para padres y para maestros.
 4. *Test Psicométricos de Funcionamiento Cognitivo* (capacidad intelectual, procesos psicológicos como memoria y atención, procesos de aprendizaje, etc.): es necesario tener en cuenta diferentes aspectos a la hora de realizar este tipo de test con el paciente con TDAH. En primer lugar, es posible que este tipo de pruebas recreen situaciones vividas en otros ambientes (por ejemplo, evaluaciones realizadas en el ámbito escolar), que pueden

interferir de manera negativa en su actitud y desempeño en las tareas. En segundo lugar, puede que, a causa de variables extrañas como la novedad o la retroalimentación que proporciona el examinador, el paciente realice el test correctamente, camuflando sus limitaciones o dificultades. Será necesario contar con la posibilidad de recoger datos engañosos, así como contar con una muestra amplia de escalas o baterías, con el objetivo de obtener información objetiva y fiable (positiva y negativa).

5. *Instrumentos Especializados para medir Síntomas Secundarios*: como hemos comentado a lo largo de todo el marco teórico del presente estudio, resulta necesario realizar una exploración general de las diferentes áreas del desarrollo de los individuos con TDAH, que amplíe el foco de estudio más allá de los síntomas categoriales del trastorno. Consideramos necesario ampliar el proceso de evaluación de niños, adolescentes y adultos que presenten cuadros clínicos compatibles con el trastorno, con cuestionarios y escalas de valoración que abarquen posibles alteraciones a nivel de comunicación (por ejemplo, pragmática), habilidades mentalistas (teoría de la mente), procesamiento emocional (reconocimientos y expresión/regulación), habilidades sociales, etc.

5.2.- PROCESO DE TRATAMIENTO

Un gran número de autores coinciden en que el tratamiento ofrecido a los alumnos con TDAH debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar y multimodal, en la que se combinen tratamiento farmacológico y psicoeducativo (con intervenciones dirigidas directamente al niño, por un lado; y al contexto que rodea a éste -padres y profesores- por otro) (Lavigne y Romero, 2010b; Loro et al., 2009; Montañés et al., 2010; Mulas, Gandía, Roca, Etchepareborda, y Abad,

2012; Pérez, 2009; Tuchman, 2001, entre otros).

En consonancia con estos trabajos, pueden distinguirse tres opciones de tratamiento, farmacológica, cognitivo-conductual y psicoeducativa; si bien, esta última engloba con frecuencia procedimientos y técnicas cognitivo-conductuales:

- **El tratamiento farmacológico:** Basado principalmente en la prescripción de derivados de psicoestimulantes, que actuarán sobre las vías de neurotransmisores (dopaminérgica y noradrenérgica) implicadas en el trastorno, ayudando a reducir los síntomas nucleares del mismo (inatención, hiperactividad, impulsividad).
- **El tratamiento psicoeducativo:** Dirigido a potenciar síntomas que están relacionadas de manera directa con factores cognitivos (técnicas de autocontrol y resolución de problemas) y conductuales (técnicas de modificación de conducta); así como dirigidos al contexto o ambientes naturales donde se desenvuelve el individuo (atendiendo principalmente a su familia y al centro escolar), con el fin de disminuir las alteraciones en los procesos psicológicos y funciones ejecutivas propios del trastorno; y mejorar su adaptación académica, social y familiar.

5.2.1.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

De acuerdo con Loro et al. (2009), antes de llevar a cabo cualquier tipo de intervención con el paciente con TDAH es necesario establecer un plan de tratamiento individualizado, que tenga en cuenta aspectos como: la cronicidad del problema, los posibles trastornos comórbidos, las distintas posibilidades de intervención (preferentemente desde una perspectiva multidisciplinar) y las necesidades del sujeto. Además, se debe planificar un seguimiento de los efectos del mismo de manera periódica. La persona, responsable de determinar el tipo de intervención que se va a llevar a cabo,

ha de ser consciente de que el objetivo de la misma va dirigido a controlar no sólo los síntomas nucleares, sino también los secundarios, la comorbilidad asociada (si la hay) y el impacto a nivel familiar, escolar y social (Loro et al., 2009).

El objetivo principal del estudio señalado se centra en revisar las opciones terapéuticas idóneas para el TDAH (farmacológicas y no farmacológicas), con el fin de permitir al profesional determinar los recursos y estrategias adecuados para cada intervención específica. En primer lugar, se analizan opciones farmacológicas iniciando la revisión con fármacos psicoestimulantes (el más empleado hasta ahora ha sido el metilfenidato), por haber sido los que con mayor frecuencia se han investigado y empleado (estudios como el MTA demostraron su eficacia a lo largo de los años). Sin embargo, se resalta la necesidad de combinar esta opción con tratamiento cognitivo-conductual, para reducir problemas asociados y mejorar aspectos como interacciones sociales o autoestima, en el niño, adolescente y adulto con TDAH.

Para ahondar en los tipos de fármaco que existen y las posibilidades de elegir uno u otro; Mulas et al. (2012), llevan a cabo una revisión por distintos estudios. Entre ellos, los de corte neuropsicológico se encargan de evaluar procesamientos cerebrales superiores (procesos psicológicos superiores y funciones ejecutivas), lo que hace posible llevar a cabo la cuantificación de variables como atención, control de impulsos y de interferencias, flexibilidad cognitiva o memoria de trabajo. Los autores apoyan la hipótesis de que dichas funciones están relacionadas con distintas estructuras cerebrales y vías de neurotransmisión; y pueden modificarse a través de la medicación. Por tanto, la evaluación del funcionamiento cerebral superior resulta necesario para justificar la toma de medicación psicoestimulante, con el fin de mejorar procesos como la atención y el control inhibitorio de impulsos y potenciar el rendimiento académico y la conducta adaptativa (Mulas et al., 2012).

Como se ha comentado en el primer capítulo, el fármaco más empleado hasta la fecha ha sido el metilfenidato (especialmente MTF de

liberación inmediata -conocido en un principio con el nombre comercial rubifen-). Se trata de un psicoestimulante que actúa preferentemente sobre la vía del neurotransmisor de dopamina, y su acción se centra en la inhibición selectiva de la recaptación de dicho neurotransmisor, ayudando a optimizar la función alterada. De este modo, entre sus efectos aparece una disminución de la hiperactividad y un aumento de la capacidad de mantener la atención (Artigas, 2004).

Aun así, existen algunas discrepancias con respecto a dicho fármaco, ya que encontramos investigaciones que han puesto de manifiesto sus problemas o limitaciones. Entre ellos, se destaca su corta duración (de dos a cuatro horas, lo que obliga a tomar varias dosis), la posibilidad de una mala tolerancia al fármaco produciéndose pequeños efectos adversos como cefalea, dolor abdominal, insomnio, empeorar o desencadenar tics, etc. Por ello, se han abierto otras vías de investigación para buscar opciones farmacológicas alternativas. Por un lado, la creación de psicoestimulantes de acción prolongada (como consecuencia de la limitada duración del efecto del MTF), a través de una liberación sostenida del principio activo. Por otro lado, se baraja la posibilidad de crear nuevos fármacos, implicados preferentemente sobre vías noradrenérgicas (entre ellos, aparece de forma significativa la atomoxetina, como una de las principales alternativas) (Artigas, 2004). En la actualidad, la Agencia Europea de Medicamentos ha aprobado una nueva opción de fármaco no psicoestimulante que actúa a nivel postsináptico, la guanfacina de liberación prolongada. Dicho fármaco estimula los receptores adrenérgicos alfa-2A, actuando sobre espinas dendríticas de las neuronas piramidales de la Corteza Prefrontal medial (actuando preferentemente sobre el neurotransmisor noradrenalina), que se encuentran relacionadas con procesos psicológicos como atención y memoria de trabajo, así como con procesamiento emocional.

En una de las investigaciones analizadas, llevada a cabo con 90 niños con TDAH, se estudiaron y compararon las diferencias de comportamiento de los tres subtipos (hiperactivo/impulsivo, inatento,

combinado), y se determinó la eficacia del metilfenidato para mejorar los síntomas de cada uno de ellos, a través de la evaluación de las percepciones de padres y profesores (Roselló, Pitarch, Y Abad, 2002). En cuanto a las diferencias de comportamiento de los tres subtipos, los resultados mostraron que los niños que presentaban TDAH subtipo combinado (TDAH/C), puntuaron significativamente más alto que los TDAH subtipo inatento (TDAH/I), y subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH/H-I), en las variables: agresividad, conducta antisocial, retraimiento e inadaptación escolar. Los TDAH/H-I mostraron diferencias significativamente más altas en problemas de aprendizaje (Roselló et al., 2002). Como puede apreciarse, en cuanto a las diferencias en el comportamiento, los resultados parecen manifestar una menor capacidad de adaptación en los diferentes ámbitos en el TDAH subtipo combinado. En las percepciones de los padres y de los profesores, éstos coinciden al afirmar que tras el tratamiento se dan mejoras significativas en hiperactividad/impulsividad y en inatención, en el grupo TDAH/C y TDAH/I, aunque en los TDAH/H-I, las mejoras sólo se producen en hiperactividad (Roselló et al., 2002).

Otro de los estudios, llevado a cabo con 170 sujetos a los que también se les trató con metilfenidato con el fin de valorar la respuesta del fármaco; aparecieron en un porcentaje no muy elevado de los casos (33,3%) síntomas no cognitivos ni conductuales, como alergias, asma, rinitis alérgica o dermatitis; pero no se mostraron otro tipo de alteraciones como anemia o hipertiroidismo. También destaca el insomnio de inicio (7,0%), y la falta de apetito (5,1%). A pesar de estos efectos adversos, tras el tratamiento durante un año 103 de los casos presentan una buena evolución y 10 muy buena, siendo un total del 78,2% favorable al tratamiento, ya que están más atentos a las instrucciones en tareas en el hogar y en la escuela (Valdizán, 2004). Esto indica que el psicoestimulante (al incrementar la acción sináptica de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina), da lugar a una respuesta adecuada por parte del sujeto, mejorando la capacidad y calidad de la atención, así como de la inhibición (Artigas, 2004; Valdizán, 2004).

Al hablar de metilfenidato, se señaló la posibilidad de emplear otras opciones farmacológicas cuando apareciese intolerancia al mismo o se diesen dificultades por parte del paciente. Por ello, se ha realizado un análisis de un estudio llevado a cabo con 36 sujetos, con el fin de comprobar la eficacia y seguridad de una fase de tratamiento abierto con atomoxetina de diez semanas. El fármaco es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina. Tras el tiempo de tratamiento se produjo una reducción significativa en inatención y en hiperactividad/impulsividad en los grupos TDAH/C y TDAH/I; así como se dio un aumento en variables pertenecientes al ámbito psicosocial: conducta y salud mental. También se presentaron algunos efectos adversos, como la pérdida de apetito (30,6%), dolor de cabeza (16,7%), faringitis (16,7%), taquicardia (13,9), vómitos (11,1%), y conductas negativistas (11,1%), aunque de forma leve en la mayoría de los casos (Escobar et al., 2005). Los resultados indican que la atomoxetina es eficaz a la hora de reducir los síntomas de TDAH y producir mejoría en los pacientes en un alto porcentaje (83,3%).

5.2.2.- TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO

Al hablar de tratamiento psicoeducativo, atenderemos a técnicas o estrategias que van a ser llevadas a cabo de manera directa con el individuo que presenta el trastorno, en los distintos contextos en los que se desenvuelve e implicando a las personas que más se relacionan e interactúan con él (generalmente padres y profesores). Dentro de este enfoque, se pueden distinguir preferentemente dos líneas de investigación:

- **Conductual:** su objetivo principal ha sido formar a padres y profesores para que conozcan el concepto TDAH, sus principales síntomas y manifestaciones, así como técnicas de modificación de conducta; con el fin de darles herramientas que permitan ir modelando el comportamiento de sus hijos y alumnos en función de las consecuencias del mismo.

- **Cognitivo:** cuyo objetivo se centra en enseñar a los pacientes técnicas de resolución de problemas y autocontrol, con

actividades dirigidas a trabajar autoinstrucciones, autorecompensas y aumentar la autorregulación (Arco, Fernández, e Hinojo, 2004).

En el marco de los tratamientos de corte cognitivo, cada vez se atiende más a aquellos que están dirigidos preferentemente a la rehabilitación neuropsicológica de funciones ejecutivas, y consecuentemente, al estudio de las zonas cerebrales principalmente afectadas en el trastorno.

De la unión de ambos ha surgido un tercer grupo de tratamiento, bajo la denominación de **cognitivo-conductual**, que está constituido por programas o paquetes de entrenamiento dirigidos directamente a los niños y adolescentes, para entrenar técnicas cognitivas, así como de modificación de conducta. Por último, se ha distinguido el tratamiento **cognitivo-conductual multicomponente**, que sigue la misma línea que el anterior, con la mejora de contar con técnicas dirigidas también a los padres, maestros y profesores del paciente con TDAH, y con el fin de que éstos conozcan en profundidad el trastorno y sean capaces de llevar a cabo estrategias prácticas para la intervención.

a) **Tratamiento cognitivo.**

En primer lugar, se han analizado trabajos orientados al estudio del tratamiento cognitivo. La primera revisión analizada parte del entrenamiento en atención y funciones ejecutivas (Pistoia, Abad, y Etchepareborda, 2004). Dicha revisión justifica el uso de programas dirigidos a compensar las deficiencias que aparecen en las personas con TDAH y plantea la posibilidad de combinar medios de ejercitación tradicionales con programas de ordenador, aludiendo a ellos como programas EFE, con los que se favorece la aparición, habilitación y desarrollo de las funciones ejecutivas a través de diversos ejercicios: discriminación visual; atención e inhibición; ejercicios *go-no go* (reacción e inhibición); discriminación auditiva de ritmos y tonos (con y sin apoyo visual) o ejercicios de flexibilidad cognitiva (Pistoia et al., 2004).

Por otro lado, en la investigación se hace referencia a la memoria

de trabajo como factor diferenciado de las FE y se define como un mecanismo de almacenamiento de la información, que permite mantener los datos en la mente de manera temporal, trabajar con ellos y compararlos entre sí (Baddeley, 1982, citado en Pistoia et al., 2004). De cara a nuestro estudio, se seguirá considerando tanto a la atención como a la memoria de trabajo (verbal y no verbal), como procesos psicológicos superiores que se encuentran dentro del Sistema Ejecutivo del comportamiento; que se presentan alterados en las personas que manifiestan el trastorno y que consecuentemente producen déficit en las funciones ejecutivas.

Se han desarrollado estudios que tienen como objetivo el entrenamiento de las FEs, partiendo de hipótesis en torno a áreas cerebrales implicadas en el trastorno: área prefrontal derecha (encargada del control de respuestas inhibitorias), área prefrontal dorsolateral izquierda (encargada de la modulación de la atención selectiva) (Abad et al., 2011). En dichas áreas, los autores diferencian tres síndromes neurobiológicos. Estos síndromes se entrenan mediante programas (de ordenador y tradicionales) con el fin de habilitar y rehabilitar las FEs:

- Síndrome medial del cíngulo: las FEs alteradas son la motivación y la atención sostenida, y frecuentemente aparece en niños con TDAH/I. Afecta a una pérdida de la espontaneidad e iniciativa, y a la aparición de síntomas de apatía y pasividad, trastornos en el lenguaje, alteraciones en la atención e inhibición, entre otros (Abad et al., 2011). El entrenamiento de dicho síndrome se lleva a cabo mediante programas de ordenador y programas EFE, donde se desarrollan tareas de atención e inhibición (*go-no go*), tareas de discriminación visual, comparación, corrección, etc.
- Síndrome dorsolateral: manifiesta alteraciones en FEs como flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, razonamiento y formación de conceptos. Aparece frecuentemente en niños con TDAH/C, y afecta a la planificación, trastornos en la flexibilidad cognitiva, en el seguimiento de objetos,

dificultades para la imitación, trastorno en la programación motora, en resolución de problemas, etc. El entrenamiento de flexibilidad cognitiva a través de programas de ordenador es una buena opción para compensar los síntomas del mismo, así como la realización de tareas de planificación y resolución de problemas.

- Síndrome orbitofrontal: principalmente, se producen alteraciones en la regulación emocional y el control de impulsos. Se presenta de manera general en niños con TDAH/H-I, afectando a la impulsividad, falta de responsabilidad, trastornos de desinhibición, cambios de humor, irritabilidad, incapacidad para realizar esfuerzos de forma mantenida, etc. Su entrenamiento se lleva a cabo a través de actividades de doble “input” (ejercicios de discriminación visual/inhibición, con “input” visual y auditivo), eficaces para trabajar el control de inhibición.

A pesar de que este tipo de propuestas resultan opciones atractivas para la intervención, no son las más usuales si se entienden de manera aislada. Generalmente, la tríada de tratamientos terapéuticos más empleados en el TDAH han sido: farmacológico, conductual y cognitivo (Pérez, 2009). Estas dos últimas tendencias constituyen los tipos de intervenciones psicoeducativas más usadas hasta el momento, por lo que el entrenamiento específico en FEs debe incluirse en programas cognitivos como una estrategia más. Hasta finales de los 80, el tratamiento más empleado era el farmacológico, y en menor medida el conductual. Aunque en la práctica actual, se demuestra la aparición de mejoras clínicas significativas cuando se combinan diversas técnicas en un modelo coherente, en mayor medida que cuando se presentan de forma individualizada.

b) Tratamiento cognitivo-conductual.

Arco et al. (2004), desarrollan una investigación llevada a cabo con 23 alumnos con TDAH, cuyo objetivo se centra en determinar el impacto de una intervención cognitivo/conductual sobre variables mediadoras del TDAH (control inhibitorio, control perceptivo/motor, memoria y atención), así como analizar los cambios producidos en casa y en el colegio tras el tratamiento, éste únicamente se basó en técnicas psicoeducativas, por lo que no se medicó a los alumnos antes ni durante el período de investigación. Los resultados arrojados por los padres mostraron que se dio una disminución estadísticamente significativa en oposicionismo, hiperactividad/impulsividad e índice de TDAH después del tratamiento. Además, en los datos que aportaron los profesores también se aprecia una diferencia significativa con valores menores tras el tratamiento en oposicionismo, hiperactividad/impulsividad e inatención. Sucede lo mismo con las pruebas pasadas al alumnado, que muestran una disminución significativa en el número de errores y un aumento en el tiempo de latencia del control inhibitorio, así como en procesos atencionales. Sin embargo, en las pruebas de control motor y memoria, los resultados no mostraron diferencias significativas (Arco et al., 2004). En este caso, podemos interpretar que el tratamiento farmacológico habría ayudado en la disminución de los niveles de estos síntomas, lo que nos hace pensar en la validez de la combinación de ambas técnicas de intervención.

c) Tratamiento cognitivo/conductual (multicomponente).

En los últimos años, cada vez se apuesta más por la intervención centrada; por un lado, en la el trabajo directo con los individuos con TDAH; y por otro, en la formación de padres y profesores en cuanto al trastorno y su intervención (especialmente en técnicas dirigidas a modificar la conducta de los niños). Uno de los estudios analizado fue llevado a cabo con 29 alumnos y sus profesores, con el objetivo de estudiar los efectos de un programa de intervención basado en control inhibitorio y funcionamiento del sistema ejecutivo, mediante la

evaluación con pruebas neuropsicológicas y con las percepciones de padres y profesores (Miranda et al., 2000). Dicha investigación incluyó un programa de formación para el profesorado, cuyas sesiones se agruparon bajo la óptica de tres enfoques: técnicas de modificación de conducta, técnicas cognitivo-conductuales y técnicas referidas al manejo instruccional. Se dieron siete sesiones de unas 4 horas cada una, a lo largo de cinco meses, en las que se trabajó lo siguiente:

- Conocimientos generales sobre el trastorno.
- Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta (incremento de comportamiento positivo).
- Entrenamiento en autoinstrucciones.
- Acomodaciones educativas (conocer los diferentes procedimientos de instrucción, así como adaptar el ambiente del aula).
- Entrenamiento en técnicas de autoevaluación reforzada (funcionamiento del sistema ejecutivo).
- Asesoramiento y seguimiento del programa.

En cuanto a los resultados, en las pruebas neuropsicológicas aparecen diferencias significativas antes y después del tratamiento, mejorando variables como control inhibitorio y atención. Aunque no se dan diferencias significativas (al igual que en el caso anterior) en memoria y control perceptivo-motor. En las percepciones de los padres, se refleja una mejoría significativa en atención, hiperactividad, conductas antisociales, timidez y retraimiento, trastornos psicopatológicos y problemas de ansiedad tras el tratamiento. Por otro lado, los profesores manifiestan diferencias significativas en las variables atención, hiperactividad, conducta antisocial, timidez y ansiedad, problemas de aprendizaje, inadaptación escolar, autocontrol y habilidades sociales una vez finalizada la intervención (Miranda et al., 2000). En definitiva, se puede afirmar que se dan efectos positivos tanto en casa como en el colegio tras este tipo de intervenciones. Aun así, algunos síntomas del

trastorno parecen no beneficiarse de dichos paquetes de tratamiento (memoria y control motor). Teniendo en cuenta que el TDAH constituye un trastorno con una implicación biológica, se puede afirmar la necesidad de abordarlo desde una perspectiva multidisciplinar que combine la medicación y el tratamiento psicoeducativo.

Otras investigaciones han puesto de manifiesto la importancia del papel de los padres en la intervención dirigida al TDAH. En el siguiente estudio, se llevó a cabo una revisión de distintos artículos para fundamentar la elaboración de un programa dirigido a padres, con el fin de reducir sus niveles de estrés, culpabilidad o inseguridad, así como educarles en el empleo de estrategias adecuadas para la intervención con su hijo con TDAH (Miranda, Grau, Melià y Roselló, 2008). El programa consta de seis módulos, donde se trabaja:

- Conocimiento sobre TDAH.
- Comprensión del estrés (habilidades de manejo del tiempo, técnicas de relajación y afrontamiento del estrés).
- Reestructuración cognitiva (relación entre pensamientos, emociones y conducta).
- Solución de problemas.
- Habilidades de comunicación.
- Estrategias de disciplina (refuerzos positivos, extinción, tiempo fuera, economía de fichas...).

Los padres de niños con TDAH suelen tener dificultades para desempeñar su labor educativa, lo que tiene como consecuencia que aparezcan estados de frustración, baja autoestima o desconfianza en ellos mismos, en sus habilidades y en su rol paterno. Suelen considerar que sus hijos tienen menos control afectivo y emocional, y que manifiestan más dificultades para adaptarse al ambiente físico y social (Miranda et al., 2008). En este sentido, se hace necesario plantear intervenciones dirigidas

a trabajar aspectos como la regulación emocional de padres e hijos y las habilidades propias para conseguir relaciones interpersonales más positivas.

En el último estudio analizado, llevado a cabo con 32 parejas con hijos con este trastorno se trató de analizar el impacto que dicha patología tiene sobre la familia (sentimientos, economía, relaciones maritales y entre hermanos). Además, se compararon los cambios en el manejo de situaciones cotidianas por parte de los padres, y en sus atribuciones y expectativas hacia sus hijos tras el tratamiento (Roselló, García, Tárraga, y Mulas, 2003). Para ello, se organizó un curso centrado en el entrenamiento en técnicas de manejo cognitivo-conductual, así como conocimiento sobre el TDAH; a lo largo de seis meses y a razón de una sesión por mes, donde se trabajó:

- Conocimiento sobre manifestaciones y curso evolutivo del TDAH.
- Atribuciones y expectativas de los padres hacia la patología.
- Entrenamiento en técnicas para aumentar conductas positivas.
- Entrenamiento en técnicas para disminuir conductas negativas.
- Entrenamiento en elaboración y uso de sistemas de economía de fichas y contratos de contingencias.

Analizando los resultados, se puede apreciar cómo el TDAH causa un impacto elevado sobre el contexto familiar, en las variables: sentimientos y actitudes (el 88,8% de los padres muestran niveles elevados de estrés, el 75% cree que no es capaz de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% cree que podría ser mejor padre), vida social (el 64% afirma que el comportamiento de su hijo incomoda públicamente, el 56% considera que debe dar explicaciones sobre la conducta de su hijo a otros),

terreno económico (el 67% opina que tiene más gastos en servicios educativos y psicológicos, el 50% opina que le cuesta más criar a su hijo), relación marital (el 50% tiene mayores enfrentamientos de pareja debido a su hijo), relación entre hermanos (el 44% padres opina que el hijo con TDAH incomoda a sus hermanos) (Roselló et al., 2003). Por tanto, los síntomas primarios y asociados a esta patología resultan ser la causa de escenarios bastante problemáticos e inadaptativos, no únicamente para el niño, sino también para su entorno.

En cuanto a los datos recogidos sobre las expectativas de los padres tras el tratamiento, se obtienen diferencias significativas en cuanto a la percepción positiva de los padres en relación a la problemática del TDAH, aumentando de manera favorable. Aunque no se dan diferencias significativas en la aplicación de técnicas de modificación de conducta, sí que mejoran aspectos como la emisión de órdenes o el conocimiento respecto al trastorno (Roselló et al., 2003).

Estos datos ponen de manifiesto las dificultades que los niños con TDAH y sus familias padecen para relacionarse y convivir. Estas interacciones entre padres e hijos, y entre hermanos, van a ser bastante influyentes en el modelado de la conducta de los chicos que padecen el trastorno, por lo que vale la pena plantearse la posibilidad de entrenar habilidades con el fin de potenciar sus relaciones interpersonales. En esta ocasión no han podido encontrarse mejoras en cuanto a la aplicación de técnicas de modificación de conducta, por lo que podríamos pensar en que éstas no son suficientes para lograr una adaptación equilibrada y positiva al entorno.

En una de las revisiones llevadas a cabo por el Grupo de Especial Interés en TDAH (GEITDAH), se llegó a un consenso de expertos de toda España sobre cuestiones relativas al manejo del TDAH en el ámbito nacional, aunque tomando referencias de las guías previamente establecidas fuera de nuestro país (Montañés et al., 2010). Este grupo está formado por expertos en psiquiatría infantil y se divide en distintos subgrupos de trabajo, centrados en el estudio y la creación de instrumentos

y herramientas para abordarlo. En esta revisión se aportan algunos datos que pueden servir de base para la conceptualización del término, su diagnóstico e intervención. En cuanto a este último punto, los expertos han llegado a la conclusión de que existe la necesidad de desarrollar un plan terapéutico individualizado (programa dirigido al paciente y su entorno), e interdisciplinar, como ya se comentaba en otras investigaciones (Loro et al., 2009): el plan debe incluir la intervención en el contexto del niño (al menos en la familia y en la escuela). Además, se afirma que la combinación de psicofármacos y psicoterapia es la medida más eficaz.

Como se referenciado en distintos estudios (Artigas, 2004; Escobar et al., 2005; Loro et al., 2009; Mulas et al., 2012), los psicoestimulantes - generalmente Metilfenidato- y la Atomoxetina, son los dos tipos de fármaco más comercializados y empleados en España en la actualidad. Ambas opciones terapéuticas aumentan la disponibilidad de dopamina y noradrenalina en el espacio intersináptico, inhibiendo la recaptación de dopamina (se unen a la proteína presináptica e impiden su recaptación). Generalmente, suelen recomendarse los psicoestimulantes como tratamiento de primera opción, sobre todo si no existen trastornos comórbidos. Sin embargo, la atomoxetina suele emplearse cuando aparece dicha comorbilidad, especialmente con problemas de ansiedad y tics. Estos trabajos ponen de manifiesto la necesidad de combinar la medicación con una adecuada intervención psicológica y psicoeducativa, en un contexto multidisciplinar que proporcione un mayor bienestar y capacidad de adaptación al entorno del sujeto con TDAH y su familia.

Es preciso considerar que el tratamiento con derivados de psicoestimulantes no puede curar de forma definitiva el TDAH, sino que, si el individuo responde bien a la dosis que se le esté administrando, va a resultar de gran ayuda para poder trabajar otros elementos del mismo (Pérez, 2009). Por ello, es necesario establecer pautas para llevar a cabo un abordaje psicoeducativo que combine diversas técnicas para ser aplicadas en los contextos en los que el chico se encuentra inmerso.

Existen investigaciones que afirman que el impacto de esta patología

no sólo afecta al individuo que la posee, sino también a la familia y personas de su entorno. Aunque, en concreto, las consecuencias que sufrirá el niño se producirán a lo largo de toda la vida, y afectarán a su autoestima, crecimiento emocional y relaciones sociales (Tuchman, 2001). Este tipo de afirmaciones nos hacen plantearnos una vez más la necesidad de incluir intervenciones dirigidas a conseguir una adecuada adaptación a cualquier entorno, por lo que no es posible obviar el ámbito emocional o social.

En esta revisión en concreto, el autor apuesta por la necesidad de que el profesional clínico posea un conocimiento adecuado respecto a las distintas opciones de tratamiento disponibles, puesto que, mientras que los síntomas nucleares del trastorno responden mejor a la medicación estimulante; los síntomas asociados pueden verse reducidos gracias a la modificación del ambiente, y concretamente, a la terapia cognitiva, conductual y dirigida a variables socio-emocionales y comunicativas.

En resumen, las investigaciones analizadas (Arco et al., 2004; Miranda et al., 2000), donde se aplicaron programas de intervención multicomponente (dirigidos a chicos con TDAH, sus padres y profesores); comprueban cómo se dan mejoras significativas después del tratamiento en variables como la atención, hiperactividad/impulsividad, control inhibitorio, conducta antisocial, inadaptación social (entre otros). Por tanto, parece evidente que este tipo de intervenciones favorecen los síntomas nucleares del trastorno, y aquellos asociados a las alteraciones del SE. Sin embargo, hay variables que no se ven mejoradas, como la memoria o el control motor. Es posible que la combinación de dichas técnicas con medicación psicoestimulante favorezca la mejora equilibrada de estos factores, ya que hemos de tener en cuenta que el trastorno tiene una base genética y, por tanto, biológica.

Los problemas en la adaptación al entorno van a hacer necesario, en la mayoría de ocasiones, que una parte del tratamiento vaya dirigido a la formación de padres y profesores sobre el TDAH, sus características, implicaciones y posibilidades de abordaje. Muchos de los padres de estos chicos perciben la convivencia con ellos como un elemento estresante (Roselló et al., 2003), y afirman que no se sienten capaces de manejar el comportamiento de su hijo, por lo que su forma de vida es percibida como caótica, y tiene un impacto negativo en la mayoría de sus miembros (dando lugar a problemas entre la pareja y los hermanos).

Todo ello nos hace plantearnos la opción multicomponente como la medida de tratamiento más adecuada; combinando la administración del fármaco –en los casos en los que el profesional del ámbito médico lo considera apropiado y necesario-, con técnicas cognitivas y conductuales dirigidas a rehabilitar y potenciar variables cognitivas, comunicativas, emocionales y sociales. Este tipo de programas deben dar cabida, tanto a sesiones dirigidas directamente a la persona con TDAH, como a la formación de familiares y profesionales que día a día conviven con el trastorno; y, desde nuestro punto de vista, la inclusión de los iguales en el tratamiento (ya sean hermanos, compañeros de clase, amigos...), resulta imprescindible.

En definitiva, y de acuerdo a lo que apuntan los estudios analizados (Escobar et al., 2005; Loro et al., 2009; Montañés et al., 2010; Montiel et al., 2002; Mulas et al., 2012; Pérez, 2009), la primera medida a llevar a cabo en el proceso de intervención con personas con TDAH es establecer un plan de tratamiento individualizado bajo un enfoque global, donde tenga cabida el uso de recursos farmacológicos y psicoeducativos de manera combinada. A lo largo de las intervenciones, es importante que prime el trabajo coordinado de los distintos profesionales (médicos, psicólogos/psicopedagogos, educadores) junto con la formación y coordinación con la familia; teniendo en cuenta las necesidades de la propia persona con TDAH, pero también de su entorno.

Además, si consideramos que un adecuado funcionamiento social implica la capacidad del sujeto para regular sus emociones, pensamientos y comportamientos en función de la información recibida en las situaciones de interacción (Pardos et al., 2009); junto con el hecho de que los sujetos con TDAH presentan un déficit en este proceso, se hace necesario plantearnos que estas personas van a tener una mayor cantidad de problemas en cuanto a su propio autoajuste y relaciones interpersonales (que no se limita únicamente a las interacciones con sus iguales, sino que se extiende a la adaptación familiar y escolar).

En las investigaciones planteadas hasta el momento, poca información se aporta en este sentido, por lo que, de cara a futuros estudios e intervenciones, sería beneficioso incluir una parte de las terapias a trabajar variables comunicativas, sociales y emocionales, dentro de los paquetes de tratamiento combinado.

d) Tratamiento Psicosocial.

En la búsqueda de tratamientos que atendiesen a la compensación de los déficits que las personas con TDAH presentan en el área socio-emocional, se ha llevado a cabo un análisis por diversas investigaciones que se recogen a continuación.

En la primera revisión analizada se recogen distintos tipos de tratamiento, que los autores engloban bajo la denominación de “psicosocial”. Éstos se dividen en programas de entrenamiento neurocognitivo, técnicas de modificación de conducta, estrategias de autocontrol, adaptaciones académicas y entrenamiento en habilidades sociales (Miranda y Soriano, 2010).

Como hemos comentado a lo largo de este capítulo, los programas de **entrenamiento neurocognitivo** se centran en el déficit del

funcionamiento ejecutivo del TDAH. La mayoría de estos programas trabajan para compensar los déficit de las FE e incluyen diferentes componentes atencionales. Se aplican de manera intensiva a lo largo de entre cinco y ocho semanas, aunque normalmente se desarrollan en ambientes de laboratorio, por lo que plantean dificultades para la generalización de sus resultados a actividades académicas o conflictos sociales que se dan en la vida real (Miranda y Soriano, 2010). Hay que tener en cuenta que este tipo de programas constituyen un apoyo fundamental para la mejora de los aprendizajes, aunque lo más probable es que no baste con emplearlos de manera aislada.

Las **adaptaciones académicas** se centran en reducir conductas problemáticas y potenciar los aprendizajes, a través de la flexibilización en medidas de acceso al currículo que tengan en cuenta las necesidades educativas de estos niños; y las organizaciones y acomodaciones del ambiente del aula (Miranda y Soriano, 2010). Por lo que la combinación de ambas puede ser una buena estrategia para potenciar la adaptación a nivel escolar y el rendimiento académico de los alumnos con TDAH.

Por otro lado, las **técnicas de modificación de conducta** se emplean para reorganizar y adaptar el ambiente y producen beneficios en los niños con TDAH. Aunque es preciso tener en cuenta que éstos necesitan contingencias y refuerzos más potentes que los niños sin el trastorno, y que deben aplicarse con mayor rapidez y modificarse con más frecuencia (Miranda y Soriano, 2010). La idea es trabajar con padres y profesores para que sean capaces de conocer y aplicar ellos mismos dichas técnicas. En la escuela, el profesor va a ser el encargado de modificar las consecuencias de la conducta de su alumnado, y se toma a los compañeros como elementos esenciales en dicho proceso por ejercer el rol de modelos (por ello, éstas actividades pueden constituir una oportunidad para actuar sobre el plano social, respecto a normas, estrategias de relación, habilidades de comunicación, etc.).

Las **estrategias de autocontrol** comprenden varios tipos: autoinstrucciones, autoevaluaciones con refuerzo y técnicas de control de

la ira. Estas técnicas van a ir más allá de la propia conducta del chico, tratando de conseguir una modificación a nivel cognitivo; es decir, enseñándoles los pasos que han de seguir para que sean ellos mismos quienes analicen, planifiquen y en definitiva, dirijan adecuadamente su comportamiento.

Las **autoinstrucciones** permiten a los niños entrenar el pensamiento secuencial con el fin de evaluar y comprender la situación en la que se encuentran inmersos, generar estrategias y utilizarlas como guía de su conducta (mediante una secuencia de pasos, los chicos aprenderán pautas básicas que han de seguir para solucionar problemas). La **autoevaluación** pretende enseñar al niño a valorar objetivamente sus propias actuaciones, de acuerdo a las normas que hay preestablecidas (mediante una serie de pasos, el adulto -normalmente el profesor- enseñará al chico a distinguir entre los aspectos positivos y negativos de sus acciones, con el fin de modificar y mejorar sus respuestas). Por último, las **técnicas de control de la ira** actúan para reducir la agresividad, el sujeto aprenderá, en primer lugar, a detener su respuesta instintiva y; en segundo lugar, a valorar objetivamente la magnitud y los indicadores de ésta, con el fin de reconducirla antes de que acabe en conductas agresivas.

Por último, el entrenamiento en **habilidades sociales** se centra en la instrucción y puesta en práctica de éstas y otras habilidades: de conversación y resolución de conflictos.

Otro de los trabajos de Miranda et al. (2002), llevada a cabo con 100 sujetos, tiene por objeto analizar la eficacia de un programa multicomponente (de intervención en el aula), así como determinar las variables moduladoras cognitivas o conductuales que podrían influir sus resultados; a través de las estimaciones de padres y profesores. De acuerdo a las percepciones de los padres, los niños no muestran diferencias significativas antes y después del tratamiento en inatención/desorganización, aunque si lo hacen en hiperactividad/impulsividad. Siguiendo las percepciones de los profesores, si se aprecian cambios significativos en ambas variables antes y después

del tratamiento (Miranda et al., 2002). Al analizar los datos que se recogen respecto a las variables cognitivas, puede apreciarse que únicamente se dan diferencias significativas en control inhibitorio y en atención. Dentro del factor problemas de conducta, valorado por los padres, se reducen los problemas de ansiedad. Mientras que en los problemas escolares, valorados por los profesores, se dan diferencias significativas en inatención, oposicionismo y aislamiento (Miranda et al., 2002).

Presentación, Pinto, Meliá, Y Miranda (2009), llevaron a cabo un estudio con un grupo de niños diagnosticados con TDAH tipo combinado y sus familias (42 en total), se centró en la aplicación de tres programas de intervención, dirigidos a: niños con TDAH/C, a sus padres y a sus profesores. En este trabajo se analizan concretamente los beneficios que esta intervención multicomponente tiene para las familias, así como se determina si la presencia de problemas de conducta asociados (PC), influye en los resultados del estudio, desde el punto de vista de padres y profesores (Presentación et al. 2009). Los resultados confirman que la conductas problemáticas que presentan estos niños disminuye en todas las áreas tras el tratamiento, y se dan mejoras significativas en: sentimientos y actitudes, vida social, economía, relación matrimonial, relación entre hermanos, dificultades para la convivencia e influencia sobre la familia. Al comparar las puntuaciones entre el grupo TDAH y el grupo TDAH con PC; se demuestra que los niños con TDAH/C sin PC muestran diferencias significativas en todas las variables; sin embargo, los niños con TDAH/C con PC no presentan tantas discrepancias al llevar a cabo el tratamiento (Presentación et al., 2009). En este sentido, se plantea la posibilidad de combinar estas intervenciones con medicación psicoestimulante con el fin de obtener resultados más eficaces. Aunque en un primer momento este estudio se eligió por presentarse como una intervención psicosocial, también puede clasificarse como un tipo de tratamiento dirigido principalmente a la formación de padres de niños con TDAH, con el fin de reducir el impacto del trastorno en la familia. Este tipo de tratamiento no puede aplicarse de manera aislada sino que, como hemos podido comprobar, es necesario proponer un marco de intervención que abarque

las distintas opciones de manera simultánea, si queremos obtener mejores resultados en todas las áreas.

La última investigación revisada se lleva a cabo con 27 sujetos, para analizar los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH, y comparar los mismos en tres momentos: antes del tratamiento, después del mismo y a lo largo de su seguimiento, tras un año (Herrero, Jesús, Siegenthaler, Jara, y Miranda, 2010). La intervención tuvo una duración de 10 semanas e incluyó un programa específico para niños, otro para padres, y otro para profesores; donde se trabajaron técnicas de modificación de conducta, técnicas cognitivo-conductuales, adaptaciones académicas y habilidades sociales. En cuanto a los resultados en adaptación académica, se dieron mejoras significativas en los tres momentos (los datos aportados por los padres confirman una disminución significativa en problemas escolares y los de los profesores muestran mejoras en problemas académicos). Del mismo modo, la variable adaptación emocional, se dan cambios significativos en los tres momentos (así como en la problemas de ansiedad, los datos aportados por los padres muestran mejorías significativas en la variable timidez/retraimiento; sin embargo, para los profesores no se da una diferencia significativa) (Herrero et al., 2010). En la variable adaptación social también se muestra una mejoría significativa: los padres afirman que se reduce la conducta antisocial tras el tratamiento, así como aumentan las estrategias de adaptación social. Los profesores arrojan datos similares, afirmando que se dan mejoras significativas en agresividad, conducta antisocial e inadaptación escolar (Herrero et al., 2010).

Por tanto, las intervenciones de tipo combinado y multicomponente obtienen resultados positivos no solo para el sujeto sino también para las personas de su entorno, De ahí la necesidad de profundizar de manera concienzuda en este tipo de déficit, sus causas en relación con el trastorno, y las diversas posibilidades que pueden ser planteadas para su abordaje. Como puede apreciarse, lo que en este

apartado hemos epigrafiado como intervención psicosocial hace referencia principalmente a los tratamientos que se dedican a formar a padres y profesores en el manejo adecuado de la conducta de sus hijos, lo cual constituye un elemento fundamental, pero que debe ser completado con acciones dirigidas al desarrollo social, afectivo y emocional de los chicos con TDAH. Los objetivos fundamentales de las investigaciones se dirigen a los síntomas nucleares del trastorno, y de manera colateral a aspectos relacionados con la adaptación académica, social y familiar. Desde nuestro punto de vista, sería necesario profundizar más en el ámbito socio-comunicativo y emocional, especificando variables a trabajar (identificación, expresión y regulación emocional, habilidades pragmáticas...), en sesiones de intervención que se dirijan de manera exclusiva a cada uno de ellos.

En resumen, después de llevar a cabo un análisis por los distintos tipos de tratamiento dirigidos al TDAH en nuestro país, puede apreciarse cómo la mayoría de los autores coinciden en que cada uno de los pacientes necesita contar con un plan de tratamiento individualizado, que contemple tanto la gravedad del trastorno como sus características personales y familiares, para priorizar la toma de decisiones en cuanto al tipo de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico para cada sujeto. En este sentido, consideramos que además de la información recogida a través de pruebas de evaluación específicas para diagnosticar o descartar el trastorno, resulta fundamental contar con información que provenga de forma directa de padres y profesores de los individuos que van a ser evaluados y tratados, en torno a cómo se desarrolla su día a día no sólo en casa sino también en la escuela y en su entorno más próximo (compañeros de clase, amigos, familiares, etc.).

La bibliografía más abundante en torno al tratamiento está centrada en las opciones terapéuticas (Escobar et al., 2005; Montañés et al., 2010; Montiel et al., 2002; Valdizán, 2004), debido a la acción de los

psicoestimulantes sobre las vías de neurotransmisores afectadas; y consecuentemente, a la rapidez con la que se obtienen respuestas adecuadas por parte de la persona, mejorando la capacidad de inhibición de su conducta y por tanto, reduciendo la hiperactividad y aumentando su capacidad de atención. Estas investigaciones son realizadas principalmente desde el ámbito médico y farmacológico, y están orientadas a estudiar distintos tipos de fármaco que son comercializados, así como sus efectos secundarios.

Desde nuestro punto de vista y coincidiendo con la mayoría de los autores, estas respuestas son necesarias para las personas con TDAH pero no suficientes; y es que, aunque el tratamiento con psicoestimulantes sea una opción adecuada para mejorar la disfunción biológica que sufre el cerebro de estos sujetos, el resto de procesos psicológicos implicados requieren de una atención específica, entran aquí en juego las terapias cognitivas y conductuales. A pesar de que no existe un consenso en torno al modelo que define los procesos psicológicos implicados directamente en el trastorno, lo que sí es aceptado de forma generalizada es que las técnicas centradas en rehabilitar funciones como la planificación y la organización, o las destinadas a que los chicos aprendan estrategias de autocontrol; son cada vez más estudiadas, puesto que resultan efectivas en la compensación de estrategias de adaptación, con lo que maestros, profesores y orientadores pueden ver mejorado la convivencia y el manejo del alumno con TDAH.

En definitiva, es preciso considerar que el interés que se ha tenido en torno al TDAH a lo largo de los años ha estado centrado en tratar sus síntomas nucleares, y se ha desarrollado en el ámbito de la medicina o de la neurología de forma predominante. Las investigaciones orientadas al desarrollo de fármacos para combatir dichos síntomas son las más abundantes, seguidas de aquellas pertenecientes al área cognitiva y especialmente conductual. Además, generalmente se asume que los déficit comunicativos, sociales y emocionales de las personas con TDAH mejorarán como consecuencia directa de los beneficios del tratamiento

farmacológico; y para algunos autores, de la combinación de éste con la terapia cognitivo-conductual, lo que influye en que el número de investigaciones en torno a la reflexión teórica sobre dichas variables y a la propuesta de estrategias prácticas para su compensación, sea limitado.

II. PARTE EMPÍRICA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

CAPÍTULO 6.- EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

6.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Dicho estudio busca profundizar en el estudio de las alteraciones emocionales, sociales, comunicativas y cognitivas del TDAH; por ser constituir un ámbito que, desde nuestro punto de vista, no ha sido lo suficientemente estudiado. Por ello, a continuación exponemos las directrices de la investigación llevada a cabo con una amplia muestra de personas con TDAH y sus familias, y el desarrollo de una intervención específica Emocional, Social y Cognitiva; diseñada para potenciar procesos emocionales de identificación, expresión y regulación emocional, y consecuentemente: reducir problemas emocionales, mejorar sus habilidades socio-comunicativas y pragmáticas, potenciar sus habilidades mentalistas, sociales y de resolución de conflictos. Para poder llevar a cabo este tratamiento psicoeducativo, se ha elaborado y aplicado un Programa de Intervención Emocional, Social y Cognitivo, destinado a niños con TDAH de edades comprendidas entre los 7 y los 14 años, y a sus padres.

6.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.2.1. OBJETIVOS GENERALES

El **primer objetivo** del estudio que se presenta a continuación, se basa en desarrollar un modelo de comprensión y explicación del TDAH que, además de abordar alteraciones cognitivas y conductuales como explicación causal del trastorno, atienda a la influencia de elementos emocionales y socio-cognitivos (ESC, en lo sucesivo), en la configuración del mismo.

Para ello, en primer lugar se ha llevado a cabo una revisión en torno a modelos teóricos que analizan causas y características del TDAH, se ha ampliado el foco de estudio incluyendo variables cognitivas –Procesos Psicológicos (Percepción, MT, Atención, Internalización del Lenguaje, Procesos de Análisis y Síntesis, Autorregulación, TOM, Habilidades de

Comunicación Pragmática) y Funciones (Planificación, Organización, Flexibilidad, Monitorización, Metacognición y Toma de Decisiones), del SE-, así como variables emocionales (Emociones Primarias Negativas: Tristeza, Miedo, Ira).

Tal y como se defiende a lo largo del marco teórico del estudio, las personas con TDAH presentan dificultades para autorregular sus emociones, pensamientos y comportamientos en los diferentes contextos en los que se ven inmersos; dichas dificultades tienen como resultado el desarrollo de una pobre capacidad para el aprendizaje y la adaptación a las demandas del entorno. De ahí la necesidad de llevar a cabo tratamientos dirigidos a paliar las disfunciones que estas personas presentan en los procesos y funciones del SE, con el fin de otorgar estrategias y generar oportunidades suficientes para que puedan llevar una vida normalizada. Para verificar, por tanto, este primer objetivo, se plantea el **Segundo Objetivo** del estudio Empírico realizado:

Se basa en diseñar y aplicar un programa de intervención ESC, que llevado a cabo en dos condiciones diferentes mejora la adaptación socio-cognitiva y emocional de las personas con TDAH, después de recibir el mismo.

Las condiciones para llevar a cabo dicha intervención son:

- A. La aplicación del programa ESC como complemento de programas de tratamiento tradicionales:
 - a) Farmacológico.
 - b) Cognitivo-conductual.
 - c) Combinado.
- B. La aplicación del programa ESC, según rangos de edad de los sujetos:
 - a) Grupo 7-9 años.
 - b) Grupo 10-12 años.
 - c) Grupo 13-14 años.

En resumen, las personas con TDAH presentan problemas para adaptarse a su entorno familiar, académico, laboral y social; debido a una

falta de estrategias de comunicación y socio-cognitivas, así como a un número escaso de habilidades de identificación, expresión y regulación emocional. Para disminuir estas dificultades, resulta necesario trabajar de manera específica sobre ellas, mediante la aplicación de un programa de intervención psicoeducativa en el que se haga partícipe a las familias y adaptado a las edades de los sujetos.

6.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Junto al segundo objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

El **primer objetivo** pretende comprobar los Problemas Emocionales (PE, en lo sucesivo), se reducen en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento específico ESC.

El **segundo objetivo** pretende comprobar que los PE se reducen en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 7 y 14 años, cuando se lleva a cabo un tratamiento combinado - farmacológico/cognitivo-conductual-, junto con el tratamiento específico ESC-; frente a tratamientos únicos, farmacológico o cognitivo-conductual, junto con ESC.

El **tercer objetivo** pretende comprobar que los PE se reducen en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 13-14 años, sea cual sea el tipo de tratamiento adicional, cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC.

El **cuarto objetivo** pretende comprobar que la identificación, expresión y autorregulación (IEA, en lo sucesivo), de emociones primarias negativas mejoran en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento específico ESC.

El **quinto objetivo** pretende comprobar que la IEA de emociones primarias negativas, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 7 y 14 años, cuando se lleva a cabo un

tratamiento combinado -farmacológico/cognitivo-conductual-, junto con el tratamiento específico ESC-; frente a tratamientos únicos, farmacológico o cognitivo-conductual, junto con ESC.

El **sexto objetivo** pretende comprobar que la IEA de emociones primarias negativas, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 13-14 años, sea cual sea el tipo de tratamiento adicional, cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC.

El **séptimo objetivo** pretende comprobar que las habilidades socio-comunicativas (HHSC, en lo sucesivo), mejoran en los niños con TDAH cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC.

El **octavo objetivo** pretende comprobar que las HHSC, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 7 y 14 años, cuando se lleva a cabo un tratamiento combinado -farmacológico/cognitivo-conductual, junto con el tratamiento específico ESC; frente a tratamientos únicos, farmacológico o cognitivo-conductual, junto con ESC.

El **noveno objetivo** pretende comprobar que las HHSC, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 13-14 años, sea cual sea el tipo de tratamiento adicional, cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC.

El **décimo objetivo** pretende comprobar que la identificación de pensamientos en otras personas (IP, en lo sucesivo), mejora en los niños con TDAH cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC.

El **undécimo objetivo** pretende comprobar que la IP, mejora en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 7 y 14 años, cuando se lleva a cabo un tratamiento combinado -farmacológico/cognitivo-conductual, junto con el tratamiento específico ESC; frente a tratamientos únicos, farmacológico o cognitivo-conductual, junto con ESC.

El **duodécimo objetivo** pretende comprobar que la IP, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 13-14 años, sea cual sea el tipo de tratamiento adicional, cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC.

El **decimotercer objetivo** pretende comprobar que las habilidades de resolución de conflictos (HHRC, en lo sucesivo), mejoran en los niños con TDAH, cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC.

El **decimocuarto objetivo** pretende comprobar que las HHRC, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 7 y 14 años, cuando se lleva a cabo un tratamiento combinado - farmacológico/cognitivo-conductual, junto con el tratamiento específico ESC; frente a tratamientos únicos, farmacológico o cognitivo-conductual, junto con ESC.

El **decimoquinto objetivo** pretende comprobar que las HHRC mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre los 13-14 años, sea cual sea el tipo de tratamiento adicional, cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC.

El **decimosexto objetivo** pretende comprobar que la IEA de emociones primarias negativas, las HHSC, la IP y las HHRC, mejoran en los niños con TDAH cuando se lleva a cabo un tratamiento específico ESC; con respecto a la IEA de emociones primarias negativas, las HHSC, la IP y las HHRC de un grupo control que no ha recibido tratamiento.

OBJETIVOS GENERALES

1. Desarrollar un modelo de comprensión y explicación del TDAH que atienda a la influencia de elementos emocionales y socio-cognitivos (ESC).
2. Comprobar la mejora de variables relacionadas con la adaptación socio-cognitiva y emocional de las personas con TDAH, después de llevar a cabo un programa específico de intervención ESC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprobar que los PE, se reducen en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
2. Comprobar que los PE, se reducen en mayor medida en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC, junto con tratamiento combinado.
3. Comprobar que los PE, se reducen en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre 13-14 años, después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
4. Comprobar que la IEA, mejora en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
5. Comprobar que la IEA, mejora en mayor medida en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC, junto con tratamiento combinado.
6. Comprobar que la IEA, mejora en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre 13-14 años, después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
7. Comprobar que las HHSC, mejoran en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
8. Comprobar que las HHSC, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC, junto con tratamiento combinado.
9. Comprobar que las HHSC, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre 13-14 años, después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
10. Comprobar que la IP, mejora en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
11. Comprobar que la IP, mejora en mayor medida en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC, junto con tratamiento combinado.
12. Comprobar que la IP, mejora en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre 13-14 años, después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
13. Comprobar que las HHRC, mejoran en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
14. Comprobar que las HHRC, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC, junto con tratamiento combinado.
15. Comprobar que las HHRC, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH de edades comprendidas entre 13-14 años, después de llevar a cabo un tratamiento ESC.
16. Comprobar que las IEA de emociones primarias negativas, las HHSC, la IP y las HHRC, mejoran en mayor medida en los niños con TDAH después de llevar a cabo un tratamiento ESC, con respecto a un grupo control que no ha recibido tratamiento.

6.3. HIPÓTESIS:

Derivadas de los objetivos específicos expuestos, se plantean y se pretenden contrastar las siguientes hipótesis:

6.3.1. Hipótesis 1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH reduzcan sus problemas emocionales (PE), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Problemas Emocionales:
 - Puntuaciones en Problemas Emocionales (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas Emocionales (SENA – autoinforme-).

6.3.2. Hipótesis 2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, reduzcan sus problemas emocionales, en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Problemas Emocionales:
 - Puntuaciones en Problemas Emocionales (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas Emocionales (SENA – autoinforme-).

6.2.3. Hipótesis 3:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años, reduzcan sus problemas emocionales, en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones en Problemas Emocionales:
 - Puntuaciones en Problemas Emocionales (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas Emocionales (SENA –autoinforme-).

6.2.4. Hipótesis 4:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH mejoren procesos emocionales (identificación, expresión y autorregulación de emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

De la Hipótesis 4, se subdividen, a su vez:

Hipótesis 4.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH mejoren su capacidad de identificar emociones primarias negativas (ira, tristeza, miedo), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuación en Reconocimiento de Emociones (NEPSY-II).
 - Puntuaciones en Identificación de Emociones (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Emociones (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

Hipótesis 4.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH mejoren su capacidad de expresar emociones primarias negativas (ira, tristeza, miedo), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Expresión Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuaciones en Expresión de la Ira (STAXY-NA).
 - Expresión Externa.
 - Expresión Interna.
 - Control Externo.
 - Control Interno.
 - Puntuaciones en Expresión Emocional (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).

Hipótesis 4.3:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH mejoren su capacidad de autorregular emociones primarias negativas (ira, tristeza, miedo), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones en Autorregulación Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuaciones en Problemas de Regulación Emocional (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas de Control de la Ira (SENA – familia-).
 - Puntuaciones en Autorregulación Emocional (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Autorregulación Emocional (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

6.2.5. Hipótesis 5:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, mejoren los procesos de identificación, expresión y autorregulación emocional (emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

De la Hipótesis 5, se subdividen, a su vez:

Hipótesis 5.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, mejoren los procesos de identificación emocional (emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones Identificación Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuación en Reconocimiento de Emociones (NEPSY-II).
 - Puntuaciones en Identificación de Emociones (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Emociones (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

Hipótesis 5.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, mejoren los procesos de expresión emocional (emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones Expresión Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuaciones en Expresión de la Ira (STAXY-NA).
 - Expresión Externa.
 - Expresión Interna.
 - Control Externo.
 - Control Interno.
 - Puntuaciones en Expresión Emocional (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).

Hipótesis 5.3:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, mejoren los procesos de regulación emocional (emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones Autorregulación Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuaciones en Problemas de Regulación Emocional (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas de Control de la Ira (SENA – familia-).
 - Puntuaciones en Autorregulación Emocional (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Autorregulación Emocional (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

6.2.6. Hipótesis 6:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años, mejoren los procesos de identificación, expresión y autorregulación emocional (emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), en mayor medida que aquellos sujetos de edades

comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

De la Hipótesis 6, se subdividen, a su vez:

Hipótesis 6.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años, mejoren los procesos de identificación emocional (de emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones Identificación Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuación en Reconocimiento de Emociones (NEPSY-II).
 - Puntuaciones en Identificación de Emociones (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Emociones (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

Hipótesis 6.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años, mejoren los procesos de expresión emocional (de emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones Expresión Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuaciones en Expresión de la Ira (STAXY-NA).
 - Expresión Externa.
 - Expresión Interna.
 - Control Externo.
 - Control Interno.
 - Puntuaciones en Expresión Emocional (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).

Hipótesis 6.3:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años, mejoren los procesos de autorregulación emocional (de emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones Autorregulación Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuaciones en Problemas de Regulación Emocional (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas de Control de la Ira (SENA – familia-).
 - Puntuaciones en Autorregulación Emocional (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).

- Puntuaciones en Autorregulación Emocional (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

Las variables Identificación, Expresión y Autorregulación Emocional

serán medidas con:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS:

- Tareas Reconocimiento de Emociones (NEPSY-II).
- Problemas de Regulación Emocional (SENA –formato autoinforme/formato familia-).
- Índice de Problemas Emocionales (SENA –formato autoinforme y formato familia-).
- Índices de Expresión de la Ira –expresión externa, expresión interna, control externo, control interno, índice global- (STAXY-NA).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

- Tareas Identificación de Emociones (Sesión de Evaluación Inicial y Sesión de Evaluación Final, 1 y 30, Programa ESC).
- Tareas de Expresión y Autorregulación de Emociones (Sesiones de Evaluación Intermedia 20 y 29, Programa ESC).

6.2.7. Hipótesis 7:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH adquieran y/o mejoren habilidades socio-comunicativas (pragmática, identificación y ejecución de habilidades conversacionales), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 7 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 7.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH adquieran y/o mejoren habilidades pragmáticas (comunicación no verbal, inicio de conversación inapropiado, coherencia en el discurso, uso del contexto), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Socio-Comunicativas (HHSC).
 - Puntuaciones en Pragmática (CCC2):
 - Puntuaciones en Comunicación No Verbal.
 - Puntuaciones en Inicio de Conversación Inapropiado.
 - Puntuaciones en Coherencia en el Discurso.
 - Puntuaciones en Uso del Contexto.

Hipótesis 7.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH adquieran y/o mejoren la identificación y ejecución de habilidades conversacionales (identificación de saludos, conversaciones y críticas, ejecución de saludos y conversaciones), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Socio-Comunicativas (HHSC).
 - Puntuaciones en Identificación y Ejecución de Habilidades Conversacionales (Evaluación 1 y 30, Programa ESC):
 - Puntuaciones en Identificación de Saludos.
 - Puntuaciones en Identificación de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Identificación de Críticas.
 - Puntuaciones en Ejecución de Saludos.
 - Puntuaciones en Ejecución de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Identificación y Ejecución de Habilidades Conversacionales (Evaluación 20 y 29, Programa ESC):
 - Puntuaciones en Identificación de Saludos.
 - Puntuaciones en Identificación de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Ejecución de Saludos.
 - Puntuaciones en Ejecución de Conversaciones.

6.2.8. Hipótesis 8:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, adquieran y/o mejoren habilidades socio-comunicativas (pragmática, identificación y ejecución de habilidades conversacionales), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 8 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 8.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, adquieran y/o mejoren habilidades pragmáticas (comunicación no verbal, inicio de conversación inapropiado, coherencia en el discurso, uso del contexto), en mayor medida que los que reciben

tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Socio-Comunicativas (HHSC).
 - Puntuaciones en Pragmática (CCC2):
 - Puntuaciones en Comunicación No Verbal.
 - Puntuaciones en Inicio de Conversación Inapropiado.
 - Puntuaciones en Coherencia en el Discurso.
 - Puntuaciones en Uso del Contexto.

Hipótesis 8.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, adquieran y/o mejoren la identificación y ejecución de habilidades conversacionales (identificación de saludos, conversaciones y críticas, ejecución de saludos y conversaciones), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Socio-Comunicativas (HHSC).

- Puntuaciones en Identificación y Ejecución de Habilidades Conversacionales (Evaluación 1 y 30, Programa ESC):
 - Puntuaciones en Identificación de Saludos.
 - Puntuaciones en Identificación de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Identificación de Críticas.
 - Puntuaciones en Ejecución de Saludos.
 - Puntuaciones en Ejecución de Conversaciones.
- Puntuaciones en Identificación y Ejecución de Habilidades Conversacionales (Evaluación 20 y 29, Programa ESC):
 - Puntuaciones en Identificación de Saludos.
 - Puntuaciones en Identificación de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Ejecución de Saludos.
 - Puntuaciones en Ejecución de Conversaciones.

6.2.9. Hipótesis 9:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años, adquieran y/o mejoren habilidades socio-comunicativas (pragmática, identificación y ejecución de habilidades conversacionales), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 9 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 9.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años, adquieran y/o mejoren habilidades pragmáticas (comunicación no verbal, inicio de conversación inapropiado, coherencia en el discurso, uso del contexto), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional.
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en habilidades Socio-Comunicativas (HHSC).
 - Puntuaciones en Pragmática (CCC2):
 - Puntuaciones en Comunicación No Verbal.
 - Puntuaciones en Inicio de Conversación Inapropiado.
 - Puntuaciones en Coherencia en el Discurso.
 - Puntuaciones en Uso del Contexto.

Hipótesis 9.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años, adquieran y/o mejoren la identificación y ejecución de habilidades conversacionales (identificación de saludos, conversaciones y críticas, ejecución de saludos y conversaciones), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional.
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en habilidades Socio-Comunicativas (HHSC).
 - Puntuaciones en Identificación y Ejecución de Habilidades Conversacionales (Evaluación 1 y 30, Programa ESC):
 - Puntuaciones en Identificación de Saludos.
 - Puntuaciones en Identificación de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Identificación de Críticas.
 - Puntuaciones en Ejecución de Saludos.
 - Puntuaciones en Ejecución de Conversaciones.

- Puntuaciones en Identificación y Ejecución de Habilidades Conversacionales (Evaluación 20 y 29, Programa ESC):
 - Puntuaciones en Identificación de Saludos.
 - Puntuaciones en Identificación de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Ejecución de Saludos.
 - Puntuaciones en Ejecución de Conversaciones.
 -

Las variables Habilidades Socio-Comunicativas, serán medidas con:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS:

- Índices Pragmática –comunicación no verbal, inicio de conversación inapropiado, coherencia en el discurso, uso del contexto- (CCC-2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

- Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación (saludos, conversaciones, críticas) (Sesión de Evaluación Inicial y Sesión de Evaluación Final, 1 y 30, Programa ESC).
- Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación (saludos, conversaciones, bromas y burlas) (Sesiones de Evaluación Intermedia 10, 20 y 29, Programa ESC).

6.2.10. Hipótesis 10:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH mejoren su capacidad para identificar pensamientos ajenos (habilidades mentalistas, identificación de pensamientos ajenos en situaciones de conflicto, identificación de pensamientos ajenos asociados a emociones), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 10 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 10.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH mejoren sus habilidades mentalistas (verbales y contextuales), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (IP).
 - Puntuaciones en Habilidades Mentalistas (TOM) (NEPSY-II):
 - Puntuaciones en TOM Verbal.
 - Puntuaciones en TOM Contextual.

Hipótesis 10.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH mejoren su capacidad para identificar pensamientos ajenos (en situaciones de conflicto, asociados a emociones), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (IP).

- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión 1 y 30, Programa ESC).
- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión 20 y 29, Programa ESC).
- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos asociados a Emociones (Sesión 20 y 29, Programa ESC).

6.2.11. Hipótesis 11:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, mejoren su capacidad para identificar pensamientos ajenos (habilidades mentalistas, identificación de pensamientos ajenos en situaciones de conflicto, identificación de pensamientos ajenos asociados a emociones), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 11 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 11.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, mejoren sus habilidades mentalistas (verbales y contextuales), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (IP).

- Puntuaciones en Habilidades Mentalistas (TOM) (NEPSY-II):
 - Puntuaciones en TOM Verbal.
 - Puntuaciones en TOM Contextual.

Hipótesis 11.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado, mejoren su capacidad para identificar pensamientos ajenos (en situaciones de conflicto, asociados a emociones), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (IP).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos asociados a Emociones (Sesión 20 y 29, Programa ESC).

6.2.12. Hipótesis 12:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años mejoren su capacidad de identificar pensamientos ajenos (habilidades mentalistas, identificación de pensamientos ajenos en situaciones de conflicto, identificación de

pensamientos ajenos asociados a emociones), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 12 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 12.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años mejoren sus habilidades mentalistas (verbales y contextuales), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional.
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (IP).
 - Puntuaciones en Habilidades Mentalistas (TOM) (NEPSY-II):
 - Puntuaciones en TOM Verbal.
 - Puntuaciones en TOM Contextual.

Hipótesis 12.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años mejoren su capacidad para identificar pensamientos ajenos (en situaciones de conflicto, asociados a emociones), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional.
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (IP).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos asociados a Emociones (Sesión 20 y 29, Programa ESC).

Las variables Identificación de Pensamientos Ajenos, serán medidas con:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS:

- Tareas Teoría de la Mente–tarea verbal, tarea contextual e índice total- (NEPSY-II).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

- Tareas Identificación de Pensamientos (Sesión de Evaluación Inicial y Sesión de Evaluación Final, 1 y 30, Programa ESC).
- Tareas Identificación de Pensamientos (Sesiones de Evaluación Intermedia 20 y 29, Programa ESC).

6.2.13. Hipótesis 13:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH adquieran y/o mejoren sus habilidades para resolver conflictos interpersonales (habilidades sociales y de resolución de conflictos), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 13 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 13.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH adquieran y/o mejoren sus habilidades sociales (relaciones interpersonales, integración y competencia social, habilidades sociales y de liderazgo), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Sociales:
 - Puntuaciones en Relaciones Interpersonales (BASC – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Integración y Competencia Social (SENA – familia-).
 - Puntuaciones en Relaciones Sociales (CCC2).
 - Puntuaciones en Habilidades Sociales (BASC –familia-).
 - Puntuaciones en Liderazgo (BASC –familia-).

Hipótesis 13.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH adquieran y/o mejoren sus habilidades de resolución de conflictos interpersonales (identificación de problemas, planificación de respuestas, problemas de conducta y problemas con los compañeros), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos:
 - Puntuaciones en Problemas de Conducta (SENA – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Problemas de Conducta (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas con los Compañeros (SENA – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Identificación del Problema (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación del Problema (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación del Personas Implicadas (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta –enfrentamiento a críticas- (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Revisión del Plan (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

6.2.4. Hipótesis 14:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado adquieran y/o mejoren sus habilidades para resolver conflictos interpersonales (habilidades sociales y de resolución de conflictos), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 14 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 14.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado adquieran y/o mejoren sus habilidades sociales (relaciones interpersonales, integración y competencia social, habilidades sociales y de liderazgo), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Sociales:
 - Puntuaciones en Relaciones Interpersonales (BASC – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Integración y Competencia Social (SENA – familia-).
 - Puntuaciones en Relaciones Sociales (CCC2).
 - Puntuaciones en Habilidades Sociales (BASC –familia-).
 - Puntuaciones en Liderazgo (BASC –familia-).

Hipótesis 14.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH que reciben tratamiento combinado adquieran y/o mejoren sus habilidades de resolución de conflictos interpersonales (identificación de problemas, planificación de respuestas, problemas de conducta y problemas con los compañeros), en mayor medida que los que reciben tratamiento farmacológico o cognitivo-conductual, después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Tratamiento Combinado.
- Tratamiento Farmacológico.
- Tratamiento Cognitivo-Conductual.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos:
 - Puntuaciones en Problemas de Conducta (SENA – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Problemas de Conducta (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas con los Compañeros (SENA – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Identificación del Problema (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación del Problema (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación del Personas Implicadas (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta –enfrentamiento a críticas- (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Revisión del Plan (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

6.2.15. Hipótesis 15:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años adquieran y/o mejoren sus habilidades para resolver conflictos interpersonales (habilidades sociales y de

resolución de conflictos), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

La hipótesis 15 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 15.1:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años adquieran y/o mejoren sus habilidades sociales (relaciones interpersonales, integración y competencia social, habilidades sociales y de liderazgo), en mayor medida que aquellos sujetos de edades comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional.
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Sociales:
 - Puntuaciones en Relaciones Interpersonales (BASC – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Integración y Competencia Social (SENA – familia-).
 - Puntuaciones en Relaciones Sociales (CCC2).
 - Puntuaciones en Habilidades Sociales (BASC –familia-).
 - Puntuaciones en Liderazgo (BASC –familia-).

Hipótesis 15.2:

Se espera que los sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 13 y 14 años adquieran y/o mejoren sus habilidades de resolución de conflictos interpersonales (identificación de problemas, planificación de respuestas, problemas de conducta y problemas con los compañeros), en mayor medida que aquellos sujetos de edades

comprendidas en rangos diferentes (7-9, 10-12), después de haber llevado a cabo un programa específico de intervención ESC.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional.
- Rango de edad de los sujetos (7-9, 10-12, 13-14).

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos:
 - Puntuaciones en Problemas de Conducta (SENA – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Problemas de Conducta (SENA – familia-).
 - Puntuaciones en Problemas con los Compañeros (SENA – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Identificación del Problema (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación del Problema (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación del Personas Implicadas (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta –afrontamiento a críticas- (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Revisión del Plan (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

Las variables Habilidades Sociales, Resolución de Conflictos, serán medidas con:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS:

- Índice de Relaciones Interpersonales (BASC –formato autoinforme-).
- Índice de Habilidades Sociales (BASC –formato familia-).
- Índice de Liderazgo (BASC –formato familia-).
- Índice de Problemas de Conducta (SENA –formato autoinforme/formato familia-)
- Índice de Problemas con los Compañeros (SENA –formato autoinforme-).
- Índice de Integración y Competencia Social (SENA –formato autoinforme/formato familia-).
- formato familia-).
- Índice de Relaciones Sociales (CCC-2).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

- Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación Inicial y Sesión de Evaluación Final, 1 y 30, Programa ESC).
- Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesiones de Evaluación Intermedia 20 y 29, Programa ESC).

6.2.16. Hipótesis 16:

Se espera que el grupo de intervención, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años, mejoren en su capacidad de identificación, expresión y regulación emocional (emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo-), adquieran y/o mejoren sus habilidades socio-comunicativas (pragmáticas y conversacionales), adquieran y/o mejoren su capacidad para identificar pensamientos ajenos (habilidades mentalistas, identificación de pensamientos), así como sus habilidades para resolver problemas interpersonales (habilidades sociales y de resolución de conflictos); después de haber llevado a cabo un Programa de Intervención ESC; en mayor medida que los sujetos del grupo control, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años.

La hipótesis 16 se subdivide, a su vez, en:

Hipótesis 16.1:

Se espera que el grupo de intervención, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años, mejoren en su capacidad de identificación, expresión y regulación emocional (emociones primarias negativas –ira, tristeza, miedo), después de haber llevado a cabo un Programa de Intervención ESC, en mayor medida que el grupo control, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Grupo control/de tratamiento.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuación en Reconocimiento de Emociones (NEPSY-II).
 - Puntuaciones en Identificación de Emociones (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).

- Puntuaciones en Identificación de Emociones (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
- Puntuaciones en Expresión Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuaciones en Expresión de la Ira (STAXY-NA).
 - Expresión Externa.
 - Expresión Interna.
 - Control Externo.
 - Control Interno.
 - Puntuaciones en Expresión Emocional (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
- Puntuaciones Autorregulación Emocional (ira, tristeza, miedo).
 - Puntuaciones en Problemas de Regulación Emocional (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas Emocionales (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas Emocionales (SENA –autoinforme-).
 - Puntuaciones en Problemas de Control de la Ira (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Autorregulación Emocional (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Autorregulación Emocional (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

Hipótesis 16.2:

Se espera que el grupo de intervención, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años, adquieran y/o mejoren habilidades socio-comunicativas (pragmática, identificación y ejecución de habilidades conversacionales), después de haber llevado a cabo un Programa de Intervención ESC, en mayor medida que el grupo control, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años.

Variables independientes (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Grupo control/de tratamiento.

Variables dependientes (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Socio-Comunicativas (HHSC).
 - Puntuaciones en Pragmática (CCC2):
 - Puntuaciones en Comunicación No Verbal.
 - Puntuaciones en Inicio de Conversación Inapropiado.
 - Puntuaciones en Coherencia en el Discurso.
 - Puntuaciones en Uso del Contexto.
 - Puntuaciones en Identificación y Ejecución de Habilidades Conversacionales (Evaluación 1 y 30, Programa ESC):
 - Puntuaciones en Identificación de Saludos.
 - Puntuaciones en Identificación de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Identificación de Críticas.
 - Puntuaciones en Ejecución de Saludos.
 - Puntuaciones en Ejecución de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Identificación y Ejecución de Habilidades Conversacionales (Evaluación 20 y 29, Programa ESC):
 - Puntuaciones en Identificación de Saludos.
 - Puntuaciones en Identificación de Conversaciones.
 - Puntuaciones en Ejecución de Saludos.
 - Puntuaciones en Ejecución de Conversaciones.

Hipótesis 16.3:

Se espera que el grupo de intervención, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años mejoren su capacidad de identificar pensamientos ajenos (habilidades mentalistas, identificación de pensamientos ajenos en situaciones de conflicto, identificación de pensamientos ajenos asociados a emociones), después de haber llevado a cabo un Programa de Intervención ESC, en mayor medida que el grupo control, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Grupo control/de tratamiento.

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (IP).
 - Puntuaciones en Habilidades Mentalistas (TOM) (NEPSY-II):
 - Puntuaciones en TOM Verbal.
 - Puntuaciones en TOM Contextual.
- Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (IP).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos asociados a Emociones (Sesión 20 y 29, Programa ESC).

Hipótesis 16.4:

Se espera que el grupo de intervención, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años, adquieran y/o mejoren sus habilidades para resolver conflictos interpersonales (habilidades sociales y de resolución de conflictos), después de haber llevado a cabo un Programa de Intervención ESC, en mayor medida que el grupo control, formado por sujetos diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 14 años.

VARIABLES INDEPENDIENTES (VVII):

- Programa de Intervención Socioemocional (Tratamiento ESC).
- Grupo control/de tratamiento.

VARIABLES DEPENDIENTES (VVDD):

- Puntuaciones en Habilidades Sociales:

- Puntuaciones en Relaciones Interpersonales (BASC – autoinforme-).
- Puntuaciones en Integración y Competencia Social (SENA – familia-).
- Puntuaciones en Relaciones Sociales (CCC2).
- Puntuaciones en Habilidades Sociales (BASC –familia-).
- Puntuaciones en Liderazgo (BASC –familia-).
- Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos:
 - Puntuaciones en Problemas de Conducta (SENA – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Problemas de Conducta (SENA –familia-).
 - Puntuaciones en Problemas con los Compañeros (SENA – autoinforme-).
 - Puntuaciones en Identificación del Problema (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación del Problema (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Identificación del Personas Implicadas (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta –afrentamiento a críticas- (Evaluación 1 y 30, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Planificación de Respuesta (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).
 - Puntuaciones en Revisión del Plan (Evaluación 20 y 29, Programa ESC).

HIPÓTESIS	SUBHIPÓTESIS y VARIABLES
<i>HIPÓTESIS 1 (PE)</i>	VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Problemas Emocionales
<i>HIPÓTESIS 2 (PE Tipo de tratamiento)</i>	VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Problemas Emocionales
<i>HIPÓTESIS 3 (PE Edad)</i>	VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Problemas Emocionales
<i>HIPÓTESIS 4 (IEA Emocional)</i>	HIPÓTESIS 4.1. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Identificación Emocional) HIPÓTESIS 4.2. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Expresión Emocional) HIPÓTESIS 4.3. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Autorregulación Emocional)
<i>HIPÓTESIS 5 (IEA Emocional. Tipo de tratamiento)</i>	HIPÓTESIS 5.1. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Identificación Emocional) HIPÓTESIS 5.2. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Expresión Emocional) HIPÓTESIS 5.3. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Autorregulación Emocional)
<i>HIPÓTESIS 6 (IEA Emocional. Edad)</i>	HIPÓTESIS 6.1. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Identificación Emocional) HIPÓTESIS 6.2. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Expresión Emocional) HIPÓTESIS 6.3. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Autorregulación Emocional)
<i>HIPÓTESIS 7 (HHSC)</i>	HIPÓTESIS 7.1. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Pragmática). HIPÓTESIS 7.2. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Habilidades Conversacionales).
<i>HIPÓTESIS 8 (HHSC. Tipo de Tratamiento)</i>	HIPÓTESIS 8.1. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Pragmática). HIPÓTESIS 8.2. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Habilidades Conversacionales).
<i>HIPÓTESIS 9 (HHSC. Edad)</i>	HIPÓTESIS 9.1. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Pragmática). HIPÓTESIS 9.2. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Habilidades Conversacionales).
<i>HIPÓTESIS 10 (IP)</i>	HIPÓTESIS 10.1. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en TOM). HIPÓTESIS 10.2. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Identificación de

	Pensamientos Ajenos).
<i>HIPÓTESIS 11</i> (<i>IP.</i> <i>Tipo de Tratamiento</i>)	HIPÓTESIS 11.1. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en TOM). HIPÓTESIS 11.2. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Identificación de Pensamientos Ajenos).
<i>HIPÓTESIS 12</i> (<i>IP.</i> <i>Edad</i>)	HIPÓTESIS 12.1. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Pragmática). HIPÓTESIS 12.2. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Habilidades Conversacionales).
<i>HIPÓTESIS 13</i> (<i>HHRC</i>)	HIPÓTESIS 13.1. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Habilidades Sociales). HIPÓTESIS 13.2. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos).
<i>HIPÓTESIS 14</i> (<i>HHRC.</i> <i>Tipo de Tratamiento</i>)	HIPÓTESIS 14.1. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Habilidades Sociales). HIPÓTESIS 14.2. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos).
<i>HIPÓTESIS 15</i> (<i>HHRC.</i> <i>Edad</i>)	HIPÓTESIS 15.1. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Habilidades Sociales). HIPÓTESIS 15.2. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos).
<i>HIPÓTESIS 16</i> (<i>IEA emocional.</i> <i>HHSC</i> <i>IP</i> <i>HHRC</i> <i>Grupos de</i> <i>tratamiento</i>)	HIPÓTESIS 16.1. (VVII Programa ESC/Grupo control-Grupo de Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Identificación, Expresión, Regulación Emocional). HIPÓTESIS 16.2. (VVII Programa ESC/Grupo control-Grupo de Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Pragmática y Habilidades Conversacionales). HIPÓTESIS 16.3. (VVII Programa ESC/Grupo control-Grupo de Tratamiento, VVDD Puntuaciones en TOM e Identificación de Pensamientos). HIPÓTESIS 16.4. (VVII Programa ESC/Grupo control-Grupo de Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Habilidades Sociales y Habilidades de Resolución de Conflictos).

6.4. VARIABLES

Como puede apreciarse en las hipótesis, hemos tomado como Variables Independientes (VV.II.), aquellas que se intentan manipular a través de las distintas condiciones cuasi-experimentales del estudio, estas serían: tratamiento emocional-socio-cognitivo, farmacológico, cognitivo-conductual, edad, Índice de Capacidad General (ICG) y grupo sin tratamiento (grupo control).

Para el Tratamiento Emocional-Socio-Cognitivo, adoptamos como VV.II. aquellas tareas dirigidas a potenciar emociones, procesos psicológicos y funciones ejecutivas del SE, distribuidas a lo largo de 30 sesiones de trabajo, a razón de una sesión a la semana de una hora/hora y media de duración. Estas tareas han sido diseñadas junto con el apoyo de técnicas psicoeducativas: modelado, refuerzo, autoinstrucciones, técnicas de resolución de conflictos, etc. Además, se han llevado a cabo sesiones de instrucción y asesoramiento a las familias de los participantes para facilitar la generalización de lo aprendido a los ambientes en los que se desenvuelven los niños.

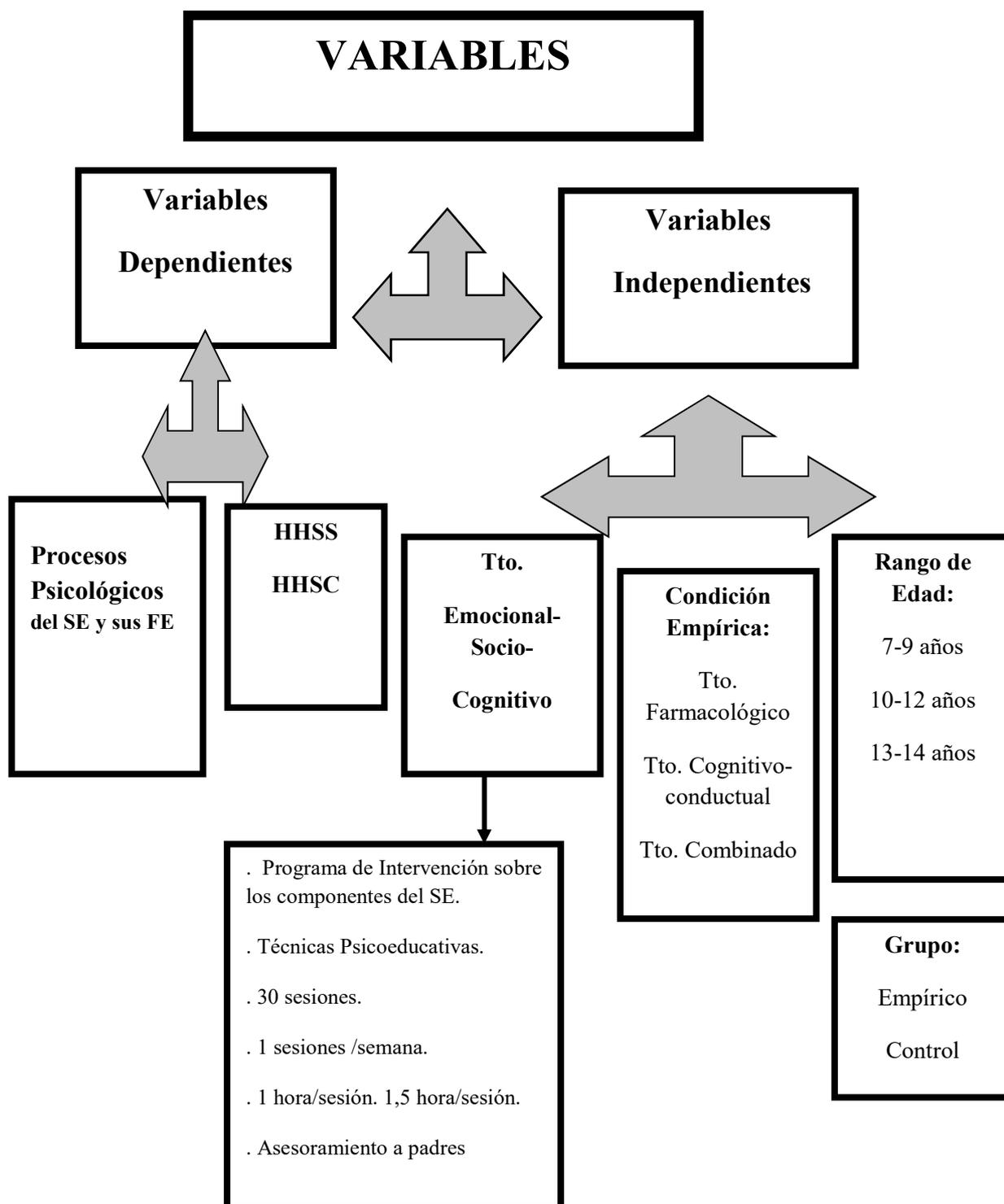
En cuanto al Tratamiento Farmacológico, tomamos como VV.II., el tipo de fármaco prescrito: metilfenidato de acción inmediata y/o retardada, o atomoxetina.

El Tratamiento Cognitivo-Conductual, toma como VV.II. aquellas técnicas dirigidas a potenciar procesos psicológicos y funciones del SE, así como a modificar patrones de conducta desadaptativos y a instaurar normas y rutinas.

En el Tratamiento Combinado, las VV.II. serían las mismas que las señaladas en los dos tipos de tratamientos anteriormente comentados – farmacológico y cognitivo/conductual-.

Por otro lado, actuarían como Variables Dependientes (VV.DD) los resultados obtenidos en: emociones (problemas emocionales, identificación, expresión y regulación emocional), así como procesos psicológicos del SE y

sus FE (habilidades mentalistas, pragmáticas y conversacionales), habilidades sociales y de resolución de conflictos.



6.5. MÉTODO

6.5.1. DISEÑO:

El diseño de investigación empleado en el estudio ha sido *cuasi-experimental*, debido a que el objetivo se centra en identificar una causa y un efecto definidos: la intervención específica en factores cognitivos, emocionales y sociales -tratamiento ESC-, mejorará el desempeño y adaptación de los sujetos diagnosticados con TDAH en tales ámbitos; sin la posibilidad de controlar todas las variables. No ha sido posible realizar una asignación al azar de sujetos a los grupos de intervención y de control; sin embargo, sí se han podido controlar otras, por ejemplo, cuándo aplicar la variable independiente -tratamiento específico ESC- (Salkind, 1997; Buendía, Colás y Hernández, 1997). Concretamente, y de acuerdo con la clasificación de Arnau (1997, 2003), el diseño elegido se corresponde con el *de series temporales interrumpidas*, pues se han tomado medidas previas y posteriores al tratamiento o programa de intervención, contando *con un grupo control*.

La selección de la muestra ha sido *no probabilística* (Salkind, 1997), ya que, dadas las dificultades encontradas para acceder a la misma por las características de los sujetos, no se ha podido emplear el azar, sino que se ha establecido, de manera intencional, criterios específicos de inclusión: diagnóstico de TDAH, ausencia de otros trastornos, edad y tipo de tratamiento recibido previamente y en el momento de iniciar el estudio; y se ha accedido a ella gracias a la colaboración de los profesionales del Centro Específico de TDAH. Se ha seleccionado, por tanto, una muestra de 70 sujetos diagnosticados con TDAH, de edades comprendidas entre 7 y 14 años, y sus familias; de los cuales, han finalizado el programa 64 sujetos y sus familias (6 participantes decidieron no continuar el programa, 4 de ellos por dificultades de compatibilidad horaria y 2 por motivos familiares -desacuerdo por parte de los progenitores en pautas educativas-).

Para compensar las limitaciones que supone la no asignación aleatoria de la muestra, se han elegido algunas estrategias de medida: medidas parcialmente repetidas (pretest-intervención-postest), y con

asignación incidental de los sujetos a los diferentes grupos (siguiendo criterios de edad y disponibilidad horaria de las familias), así como comparación de medidas con grupo control.

La comparación de los grupos de sujetos tiene el objetivo de observar y analizar la eficacia de la intervención llevada a cabo en lo que respecta a la mejora de: procesamiento de emociones, procesos psicológicos y funciones del SE, así como a habilidades socio-comunicativas. Incluyendo, además, un grupo de control estático con el que comparar los resultados de la fase postest.

Este diseño ha permitido realizar comparaciones entre todos los grupos de intervención y el grupo control, en función de los resultados recogidos a través de las pruebas de evaluación psicométrica (participantes y familias), así como de sesiones de evaluación de los objetivos alcanzados dentro del propio programa, en la fase pretest y postest.

6.5.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Para seleccionar a los sujetos que han formado parte de la muestra, se ha pasado por dos fases diferentes. La primera de ellas destinada a captar a los sujetos y la segunda a seleccionar a los mismos. A continuación, se explica cómo se ha llevado a cabo cada una:

- Fase 1ª: Captación de la muestra:

En primer lugar, se solicitó la colaboración en la investigación al equipo del Centro de Evaluación y Tratamiento de TDAH, a través de diversas reuniones y de la confección de un informe donde se plasmaron los objetivos y las directrices básicas de la investigación.

Una vez que todos los miembros del equipo aceptaron colaborar, se llevó a cabo una campaña de captación de pacientes que habían sido diagnosticados y tratados en el propio centro, desde el año 2010 hasta la actualidad, con el requisito de que tuvieran edades comprendidas entre los 7 y 14 años. Es necesario aclarar que en la muestra figuran dos sujetos que no cumplen criterios de edad: uno de ellos tenía seis años cuando comenzó el

programa (ha cumplido siete a lo largo de los meses de intervención), y el otro acababa de cumplir 15 años; ambos fueron admitidos en el estudio debido a que cumplían el resto de los criterios de inclusión y, especialmente, por la problemática que manifestaban en el ámbito social y emocional, según las demandas de las familias y terapeutas.

En todos los casos, las profesionales del centro que habían llevado a cabo la evaluación psicopedagógica de los sujetos (en colaboración con el profesional del área de neuro-pediatría), revisaron que éstos tuvieran diagnóstico de TDAH, así como aquellos casos en los que, a pesar de no tener un diagnóstico cerrado en el momento de la captación, presentaran rasgos compatibles con el trastorno –según su propia visión clínica, así como cumpliendo criterios diagnósticos de TDAH según el DSM-IV (APA, 2000)-, y estuvieran siendo tratados en el centro.

Para determinar la presencia del trastorno y, consecuentemente, proceder a la selección de la muestra, se consideraron los siguientes **criterios de inclusión:**

- Contar con un diagnóstico de TDAH: presentación combinada, presentación predominante con falta de atención, presentación predominante hiperactiva/impulsiva.
- En su defecto, contar con una puntuación de seis o más en el Cuestionario para Padres y Profesores del DSM-IV-TR (APA, 2001), en el apartado de inatención y/o en el de hiperactividad/impulsividad; así como estar siendo valorado en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento de TDAH, y atendido por las terapeutas en sesiones de intervención.
- Tales síntomas han debido manifestarse con una duración superior a seis meses y en, al menos, dos contextos diferentes.
- Contar con pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social y/o emocional.
- No presentar esquizofrenia, trastorno psicótico o cualquier otro trastorno mental, no presentar discapacidad intelectual, déficit sensorial o motor.

- Una puntuación de cociente intelectual igual o superior a 80 en la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-Revisada (WISC-R) o en la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV (WISC-IV).
- Tener una edad igual o superior a 7 años e igual o inferior a 14.
- No estar recibiendo ni haber recibido tratamiento específico en el ámbito social y emocional.

Teniendo en cuenta estos criterios, es preciso destacar que resultó bastante complicado encontrar la muestra (se necesitaron, aproximadamente, unos seis meses desde que se aprobó el proyecto con el Centro hasta que se inició el periodo de evaluación e intervención). A través de llamadas telefónicas, se ofertó a todas las familias la posibilidad de ser informados y participar en el estudio.

De los 130 sujetos que en un primer momento fueron seleccionados, finalmente 70 cumplieron con los criterios señalados y aceptaron iniciar el estudio, así como sus familias. Como se ha señalado en párrafos anteriores, dos sujetos realizaron la evaluación inicial de variables (fase pretest), pero no continuaron con el programa de intervención, debido a una falta de acuerdo por parte de los padres en cuanto a pautas de crianza y educativas (así como por tener puntos de vista diferentes respecto al diagnóstico). Cuatro de ellos iniciaron el programa, pero abandonaron el mismo hacia el segundo y tercer mes de intervención, debido a incompatibilidad horaria, por parte del niño o la familia (dificultades de adaptación debido al horario laboral de los padres, al solapamiento con otro tipo de actividades deportivas o académicas, así como a la excesiva carga de trabajo escolar del propio niño). El resto, quedaron fuera debido a: presencia de otros trastornos, CI inferior a 80, ser menor de seis años o mayor de 14 años, no presentar alteraciones en las áreas señaladas o no estar interesados en la participación del estudio.

•

- Fase 2ª: Selección de la muestra.

Todos los pacientes cuyas familias aceptaron, en primer lugar, ser informados de los requisitos y características de la investigación, recibieron el documento de “Consentimiento Informado” a través de correo electrónico, donde se recogía la justificación del estudio, objetivos generales y específicos, así como el procedimiento a llevar a cabo y las variables principales a trabajar (habilidades de comunicación, habilidades de identificación, expresión y regulación emocional y habilidades de resolución de conflictos).

Las familias que, después de recibir la información, decidieron comenzar el programa, fueron citadas para llevar a cabo una reunión donde se procedió a realizar una primera entrevista, con el fin de recoger información actualizada sobre los participantes (diagnóstico, edad, tipo de tratamiento recibido); así como para ser informados de la estructura de las sesiones, la confección de grupos, duración del programa y número de sesiones de evaluación e intervención.

Por lo tanto, en la fase pretest la muestra quedó formada por 70 sujetos y 122 padres y madres que, debido a la mortandad de la misma; acabaron el programa de intervención y la fase posttest un total de 64 participantes (de edades comprendidas entre 7 y 14 años, que en ese momento estaban recibiendo tratamiento farmacológico, psicoeducativo o combinado; y de los cuales, ninguno había llevado a cabo ni estaba llevando una intervención específica en el ámbito emocional y social); así como 110 padres y madres de dichos sujetos (que cumplimentaron escalas de valoración acerca de los participantes en la fase pretest y posttest, así como acudieron semanalmente a las sesiones de intervención, fueron informados de cada uno de los objetivos perseguidos y reforzaron los mismos en casa). El número de padres y madres no resulta proporcional al número de participantes del programa debido a: 7 parejas de sujetos eran hermanos (una de las cuáles solo contaba con la participación del padre), hubo tres casos más en los que solo se contó con la participación de uno de los progenitores (padre o madre). En el resto de los casos, independientemente de la situación

matrimonial de los progenitores (se dieron tres casos en proceso de separación), accedieron a colaborar en la cumplimentación de escalas de valoración y la asistencia a las sesiones de intervención de manera conjunta.

Por tanto, se tomaron medidas en la fase pretest y postest, así como se llevó a cabo el programa específico de intervención con una *muestra total de 64 sujetos y 110 padres y madres*. Sin embargo, se realizaron algunas subdivisiones dentro del GRUPO DE INTERVENCIÓN, para poder contar con un grupo control:

- GRUPO DE INTERVENCIÓN A: 43 participantes y 81 padres y madres (primer GRUPO DE INTERVENCIÓN), comenzaron el estudio 3 meses antes que el resto, con el objetivo de comparar las medidas obtenidas en cada una de las variables del primer grupo con las de:
- GRUPO DE INTERVENCIÓN B/GRUPO CONTROL: 21 sujetos y 33 padres y madres, que constituyeron el segundo grupo (grupo control).

Dichos grupos, quedaron establecidos como se muestra en la siguiente tabla:

GRUPOS	SUJETOS	PADRES Y MADRES	OBSERVACIONES
GRUPO DE INTERVENCIÓN	64	110	En este grupo se dieron siete casos en los que participaron parejas de hermanos (en una de ellas solo participó el padre), así como tres casos más en los que solo participó un progenitor (un padre, dos madres).

GRUPOS	SUJETOS	PADRES Y MADRES	OBSERVACIONES
GRUPO DE INTERVENCIÓN A	43	87	En este grupo se dieron tres casos en los que participaron parejas de hermanos, así como un caso en el que solo participó un progenitor.
GRUPO DE INTERVENCIÓN B/GRUPO CONTROL	21	33	En este grupo se dieron dos casos en los que participaron parejas de hermanos, así como tres casos en los que solo participó un progenitor.

Dos de las parejas de hermanos quedaron divididas entre el primer (GRUPO DE INTERVENCIÓN A), y segundo grupo (GRUPO DE INTERVENCIÓN B).

Una vez que se llevó a cabo la fase pretest, los sujetos de la muestra fueron divididos para constituir grupos de intervención, de acuerdo a la edad de los mismos y disponibilidad de días y horario de las familias. Para llevar a cabo la intervención, no se tuvo en cuenta el tipo de tratamiento que recibían los participantes (farmacológico, psicoeducativo, combinado).

GRUPOS	RANGO EDAD	Nº DE SUJETOS	GRUPOS	RANGO EDAD	Nº DE SUJETOS
GRUPO 1	10-11	4	GRUPO 9	7-9	4
GRUPO 2	7-9	3	GRUPO 10	12-14	4
GRUPO 3	12-14	5	GRUPO 11	7-9	4
GRUPO 4	12-14	5	GRUPO 12	12-14	4
GRUPO 5	10-11	5	GRUPO 13	7-9	4
GRUPO 6	12-14	5	GRUPO 14	7-9	4
GRUPO 7	7-9	4	GRUPO 15	10-11	4
GRUPO 8	10-11	5	TOTAL		64

GRUPO	CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS					
	EDAD	SUJETO	TRATAMIENTO	SITUACIÓN FAMILIAR	PARTICIPACIÓN PROGENITORES	HERMANOS
GRUPO 1	10-11	1	Combinado	Padres Separados	Padre/Madre	
		2	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO 2	7-9	1	Farmacológico	Padres Separados	Madre	
		2	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO 3	12-14	1	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		2	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	
		5	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO 4	12-14	1	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		2	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	1
		3	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		5	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO 5	10-11	1	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	2
		2	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	5
		5	Farmacológico	Padres Separados	Padre/Madre	
GRUPO 6	12-14	1	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	2
		2	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	3
		4	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	3
		5	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO 7	7-9	1	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	4
		2	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	4
		3	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO	10-11	1	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	

8		2	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		5	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO 9	7-9	1	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		2	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO 10	12-14	1	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		2	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
GRUPO 11	7-9	1	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	1
		2	Combinado	Padres Separados	Padre/Madre	
		3	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Separados	Madre	
GRUPO 12	12-14	1	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		2	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Separados	Padre	6
GRUPO 13	7-9	1	Farmacológico	Padres Casados	Padre/Madre	
		2	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	7
		4	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	7
GRUPO 14	7-9	1	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	
		2	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	
		3	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	5
		4	Psicoeducativo	Padres Separados	Padre	6
GRUPO 15	10-11	1	Farmacológico	Padres Separados	Padre	
		2	Farmacológico	Padres Separados	Padre/Madre	
		3	Psicoeducativo	Padres Casados	Padre/Madre	
		4	Combinado	Padres Casados	Padre/Madre	

Por tanto, la muestra de los 64 sujetos seleccionados para participar en la investigación quedó distribuida, según el grupo de intervención, sexo, rango de edad y etapa educativa, tal y como se muestra a continuación:

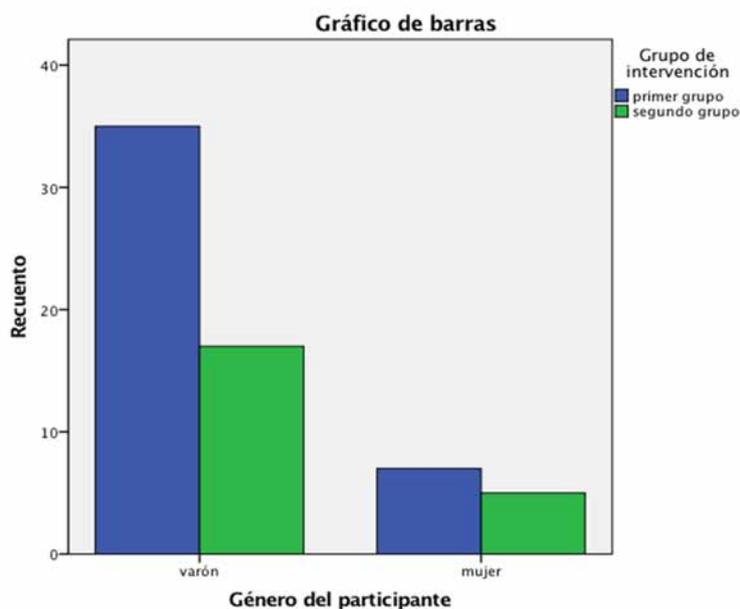


Tabla cruzada Género del participante*Grupo de intervención

			Grupo de intervención		Total
			primer grupo	segundo grupo	
Género del participante	varón	Recuento	35	17	52
		% dentro de Género del participante	67,3%	32,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de intervención	83,3%	77,3%	81,3%
	mujer	Recuento	7	5	12
		% dentro de Género del participante	58,3%	41,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de intervención	16,7%	22,7%	18,8%
Total	Recuento	42	22	64	
	% dentro de Género del participante	65,6%	34,4%	100,0%	
	% dentro de Grupo de intervención	100,0%	100,0%	100,0%	

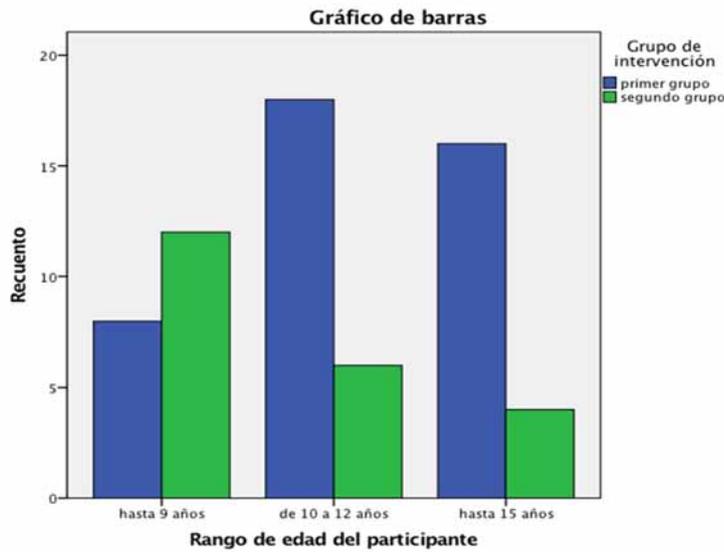


Tabla cruzada Rango de edad del participante*Grupo de intervención

			Grupo de intervención		Total
			primer grupo	segundo grupo	
Rango de edad del participante	hasta 9 años	Recuento	8	12	20
		% dentro de Rango de edad del participante	40,0%	60,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de intervención	19,0%	54,5%	31,3%
	de 10 a 12 años	Recuento	18	6	24
		% dentro de Rango de edad del participante	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de intervención	42,9%	27,3%	37,5%
	hasta 15 años	Recuento	16	4	20
		% dentro de Rango de edad del participante	80,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de intervención	38,1%	18,2%	31,3%
Total	Recuento	42	22	64	
	% dentro de Rango de edad del participante	65,6%	34,4%	100,0%	
	% dentro de Grupo de intervención	100,0%	100,0%	100,0%	

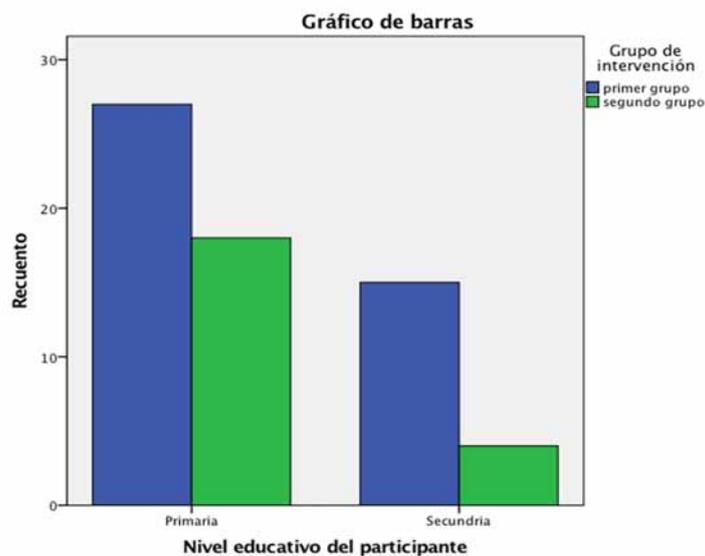


Tabla cruzada Nivel educativo del participante*Grupo de intervención

			Grupo de intervención		Total
			primer grupo	segundo grupo	
Nivel educativo del participante	Primaria	Recuento	27	18	45
		% dentro de Nivel educativo del participante	60,0%	40,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de intervención	64,3%	81,8%	70,3%
	Secundaria	Recuento	15	4	19
		% dentro de Nivel educativo del participante	78,9%	21,1%	100,0%
		% dentro de Grupo de intervención	35,7%	18,2%	29,7%
Total	Recuento	42	22	64	
	% dentro de Nivel educativo del participante	65,6%	34,4%	100,0%	
	% dentro de Grupo de intervención	100,0%	100,0%	100,0%	

6.5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA (ver Anexo 4)

Los instrumentos de medida empleados en el estudio empírico han variado en función de la fase en la se encontraba cada grupo de sujetos (de intervención y control). Las pruebas empleadas han sido:

- STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes (Del Barrio, Spielberger, Aluja, 2005).
- SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández, Santamaría, Sánchez, Carrasco y del Barrio, 2015).
- BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004).
- Batería Neuropsicológica NEPSY-II. DOMINIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL: Prueba Reconocimiento de Emociones (RE), Prueba Teoría de la Mente (TM), (Korkman, Kirk y Kemp, 2014).
- CCC-2: Children's Communication Checklist-Second Edition (Bishop, 2004).

El inventario, STAXI-NA, ha sido seleccionado por constituir una herramienta de utilidad a la hora de medir la expresión y control de la ira en niños y adolescentes. Uno de los objetivos de nuestro estudio se centra en comprobar la mejora de la expresión y regulación de emociones primarias negativas (miedo, tristeza, ira). Se han tomado medidas para las tres emociones en la sesión de evaluación que ha sido confeccionada dentro del programa de intervención (se desarrolla de forma específica en el siguiente apartado).

Sin embargo, se ha usado el inventario STAXY-NA para recoger medidas en torno a la variable ira por las siguientes razones: el número de investigaciones que avala las dificultades de interacción en niños con TDAH es elevado y, generalmente, se argumenta que el patrón de interacción social en estos niños suele caracterizarse por manifestar síntomas externalizantes, conductas disruptivas e incluso agresivas (Albert et al., 2008; García et al., 2012; García et al., 2006; Graziano et al., 2013; López et al., 2010; Nijmeijer et al., 2008; Shiels y Hawk, 2010; Solanto et

al., 2009); este hecho nos ha llevado a cuestionarnos si la ira resulta más compleja de manejar que el resto de emociones negativas primarias, en el marco social de los niños y adolescentes diagnosticados con el trastorno. Por otro lado, resulta complejo encontrar inventarios que midan la expresión y regulación del miedo y la tristeza en niños y adolescentes, por lo que se ha confeccionado un número mayor de tareas específicas para alcanzar tal objetivo, dentro del programa de intervención.

El sistema de evaluación BASC, constituye un instrumento para evaluar la conducta de niños y adolescentes a través de cuestionarios descriptivos (en nuestro estudio, cumplimentados por los propios sujetos y sus familias), validado para valorar diferentes dimensiones clínicas y adaptativas. Dichas habilidades adaptativas han sido empleadas en anteriores investigaciones con muestras de niños con TDAH (Fernández et al., 2011), para compararlas con variables como: intensidad sintomática del trastorno, subtipos, sexo y comorbilidades. Se ha empleado dicho instrumento por su elevada fiabilidad y validez interna, y por constituir una herramienta útil para interpretar la información recibida de diferentes fuentes, así como de diversos grupos de edad.

Dicha prueba incluye cuestionarios dirigidos a familias para valorar conductas de niños y adolescentes a partir de los 6 años de edad. En el caso de los autoinformes, es posible recoger información a partir de los 8 años (se ha tomado una de las puntuaciones –relaciones interpersonales-, de los autoinformes, para nuestro análisis de datos). Se ha empleado dicho instrumento con todos los sujetos que forman la muestra, a pesar de que 13 de ellos comenzaron la fase pretest cuando aún tenían 7 años de edad (estos participantes, excepto uno de ellos, ha cumplido ocho años a lo largo del tratamiento).

El sistema de evaluación SENA es un instrumento novedoso que nos ha permitido tener una visión más completa del ámbito socio-emocional de los sujetos que han participado en el estudio. La escala ha sido diseñada para recoger información en torno a problemas conductuales y emocionales (Fernández, Santamaría, Sánchez, Carrasco y del Barrio, 2015) –éstos

últimos no se contemplaban en el BASC-; de diferentes fuentes (participantes y familias). Contar con ambos sistemas nos ha permitido complementar información en torno a déficit propios del ámbito social y adaptativo (BASC), así como emocional y social (SENA). Además, tratamos de compensar las limitaciones que podía suponer el rango de edad de los sujetos que realizaron los autoinformes del inventario BASC (a partir de 8 años); puesto que el sistema de evaluación SENA sí cuenta con cuestionarios dirigidos a niños de entre 6 y 8 años.

La Batería Neuropsicológica NEPSY-II, recoge información en torno a diferentes dominios cognitivos. Suele emplearse, especialmente, en la evaluación de procesos psicológicos como la atención y de las funciones ejecutivas (Díaz y Etchepareborda, 2013). Sin embargo, en la investigación que presentamos ha sido seleccionada por contar con tareas que miden de manera específica capacidades propias del ámbito cognitivo-social (Teoría de la Mente) y cognitivo-emocional (Reconocimiento de Emociones). Ambas, presumiblemente alteradas en las personas con TDAH (Perner, 2002; Kain y Perner, 2003, Uekermann et al., 2010).

Por último, se ha empleado el cuestionario CCC-2 (Cohen et al., 2000), con el fin obtener una aproximación al estilo comunicativo de los sujetos de la investigación y, de manera específica, comprobar si las alteraciones cognitivo-sociales pueden afectar al componente pragmático en personas con TDAH (Cohen et al., 2000). En concreto, dicho instrumento aporta información acerca de la formulación y comprensión de comunicación social, teniendo en cuenta el uso que la persona hace del contexto (Mendoza y Garzón, 2012), y por tanto, puede darnos pistas sobre su capacidad de adaptación al mismo. Para nuestro análisis de datos, se emplearán variables dirigidas a obtener información en torno a los dominios: pragmática y relaciones sociales.

En las siguientes tablas, se resumen las escalas administradas en función de los grupos de tratamiento y, a continuación, se ofrece una explicación detallada de cada instrumento, tanto en la fase pretest como posttest, así como de qué información pretendíamos obtener con cada uno de ellos:

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN			
GRUPOS	MEDIDAS PRETEST	MEDIDAS POSTEST	
GRUPO DE INTERVENCIÓN: G. 1. G. 2. G. 3. G. 4. G. 5. G. 6. G. 7. G. 8. G. 9. G. 10. G. 11. G. 12. G. 13. G. 14. G. 15.	<u>PARTICIPANTE:</u> <ul style="list-style-type: none"> • STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (autoinforme). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (autoinforme). • Batería Neusopsicológica NEPSY-II: Dominio Percepción Social (Reconocimiento de Emociones, Teoría de la Mente). • Tareas Identificación de Emociones, Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación, Tareas Identificación de Pensamientos, Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 1 Programa ESC). <u>FAMILIA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (familia). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (familia). • CCC-2: Children´s Communication Checklist-Second Edition. 	<u>PARTICIPANTE:</u> <ul style="list-style-type: none"> • STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (autoinforme). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (autoinforme). • Batería Neusopsicológica NEPSY-II: Dominio Percepción Social (Reconocimiento de Emociones, Teoría de la Mente). • Tareas Identificación de Emociones, Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación, Tareas Identificación de Pensamientos, Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 30 Programa ESC). <u>FAMILIA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (familia). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (familia). • CCC-2: Children´s Communication Checklist-Second Edition. • CUESTIONARIO DE VALORACIÓN ad hoc., de objetivos conseguidos en el programa de intervención. 	
	INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y CONTROL		

GRUPOS	MEDIDAS PRETEST	MEDIDAS POSTEST
<p>GRUPOS</p> <p>INTERVENCIÓN A:</p> <p>G.1.1</p> <p>G.1.2.</p> <p>G.1.3.</p> <p>G.1.4.</p> <p>G.1.5.</p> <p>G.1.6</p> <p>G.1.7.</p> <p>G.1.8.</p> <p>G.1.9.</p> <p>G.1.10.</p>	<p><u>PARTICIPANTE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (autoinforme). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (autoinforme). • Batería Neupsicológica NEPSY-II: Dominio Percepción Social (Reconocimiento de Emociones, Teoría de la Mente). • Tareas Identificación de Emociones, Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación, Tareas Identificación de Pensamientos, Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 1 Programa ESC). <p><u>FAMILIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (familia). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (familia). • CCC-2: Children´s Communication Checklist-Second Edition. 	<p><u>PARTICIPANTE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (autoinforme). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (autoinforme). • Batería Neupsicológica NEPSY-II: Dominio Percepción Social (Reconocimiento de Emociones, Teoría de la Mente). • Tareas Identificación de Emociones, Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación, Tareas Identificación de Pensamientos, Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 30 Programa ESC). <p><u>FAMILIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (familia). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (familia). • CCC-2: Children´s Communication Checklist-Second Edition. • CUESTIONARIO DE VALORACIÓN ad hoc., de objetivos conseguidos en el programa de intervención.

<p>GRUPO DE INTERVENCIÓN B/GRUPO CONTROL:</p> <p>G.2.1. G.2.2. G.2.3. G.2.4. G.2.5.</p>	<p><u>PARTICIPANTE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (autoinforme). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (autoinforme). • Batería Neupsicológica NEPSY-II: Dominio Percepción Social (Reconocimiento de Emociones, Teoría de la Mente). • Tareas Identificación de Emociones, Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación, Tareas Identificación de Pensamientos, Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 1 Programa ESC). <p><u>FAMILIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (familia). • BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (familia). • CCC-2: Children´s Communication Checklist-Second Edition. 	
--	---	--

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN		
GRUPOS	MEDIDAS INTERMEDIAS	OTRAS MEDIDAS
GRUPO DE: INTERVENCIÓN G. 1. G. 2. G. 3. G. 4. G. 5. G. 6. G. 7. G. 8. G. 9. G. 10. G. 11. G. 12. G. 13. G. 14. G. 15.	<u>PARTICIPANTE:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas de Expresión y Autorregulación de Emociones (Sesiones de Evaluación 20 y 29, Programa ESC) • Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación (saludos, conversaciones, bromas y burlas) (Sesiones de Evaluación 10, 20 y 29, Programa ESC) • Tareas Identificación de Pensamientos (Sesiones de Evaluación 20 y 29, Programa ESC) • Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesiones de Evaluación 20 y 29, Programa ESC). 	<u>TERAPEUTAS:</u> <ul style="list-style-type: none"> • CUESTIONARIO DE VALORACIÓN ad hoc., de objetivos conseguidos en el programa de intervención.

6.5.3.1. Instrumentos de medida empleados en la fase pretest y postest. Escalas de Valoración Psicométrica y Cuestionarios:

A. STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes (Del Barrio, Spielberger, Aluja, 2005).

- Edades: 8 – 17 años.
- Nº de ítems de los registros utilizados: 32.
- Evaluación de variables:
 - Estado de ira.
 - Rasgo de ira.
 - *Modos de expresión y control de ira.*

Dicho instrumento tiene como finalidad evaluar la ira, en sus diferentes formas:

1. Estado de Ira: como una reacción puntual en un momento dado, tiene tres subescalas:
 - a. Sentimientos.
 - b. Expresión Verbal.
 - c. Expresión Física.
2. Rasgo de Ira: proclividad a desarrollar reacciones de manera frecuente e intensa, tiene dos subescalas:
 - a. Temperamento.
 - b. Reacción de Ira.
3. Modos de Expresión y Control de la Ira:
 - a. Expresión Externa: dirigida hacia personas u objetos del entorno.
 - b. Expresión Interna: dirigida hacia uno mismo, suprimir su expresión.
 - c. Control Externo: dar salida controlada a la emoción.

- d. Control Interno: intentar el control de la ira calmándose/relajándose.
- e. Índice de Expresión: se obtiene a partir de las cuatro puntuaciones anteriores.

- Registro y corrección:

Para la valoración de la Ira estado se emplea una escala tipo Likert con 3 puntos (poco, bastante, mucho), coincide con la primera parte de la prueba, -donde la persona debe responder en función de “cómo se siente en ese momento”-. En la escala rasgo -segunda parte, “cómo te sientes habitualmente”-, y para distintas reacciones –tercera parte, “cómo reaccionas cuando estás enfadado”-, se emplea una escala de frecuencia (nunca, a veces, casi siempre).

Para llevar a cabo la evaluación de la prueba, en primer lugar se obtienen puntuaciones directas, se deberán consultar los baremos según el sexo y la edad del sujeto en cuestión para obtener los percentiles correspondientes de cada.

Las variables tomadas del cuestionario STAXY-NA, formato autoinforme y familia (primaria y secundaria), para llevar a cabo el análisis de datos, han sido:

VARIABLES MEDIDAS CON STAXY-NA, en el estudio empírico	MODOS DE EXPRESIÓN Y CONTROL DE LA IRA
Expresión Externa	X
Expresión Interna	X
Control Externo	X
Control Interno	X
Índice de Expresión	X

B. SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes
(Fernández, Santamaría, Sánchez, Carrasco y del Barrio, 2015):

- Edades: 3-18 años.
- Nº de ítems de los registros utilizados:
 - a) AUTOINFORME:
 1. A-1 (6-8 años): 77 ítems.
 2. A-2 (8-12 años): 134 ítems.
 3. A-3 (12-18 años): 188 ítems.
 - b) FAMILIA:
 4. F-2 (6-12 años): 129 ítems.
 5. F-3 (12-18 años): 154 ítems.
- Evaluación de variables:

Este sistema de valoración ha sido diseñado para evaluar un amplio espectro de problemas conductuales y emocionales (depresión, ansiedad, conducta desafiante, consumo de sustancias...); problemas contextuales (con la familia, escuela y compañeros); áreas de vulnerabilidad (problemas de regulación emocional, aislamiento, rigidez...) y recursos psicológicos (autoestima, integración y competencia social...). De forma más pormenorizada, se recogen las siguientes escalas e índices:

- Escalas en los cuestionarios para familias:
 - Escalas de control.
 - Índices globales.
 - Escalas de problemas (interiorizados, exteriorizados, otros).
 - Escalas de vulnerabilidad.
 - Escalas de recursos personales.
- Escalas en los autoinformes:
 - Escalas de control.
 - Índices globales.
 - Escalas de problemas (interiorizados, exteriorizados, otros).

- Problemas contextuales.
- Escalas de vulnerabilidades.
- Escalas de recursos personales.

Para recoger puntuaciones de cada una de los ítems de los cuestionarios se ha empleado una escala de frecuencia, que varía si éste va dirigido a padres, así como en el caso de los autoinformes (8-12 años, 12-18 años); nunca o casi nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces, casi siempre. Para los autoinformes que van a ser cumplimentados por sujetos de menor edad (6-8 años), las respuestas se registran: sí, no, a veces.

En las siguientes tablas, se recogen de manera detallada las variables que son medidas en función de la edad de los sujetos y del tipo de registro: autoinforme o familia.

ESCALAS/VARIABLES MEDIDAS CON SENA FAMILIA	PRIMARIA FAMILIA	SECUND. FAMILIA
ESCALAS DE CONTROL		
INC. Inconsistencia	*	*
NEG. Impresión Negativa	*	*
POS. Impresión Positiva	*	*
INDICES GLOBALES		
GLO. Índice global de problemas	*	*
EMO. Índice de problemas emocionales	*	*
CON. Índice de problemas de conducta	*	*
EJE. Índice de problemas en funciones ejecutivas	*	*
REC. Índice de recursos personales	*	*
ESCALAS DE PROBLEMAS		
PROBLEMAS INTERIORIZADOS		
DEP. Depresión	*	*
ANS. Ansiedad	*	*
ASC. Ansiedad social	*	*
SOM. Quejas somáticas	*	*
PROBLEMAS EXTERIORIZADOS		
ATE. Problemas de atención	*	*
HIP. Hiperactividad-impulsividad	*	*
IRA. Problemas de control de la ira	*	*
AGR. Agresión	*	*
DES. Conducta desafiante	*	*
ANT. Conducta antisocial		*
OTROS PROBLEMAS		
SUS. Consumo de sustancias		*
ALI. Problemas de conducta alimentaria.		*
APR. Problemas de aprendizaje		

RET. Retraso en el desarrollo		
INU. Comportamiento inusual	*	*
ESCALAS DE VULNERABILIDADES		
REG. Problemas de regulación emocional	*	*
RIG. Rigidez	*	*
AIS. Aislamiento	*	*
APE. Dificultades de Apego		
ESCALAS DE RECURSOS PERSONALES		
SOC. Integración y competencia social	*	*
IEM. Inteligencia emocional	*	*
EST. Disponibilidad al estudio	*	*

ESCALAS/VARIABLES MEDIDAS CON SENA AUTOINFORME	PRIMARIA AUTOINFO.	SECUND. AUTOINFO.
<i>ESCALAS DE CONTROL</i>		
INC. Inconsistencia	*	*
NEG. Impresión Negativa	*	*
POS. Impresión Positiva	*	*
<i>INDICES GLOBALES</i>		
GLO. Índice global de problemas	*	*
EMO. Índice de problemas emocionales	*	*
CON. Índice de problemas de conducta	*	*
EJE. Índice de problemas en funciones ejecutivas	*	*
CTX. Índice de problemas contextuales	*	*
REC. Índice de recursos personales	*	*
<i>ESCALAS DE PROBLEMAS</i>		
PROBLEMAS INTERIORIZADOS		
DEP. Depresión	*	*
ANS. Ansiedad	*	*
ASC. Ansiedad social	*	*
SOM. Quejas somáticas	*	*
PST. Sintomatología postraumática	*	*
OBS. Obsesión-compulsión		*
PROBLEMAS EXTERIORIZADOS		
ATE. Problemas de atención	*	*
HIP. Hiperactividad-impulsividad	*	*
IRA. Problemas de control de la ira	*	*
PCO. Problemas de conducta		
AGR. Agresión	*	*
DES. Conducta desafiante	*	*
ANT. Conducta antisocial		*

OTROS PROBLEMAS		
SUS. Consumo de sustancias		*
ESQ. Esquizotipia		*
ALI. Problemas de conducta alimentaria		*
PROBLEMAS CONTEXTUALES		
FAM. Problemas familiares	*	*
ESC. Problemas con la escuela	*	*
COM. Problemas con los compañeros	*	*
ESCALAS DE VULNERABILIDADES		
REG. Problemas de regulación emocional	*	*
BUS. Búsqueda de sensaciones		*
ESCALAS DE RECURSOS PERSONALES		
AUT. Autoestima	*	*
SOC. Integración y competencia social	*	*
CNC. Conciencia de los problemas		*

En concreto, las variables tomadas del cuestionario SENA, formato autoinforme y familia (primaria y secundaria), para llevar a cabo el análisis de datos, han sido:

VARIABLES MEDIDAS CON SENA (Primaria y Secundaria), en el estudio empírico	AUTOIN- FORME	FAMILIA
EMO. Índice de problemas emocionales	X	X
CON. Índice de problemas de conducta	X	X
IRA. Problemas de control de la ira	X	X
COM. Problemas con los compañeros	X	
REG. Problemas de regulación emocional		X
SOC. Integración y competencia social		X

- Registro y corrección:

Para la obtención de resultados se ha utilizado la plataforma de corrección por internet de TEA Ediciones (TEA corrige). Para cada sujeto se ha obtenido un perfil de resultados, con las puntuaciones en escalas (puntuaciones T), e índices (resumen los resultados obtenidos en varios conjuntos de escalas). En nuestro análisis de datos, hemos empleado las puntuaciones transformadas de cada escala.

En cuanto a los cuestionarios dirigidos a informadores, se han seleccionado a las familias (padre y madre), por ser personas próximas al evaluado y que lo conocen suficientemente (mantienen un contacto frecuente y de larga duración, así como reciente, con el sujeto).

De las diferentes muestras normativas que pueden ser elegidas para valorar los resultados de cada persona evaluada, se ha escogido la muestra general (varones y mujeres).

C. BASC: Sistema de Evaluación de Conducta de Niños y Adolescentes (González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004).

- Edades: 3 a 18 años.
- Nº de ítems de los registros utilizados:
 - a. AUTOINFORME:
 - S-2 (6-12 años): 146 ítems.
 - S-3 (12-18 años): 185 ítems.
 - b. FAMILIA:
 - P-2 (6-12 años): 134 ítems.
 - P-3 (12-18 años): 123 ítems.
- Evaluación de Variables:

Este sistema de evaluación tiene la finalidad de evaluar diferentes dimensiones patológicas (problemas conductuales, trastornos emocionales,

problemas de personalidad...) y dimensiones adaptativas (habilidades sociales, liderazgo...); que puedan resultar útiles para conocer en profundidad a la persona evaluada.

- Escalas en los cuestionarios para padres:
 - Problemas exteriorizados.
 - Problemas interiorizados.
 - Problemas escolares.
 - Otros problemas.
 - Habilidades adaptativas.
 - Otras habilidades adaptativas.
 - Índice de síntomas comportamentales.
- Escalas en los autoinformes:
 - Desajuste clínico.
 - Desajuste escolar.
 - Otros problemas.
 - Ajuste personal.
 - Índice de síntomas emocionales.

Para recoger puntuaciones de cada una de los ítems del cuestionario dirigido a familias se ha empleado una escala de frecuencia: nunca, alguna vez, frecuentemente, casi siempre; mientras que en el caso de los autoinformes se han empleado respuestas dicotómicas: verdadero-falso.

En las siguientes tablas, se recogen de manera detallada las variables que son medidas en función de la edad de los sujetos y del tipo de registro: autoinforme o padres.

ESCALAS/VARIABLES MEDIDAS CON BASC PADRES	PRIMARIA PADRES	SECUNDARIA PADRES
<i>EXT. EXTERIORIZAR PROBLEMAS</i>	*	*
AGR. Agresividad	*	*
HIP. Hiperactividad	*	*
PCO. Problemas de conducta	*	*
<i>INT. INTERIORIZAR PROBLEMAS</i>	*	*
ANS. Ansiedad	*	*
DEP. Depresión	*	*
SOM. Somatización	*	*
<i>ESC. PROBLEMAS ESCOLARES</i>		
PAT. Problemas de atención	*	*
PAP. Problemas de Aprendizaje		
<i>OTROS PROBLEMAS</i>		
ATI. Atipicidad	*	*
RET. Retraimiento	*	*
<i>HAD. HABILIDADES ADAPTATIVAS</i>	*	*
ADA. Adaptabilidad	*	
LID. Liderazgo	*	*
HSO. Habilidades Sociales	*	*
<i>OTRAS HABILIDADES ADAPTATIVAS</i>		
HES. Habilidades para el estudio		
<i>ISC. ÍNDICE DE SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES</i>	*	*

ESCALAS/VARIABLES MEDIDAS CON BASC AUTOINFORME	PRIMARIA AUTOINFORME	SECUNDARIA AUTOINFORME
<i>DCL. DESAJUSTE CLÍNICO</i>	*	*
ANS. Ansiedad	*	*
ATI. Atipicidad	*	*
LOC. Locus de control	*	*
SOM. Somatización		*
<i>DES. DESAJUSTE ESCOLAR</i>	*	*
ACO. Actitud negativa hacia el colegio	*	*
APO. Actitud negativa hacia los profesores	*	*
SEN. Búsqueda de sensaciones		*
<i>OTROS PROBLEMAS</i>	*	*
DEP. Depresión	*	*
SIN. Sentido de incapacidad	*	*
ESO. Estrés social	*	*
<i>APE. AJUSTE PERSONAL</i>	*	*
REP. Relaciones con los padres	*	*
REI. Relaciones interpersonales	*	*
AUT. Autoestima	*	*
CON. Confianza en sí mismo	*	*
<i>ISE. ÍNDICE DE SÍNTOMAS EMOCIONALES</i>	*	*

En concreto, las variables tomadas del cuestionario BASC, formato autoinforme y padres (primaria y secundaria), para llevar a cabo el análisis de datos, han sido:

VARIABLES MEDIDAS CON BASC (Primaria y Secundaria), en el estudio empírico	AUTOIN- FORME	PADRES
REI. Relaciones interpersonales	X	
PCO. Problemas de conducta		X
HSO. Habilidades Sociales		X
LID. Liderazgo		X

- Registro y corrección:

La corrección se ha realizado mediante la plataforma de corrección por internet de TEA Ediciones (TEA corrige). Para cada sujeto se obtienen puntuaciones de distintas escalas, dimensiones globales e índices globales de los cuestionarios; ofreciendo un perfil gráfico con las puntuaciones transformadas de cada persona evaluada.

De las diferentes muestras normativas que pueden ser elegidas para valorar los resultados de cada persona evaluada, se ha escogido la muestra general (varones y mujeres).

**D. NEPSY-II: DOMINIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL,
RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES (RE), (Korkman, Kirk
y Kemp, 2014):**

- Edades: 3-16 años.
- Evaluación de Variables:

La NEPSY-II permite realizar diferentes tipos de evaluación, para ello, las pruebas deben elegirse en función de criterios como la edad, motivo de la consulta, necesidades del niño, etc. Para el estudio que presentamos, se va a recabar información acerca de la percepción social de las personas que

participan en el mismo, por lo que hemos seleccionado las dos pruebas que forman dicho dominio.

En concreto, la prueba “reconocimiento de emociones”, está diseñada para valorar la habilidad de reconocer emociones primarias:

- Ira.
- Alegría.
- Tristeza.
- Miedo.
- Asco.
- Neutra.

Para ello, el evaluado debe realizar cuatro tareas en las que se le mostrarán fotografías de caras de niños.

- Tarea 1: Decir si dos fotografías muestran caras con la misma emoción o no.
- Tarea 2: Seleccionar, de entre tres o cuatro fotografías, dos de ellas que muestren la misma emoción.
- Tarea 3: Se muestran cinco fotografías, una de ellas aparece en la parte superior de la página y hace de modelo; el evaluado debe seleccionar una de las cuatro que muestre la misma emoción que la que aparece en la parte superior.
- Tarea 4: Al evaluado se le muestra brevemente una cara y, de memoria, selecciona dos fotografías que muestran la misma emoción que la cara mostrada previamente.
- Registro y corrección:

La puntuación total de reconocimiento de emociones es la suma de las puntuaciones de todos los ítems de la prueba. Para los ítems del 9 al 35, hay letras que corresponden a la emoción expresada por el niño, para cada una de las seis emociones, es posible calcular el número total de errores en todos los ítems aplicados (alegría, tristeza, miedo, ira, asco, neutra); además para estas variables la prueba ofrece puntuaciones percentiles.

E. NEPSY-II: DOMINIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL, TEORÍA DE LA MENTE (TM), (Korkman, Kirk y Kemp, 2014):

- Edades: 3-16 años.
- Evaluación de Variables:

Esta prueba se compone de dos tareas distintas, diseñadas para evaluar la capacidad de comprender funciones mentales: creencia, intención, engaño, emoción, imaginación y fingimiento. Es decir, la capacidad de comprender que los otros tienen pensamientos, ideas y sentimientos (que además pueden ser diferentes de los propios). Así como la capacidad para identificar la emoción apropiada en un contexto social. Las dos tareas que se presentan a los evaluados son:

- Tarea Verbal: El examinador muestra una imagen y describe una situación relacionada con la misma. Se le formula una pregunta, la cual será correcta si la respuesta que da el evaluado implica la comprensión del punto de vista de otra persona.
- Tarea Contextual: Se muestra una imagen que representa a niños y niñas en diferentes contextos sociales, se le pide que seleccione, de entre cuatro imágenes, la que mejor represente el sentimiento o emoción del personaje objetivo mostrado en la imagen.
- Registro y corrección:

La puntuación total de Teoría de la Mente se calcula sumando las puntuaciones de cada ítem, además, dicha puntuación total puede transformarse en puntuación escalar. La puntuación de la tarea TM verbal puede ser transformada a puntuación percentil.

Las medidas recogidas en la batería NEPSY-II, dominio de percepción social, para llevar a cabo el análisis de datos, han sido:

VARIABLES MEDIDAS CON NEPSY-II (RE Y TM), en el estudio empírico	RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES	TEORÍA DE LA MENTE
Puntuación Total Reconocimiento de Emociones	X	
Tarea Verbal Teoría de la Mente		X
Tarea Contextual Teoría de la Mente		X
Puntuación Total Teoría de la Mente		X

F. CCC-2: Children´s Communication Checklist-Second Edition (Bishop, 2004).

- Edades: 4-16 años.
- Nº de ítems: 70.
- Evaluación de Variables:

Este test mide las habilidades comunicativas del niño en sus actividades cotidianas (familia, escuela). Se presentan ítems mediante una escala tipo Likert (0-3), y se recogen puntuaciones de variables divididas en tres índices, tal y como se recoge a continuación:

- Estructura y contenido lingüístico:
 - Habla.
 - Sintaxis.
 - Semántica.
 - Coherencia.
- Pragmática:
 - Inicio inapropiado.
 - Lenguaje estereotipado.
 - Uso del contexto.
 - Comunicación no verbal.
- Comunicación social:
 - Relaciones sociales.
 - Intereses.

Las medidas recogidas en el cuestionario CCC-2, para llevar a cabo el análisis de datos, han sido:

VARIABLES MEDIDAS CON CCC-2, en el estudio empírico	PRAGMÁTICA	RELACIONES SOCIALES
Comunicación No Verbal	x	
Inicio de Conversación Inapropiado	x	
Coherencia en el Discurso	x	
Uso del Contexto	x	
Relaciones Sociales		x

- Registro y corrección:

Los 50 primeros ítems se presentan en negativo (0: nunca realiza la conducta, hasta 3: siempre realiza la conducta); los 20 últimos ítems se presentan en positivo (0: siempre realiza la conducta, hasta 3: nunca realiza la conducta). Para la traducción española, se han establecido puntuaciones compuestas y percentiles.

VARIABLES PRUEBAS PSICOMÉTRICAS TOMADAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS							
BASC		SENA		CCC2	NEPSY		STAXI-NA
<i>PARTICIPANTE</i>	<i>FAMILIA</i>	<i>PARTICIPANTE</i>	<i>FAMILIA</i>	<i>FAMILIA</i>	EMOCIONES	TOM	<i>PARTICIPANTE</i>
					<i>PARTICIPANTE</i>	<i>PARTICIPANTE</i>	
Relaciones Interpersonales	Problemas de Conducta	Problemas Emocionales	Problemas Emocionales	Comunicación No Verbal	Identificación de Emociones	TOM Verbal	Expresión Externa de la Ira
	Habilidades Sociales	Problemas de Conducta	Problemas de Conducta	Inicio de Conversación Inapropiado		TOM Contextual	Expresión Interna de la Ira
	Liderazgo	Problemas de Control de la Ira	Problemas de Control de la Ira	Coherencia en el Discurso			Control Externo de la Ira
		Problemas con los Compañeros	Problemas de Regulación Emocional	Uso del Contexto			Control Interno de la Ira
			Integración y Competencia Social	Relaciones Sociales			

(Para el análisis de datos realizado, se han empleado puntuaciones T en el caso de los sistemas de evaluación BASC y SENA. Para el resto de instrumentos: CCC2, NEPSY, STAXY-NA; se han empleado puntuaciones directas).



6.5.3.2. Instrumentos de medida empleados en la fase pretest y postest. Sesiones de Evaluación del Programa de Intervención (ver Anexo 6):

Para llevar a cabo el tratamiento de los quince grupos de intervención, se ha diseñado un Programa de Intervención Psicoeducativa, de carácter cognitivo-conductual y meta-cognitivo, centrado en potenciar elementos del área socio-cognitiva y cognitivo-emocional: Programa ESC, en lo sucesivo. En concreto, dentro del mismo programa se han preparado sesiones de intervención con actividades dirigidas a sujetos de 7-9 años, así como con actividades diseñadas para los participantes de entre 10 y 14 años. Los objetivos que se pretendían alcanzar en cada una de las actividades han sido los mismos; con la diferencia de que tanto el formato de presentación, como la dificultad de las actividades propuestas, ha variado en función de la edad de los sujetos.

El programa ha constado de 30 sesiones, la primera y la última sesión han sido utilizadas como instrumentos de evaluación, con el objetivo de comprobar la eficacia del mismo sobre todos los sujetos intervenidos antes y después de llevar a cabo el tratamiento.

Para realizar las tareas que componen ambas sesiones de evaluación, las terapeutas encargadas de llevar a cabo las intervenciones leían el enunciado en voz alta y explicaban oralmente cada uno de los ejercicios, hasta asegurarse de que los participantes habían comprendido la actividad, pero sin otorgarles ningún tipo de ayuda durante el desarrollo de la misma.

A continuación, resumimos las tareas que componen estas sesiones, así como las variables socio-cognitivas y cognitivo-emocionales implicadas en cada una de ellas:

I. Primera Actividad: Reconocimiento de Emociones, Identificación de Conflictos, Expresión-Regulación de Emociones/Planificación de Respuestas.

Leer/escuchar historias donde se produce un conflicto entre iguales, con apoyo visual. Contestar a las preguntas y/o seleccionar respuestas de cada tarea.		
VARIABLES IMPLICADAS		VARIABLES DEL SE
Identificación, Expresión/Autorregulación de Emociones Negativas	✓ Identificación de Emociones Negativas en otros: Ira, Miedo, Tristeza.	Percepción y Discriminación Visual y Auditiva. MLP (experiencias previas a nivel emocional y social). Atención Sostenida. MT. Autorregulación del Comportamiento. Habilidades de Identificación, Expresión y Regulación Emocional. Conocimiento de Normas Sociales. FEs: Evaluación, planificación, flexibilidad cognitiva, metacognición, toma de decisiones.
Identificación de Pensamientos Ajenos		
Habilidades de Resolución de Conflictos	✓ Identificación del Problema. ✓ Planificación de Respuesta.	
Habilidades Socio-comunicativas		

La corrección de las actividades se ha llevado a cabo siguiendo las siguientes directrices:

- Se ofrecen tres historias donde se producen situaciones de conflicto social. En primer lugar, el participante debe seleccionar qué emoción siente el protagonista (por cada historia, se pueden elegir hasta dos emociones negativas, que deberán ser

justificadas). Cada historia tendrá un máximo de dos puntos por la variable emoción (6 puntos en total).

- En cada historia, deberá identificarse el conflicto y argumentar qué ha sucedido, se concede un punto por cada conflicto (3 puntos en total).
- Para cada uno de los conflictos planteados, el sujeto debe planificar una respuesta. Puede reflejarse, por un lado, estrategias de regulación emocional y por otro, alternativas de respuesta para resolver el mismo). Para cada variable, se otorga un punto por cada respuesta (3 puntos en total para cada una, 6 puntos).

II. Segunda Actividad: Identificación de Conflictos, Identificación de Pensamientos.

Mirar imagen donde se produce un conflicto entre iguales. Contestar a las preguntas y/o seleccionar respuestas, de cada tarea.		
VARIABLES IMPLICADAS		VARIABLES DEL SE
Identificación, Expresión/Autorregulación de Emociones Negativas	✓ Identificación de Emociones Negativas en otros: Ira, Miedo, Tristeza.	Percepción y Discriminación Visual y Auditiva. MLP (experiencias previas a nivel emocional y social). Atención Sostenida. MT. Autorregulación del Comportamiento. Habilidades Mentalistas. Habilidades de Identificación Emocional. Conocimiento de Normas Sociales. FEs: Evaluación, flexibilidad cognitiva, metacognición.
Identificación de Pensamientos Ajenos	✓ Identificación de Pensamientos Ajenos asociados a Emociones Negativas.	
Habilidades de Resolución de Conflictos		
Habilidades Socio-comunicativas		

La corrección de las actividades se ha llevado a cabo siguiendo las siguientes directrices:

- Se muestra una imagen que refleja una situación de conflicto social. En primer lugar, el participante debe seleccionar qué emoción siente el protagonista (se pueden elegir hasta dos emociones negativas, que deberán ser explicadas). Esta historia tendrá un máximo de dos puntos por la variable emoción, que será sumada a las puntuaciones obtenidas en la actividad 1(8 puntos en total).

- El sujeto debe identificar el pensamiento del protagonista, asociado a la emoción negativa que ha experimentado, éste deberá ser justificado (2 puntos en total).

III. Tercera Actividad: Reconocimiento de Emociones, Identificación de Pensamientos, Expresión-Regulación de Emociones/Planificación de Respuestas.

Leer/escuchar historias donde se produce un conflicto entre iguales, con apoyo visual. Contestar a las preguntas y/o seleccionar respuestas, de cada tarea.		
VARIABLES IMPLICADAS		VARIABLES DEL SE
Identificación, Expresión/Autorregulación de Emociones Negativas	✓ Expresión de Emociones Negativas en uno mismo: Ira, Miedo, Tristeza.	Percepción y Discriminación Visual y Auditiva. MLP (experiencias previas a nivel emocional y social). Atención Sostenida. MT. Autorregulación del Comportamiento. Habilidades de Identificación, Expresión y Regulación Emocional. Conocimiento de Normas Sociales. FEs: Evaluación, planificación, flexibilidad cognitiva, metacognición, toma de decisiones.
Identificación de Pensamientos Ajenos		
Habilidades de Resolución de Conflictos		
Habilidades Socio-comunicativas		

La corrección de las actividades se ha llevado a cabo siguiendo las siguientes directrices:

- Se ofrece una situación similar a la planteada en la actividad anterior, donde el sujeto debe identificar qué emoción experimentaría si él mismo fuese el protagonista y, especialmente, cómo la expresa. Se obtendrá un máximo de 3 puntos (puede reflejarse, por un lado, estrategias de regulación emocional y por otro, alternativas de respuesta para resolver el mismo).

IV. Cuarta Actividad: Identificación de Habilidades Socio-Comunicativas, Planificación de Respuestas.

Leer/escuchar historias donde se produce una situación de comunicación, con apoyo visual. Contestar a las preguntas y/o seleccionar respuestas, de cada tarea.		
VARIABLES IMPLICADAS		VARIABLES DEL SE
Identificación, Expresión/Autorregulación de Emociones Negativas		Percepción y Discriminación Visual y Auditiva.
Identificación de Pensamientos Ajenos		MLP (experiencias previas a nivel social).
Habilidades de Resolución de Conflictos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Críticas. ✓ Planificación de Respuesta –afrentamiento a críticas-. 	Atención Sostenida. MT. Autorregulación del Comportamiento.
Habilidades Socio-comunicativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Saludos. ✓ Identificación de Conversaciones. ✓ Planificación de Saludos. ✓ Planificación de Conversaciones. 	Habilidades Socio-comunicativas. Conocimiento de Normas Sociales. FEs: Evaluación, planificación, flexibilidad cognitiva, metacognición, toma de decisiones.

La corrección de las actividades se ha llevado a cabo siguiendo las siguientes directrices:

- Se ofrecen tres historias donde se producen situaciones sociales en las que se ponen en práctica habilidades comunicativas: saludos, conversaciones, afrontamiento de críticas.
- Se otorga un punto si el participante identifica el saludo.
- Se otorga un punto si el participante identifica la conversación.
- Se otorga un punto si el participante identifica la crítica.

- Se otorga un punto si el participante planifica, expone pasos a seguir en el saludo.
- Se otorga un punto si el participante planifica, expone pasos a seguir en la conversación (5 puntos en total).
- Se otorga un punto si el participante planifica, expone pasos a seguir en la crítica (esta puntuación se suma con la variable planificación de respuesta, de la actividad 1) (4 puntos en total).

IDENTIFICACIÓN EMOCIONES	EXPRESIÓN/ EMOCIONES	REGULACIÓN EMOCIONES/	IDENTIFICACIÓN PENSAMIENTOS
Actividad 1= 6 puntos	Actividad 3= 3 puntos	Actividad 1= 3 puntos	Actividad 2= 2 puntos
Actividad 2= 2 puntos			
<u>TOTAL= 8 puntos</u>	<u>TOTAL= 3 puntos</u>	<u>TOTAL= 3 puntos</u>	<u>TOTAL= 2 puntos</u>
IDENTIFICACIÓN PROBLEMA	PLANIFICACIÓN DE RESPUESTA	HABILIDADES COMUNICATIVAS	
Actividad 1= 3 puntos	Actividad 1= 3 puntos	Actividad 4= 5 puntos	
	Actividad 5= 1 punto		
<u>TOTAL= 3 puntos</u>	<u>TOTAL= 4 puntos</u>	<u>TOTAL= 5 puntos</u>	

VARIABLES PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TOMADAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	
MEDIDAS PRETEST	MEDIDAS POSTEST
<p><i>A. Tareas de Identificación de Emociones (Sesión de Evaluación 1 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Emociones Negativas. ✓ Tareas de Expresión de Emociones Negativas. ✓ Tareas de Regulación de Emociones Negativas. <p><i>B. Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación (saludos, conversaciones, bromas y burlas) (Sesión de Evaluación 1 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Saludos. ✓ Tarea de Identificación de Conversaciones. ✓ Tarea de Identificación de Críticas. ✓ Tarea de Planificación de Saludos. ✓ Tarea de Planificación de Conversaciones. <p><i>C. Tareas Identificación de Pensamientos (Sesión de Evaluación 1 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Pensamientos Asociados a Emociones Negativas. <p><i>D. Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 1 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación del Problema. ✓ Tarea de Planificación de Respuesta. ✓ Tarea de Planificación de Respuesta –enfrentamiento a críticas 	<p><i>A. Tareas de Identificación de Emociones (Sesión de Evaluación 30 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Emociones Negativas. ✓ Tareas de Expresión de Emociones Negativas. ✓ Tareas de Regulación de Emociones Negativas. <p><i>B. Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación (saludos, conversaciones, bromas y burlas) (Sesión de Evaluación 30 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Saludos. ✓ Tarea de Identificación de Conversaciones. ✓ Tarea de Identificación de Críticas. ✓ Tarea de Planificación de Saludos. ✓ Tarea de Planificación de Conversaciones. <p><i>C. Tareas Identificación de Pensamientos (Sesión de Evaluación 30 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Pensamientos Asociados a Emociones Negativas. <p><i>D. Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 30 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación del Problema. ✓ Tarea de Planificación de Respuesta. ✓ Tarea de Planificación de Respuesta –enfrentamiento a críticas-.



6.5.3.3. Instrumentos de medida empleados en la fase de intervención. Sesiones de Evaluación Intermedia del Programa de Intervención ESC:

El programa de intervención ha estado dividido en tres bloques diferenciados:

1. Habilidades Socio-Comunicativas.
2. Habilidades de Identificación, Expresión/Autorregulación de Emociones Negativas.
3. Habilidades de Resolución de Conflictos.

A lo largo de las actividades planteadas en los tres bloques, se han trabajado habilidades de identificación de pensamientos ajenos.

Se han incluido dos sesiones de evaluación intermedia, a lo largo del programa de intervención, para obtener información más específica en torno a las variables trabajadas.

Al igual que en las sesiones de evaluación pretest y postest, las terapeutas encargadas leyeron el enunciado en voz alta y explicaron cada uno de los ejercicios, hasta asegurarse de que los participantes habían comprendido la actividad, sin otorgarles ningún ayuda durante su realización.

A continuación, resumimos las tareas que componen estas sesiones, así como las variables socio-cognitivas y cognitivo-emocionales implicadas en cada una de ellas:

V. Primera Actividad (tareas 1-5): Identificación de Habilidades Socio-Comunicativas, Autorregulación y Planificación de Respuestas.

Leer/escuchar historias donde se produce una situación de comunicación. Contestar a las preguntas y/o seleccionar respuestas de cada tarea.		
VARIABLES IMPLICADAS		VARIABLES DEL SE
Identificación, Expresión/Autorregulación de Emociones Negativas		Percepción y Discriminación Auditiva.
Identificación de Pensamientos Ajenos		MLP (experiencias previas a nivel social).
Habilidades de Resolución de Conflictos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Bromas/burlas. ✓ Planificación de Respuesta – afrontamiento a bromas y burlas-. 	Atención Sostenida. MT. Autorregulación del Comportamiento. Habilidades Socio-comunicativas. Conocimiento de
Habilidades Socio-comunicativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Saludos. ✓ Identificación de Conversaciones. ✓ Planificación de Saludos. ✓ Planificación de Conversaciones. 	Normas Sociales. FEs: Evaluación, planificación, flexibilidad cognitiva, metacognición, toma de decisiones.

La corrección de las actividades se ha llevado a cabo siguiendo las siguientes directrices:

- Se ofrecen cuatro historias donde se producen situaciones sociales en las que se ponen en práctica habilidades comunicativas: saludos, conversaciones, afrontamiento de bromas y burlas.
- Se otorga un punto si el participante identifica el saludo.
- Se otorga un punto si el participante identifica la conversación.
- Se otorga un punto si el participante identifica la broma.
- Se otorga un punto si el participante identifica la burla.

- Se otorga un punto si el participante planifica, expone pasos a seguir en el saludo.
- Se otorga un punto si el participante planifica, expone pasos a seguir en la conversación (6 puntos en total).

VI. Segunda Actividad (tareas 6-8): Reconocimiento de Emociones, Identificación de Pensamientos, Expresión -Regulación de Emociones /Planificación de Respuestas.

Leer/escuchar historias donde se produce un conflicto entre iguales. Contestar a las preguntas y/o seleccionar respuestas, de cada tarea.		
VARIABLES IMPLICADAS		VARIABLES DEL SE
Identificación, Expresión/Autorregulación de Emociones Negativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Emociones Negativas en otros: Ira, Miedo, Tristeza. ✓ Regulación de Emociones Negativas en uno mismo: Ira, Miedo, Tristeza. 	Percepción y Discriminación Auditiva. MLP (experiencias previas a nivel emocional y social). Atención Sostenida. MT. Autorregulación del Comportamiento. Habilidades Mentalistas.
Identificación de Pensamientos Ajenos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Pensamientos Ajenos asociados a Emociones Negativas. 	Habilidades de Identificación, Expresión/Autorregulación Emocional. Conocimiento de Normas Sociales.
Habilidades de Resolución de Conflictos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planificación de Respuesta. 	FEs: Evaluación, planificación, flexibilidad cognitiva, metacognición, toma de decisiones.
Habilidades Socio-comunicativas		

La corrección de las actividades se ha llevado a cabo siguiendo las siguientes directrices:

- Se ofrecen tres historias donde se producen situaciones sociales en las que aparecen emociones primarias negativas: ira, tristeza y miedo. En cada historia, pueden identificarse hasta dos emociones negativas (total 6 puntos).

- Para cada historia, el participante debe identificar pensamientos que tiene el protagonista en la situación específica que se le ha planteado. Por cada una, pueden identificarse hasta dos pensamientos (total 6 puntos).
- Por cada historia, se ofrecen estrategias de regulación emocional, el participante debe identificar hasta dos alternativas (total 6 puntos).

VII. Tercera Actividad (tarea 9): Identificación de Conflictos, Identificación de Pensamientos Ajenos, Planificación de Respuestas, Revisión de Errores.

Leer/escuchar historias donde se produce un conflicto entre iguales. Contestar a las preguntas y/o seleccionar respuestas, de cada tarea.		
VARIABLES IMPLICADAS		VARIABLES DEL SE
Identificación, Expresión/Autorregulación de Emociones Negativas		Percepción y Discriminación Auditiva.
Identificación de Pensamientos Ajenos	✓ Identificación de Pensamientos/Objetivos Ajenos.	MLP (experiencias previas a nivel social).
Habilidades de Resolución de Conflictos	✓ Identificación del Problema. ✓ Identificación de Personas Implicadas. ✓ Planificación de Respuesta. ✓ Revisión de Respuestas.	Atención Sostenida. MT. Autorregulación del Comportamiento. Habilidades de Resolución de Conflictos.
Habilidades Socio-comunicativas		Conocimiento de Normas Sociales. FEs: Evaluación, planificación, flexibilidad cognitiva, metacognición.

La corrección de las actividades se ha llevado a cabo siguiendo las siguientes directrices:

- Se ofrecen una situación de conflicto entre iguales. Para la que, en primer lugar, el participante debe identificar cuál es el conflicto, quiénes son las personas implicadas, qué pensamientos/objetivos tiene cada uno. A continuación, debe proponer alternativas de respuesta para resolver el problema y analizar sus consecuencias, establecer pasos a seguir y revisar dicho plan:
- Se otorga un punto si el participante identifica el conflicto social.

- Se otorga un punto si el participante identifica a las personas implicadas.
- Se otorga un punto si el participante identifica el pensamiento de los implicados.
- Se otorga un punto si el participante selecciona hasta dos alternativas de respuesta y sus consecuencias (total 2 puntos).
- Se otorga un punto si el participante revisa el plan llevado a cabo (6 puntos en total).

VARIABLES PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TOMADAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	
MEDIDAS EVALUACIÓN INTERMEDIA 1	MEDIDAS EVALUACIÓN INTERMEDIA 2
<p>A. <i>Tareas de Expresión y Autorregulación de Emociones (Sesión de Evaluación 20 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Emociones Negativas. ✓ Tarea de Autorregulación de Emociones. <p>B. <i>Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación (Sesión de Evaluación 20 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Saludos. ✓ Tarea de Identificación de Conversaciones. ✓ Tarea de Planificación de Saludos. ✓ Tarea de Planificación de Conversaciones. <p>C. <i>Tareas Identificación de Pensamientos (Sesión de Evaluación 20 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Pensamientos Asociados a Emociones Negativas. ✓ Tarea de Identificación de Pensamientos en Situaciones de Conflicto. <p>D. <i>Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 20 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación del Problema. ✓ Tarea de Identificación de Personas Implicadas. ✓ Tarea de Planificación de Respuesta. ✓ Tarea de Revisión. 	<p>A. <i>Tareas de Expresión y Autorregulación de Emociones (Sesión de Evaluación 29 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Emociones Negativas. ✓ Tarea de Autorregulación de Emociones. <p>B. <i>Tareas Identificación y Ejecución de Habilidades de Comunicación (Sesión de Evaluación 29 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Saludos. ✓ Tarea de Identificación de Conversaciones. ✓ Tarea de Planificación de Saludos. ✓ Tarea de Planificación de Conversaciones. <p>C. <i>Tareas Identificación de Pensamientos (Sesión de Evaluación 29 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación de Pensamientos Asociados a Emociones Negativas. ✓ Tarea de Identificación de Pensamientos en Situaciones de Conflicto. <p>D. <i>Tareas Identificación de Problemas, Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación 29 Programa ESC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarea de Identificación del Problema. ✓ Tarea de Identificación de Personas Implicadas. ✓ Tarea de Planificación de Respuesta. ✓ Tarea de Revisión.



6.5.3.4. Instrumentos de medida empleados en la fase postest.

Valoración de padres y terapeutas del Programa ESC:

Con el objetivo de conocer si el tratamiento aplicado a los sujetos que han formado parte del estudio ha resultado efectivo, se ha elaborado un cuestionario de recogida de información ad hoc, dirigido, por un lado, a las familias de los participantes; y por otro, a las terapeutas encargadas de llevar a cabo la intervención.

Se han seleccionado las variables de cada uno de los bloques que han compuesto el programa ESC: habilidades socio-comunicativas; habilidades de identificación, expresión y regulación emocional; habilidades de resolución de conflictos; y se han estructurado de manera que, tanto padres como terapeutas, aporten su información acerca de si los sujetos intervenidos, en primer lugar: conocen las estrategias trabajadas; y en segundo lugar: ponen en práctica cada una de ellas. Los ítems que han constituido el cuestionario, son valorados mediante una escala de frecuencia: poco, mucho, bastante (que han sido puntuados con 1, 2 y 3, respectivamente). Las variables específicas medidas en cada uno de los bloques, se recogen a continuación:

- i. Habilidades Socio-comunicativas:
 - a. Identificación/Conocimiento de Pasos para llevar a cabo el Saludo:
 - i. Distancia.
 - ii. Contacto Visual.
 - iii. Sonrisa.
 - iv. Saludo.
 - b. Ejecución/Puesta en práctica de Pasos para llevar a cabo el Saludo:
 - i. Distancia.
 - ii. Contacto Visual
 - iii. Sonrisa.
 - iv. Saludo.

- c. Identificación/Conocimiento de Pasos para llevar a cabo la Conversación:
 - i. Distancia.
 - ii. Contacto Visual.
 - iii. Gestos.
 - iv. Realización de Preguntas.
 - v. Toma de Turnos.
 - d. Ejecución/Puesta en Práctica de Pasos para llevar a cabo la Conversación:
 - i. Distancia.
 - ii. Contacto Visual.
 - iii. Gestos.
 - iv. Realización de Preguntas.
 - v. Toma de Turnos.
 - e. Identificación de Bromas.
 - f. Identificación de Burlas.
 - g. Ejecución/Puesta en Práctica de estrategias para autorregular/autocontrolar su respuesta ante Bromas.
 - h. Ejecución/Puesta en Práctica de estrategias para autorregular/autocontrolar su respuesta ante Burlas.
- ii. Habilidades de Identificación y Regulación de Emociones Negativas:
- a. Identificación de Emociones Primarias Negativas en uno mismo y en otros: Miedo.
 - b. Identificación de Emociones Primarias Negativas en uno mismo y en otros: Ira.
 - c. Identificación de Emociones Primarias Negativas en uno mismo y en otros: Tristeza.
 - d. Identificación de Pensamientos, asociados a emociones primarias negativas, en uno mismo y en otros: Miedo.
 - e. Identificación de Pensamientos, asociados a emociones primarias negativas, en uno mismo y en otros: Ira.

- f. Identificación de Pensamientos, asociados a emociones primarias negativas, en uno mismo y en otros: Tristeza.
 - g. Identificación/Conocimiento de Estrategias de Autorregulación Emocional.
 - h. Ejecución/Puesta en práctica de Estrategias de Autorregulación Emocional.
- iii. Habilidades de Resolución de Conflictos Sociales:
- a. Análisis/Identificación de Conflicto Social.
 - b. Análisis/Identificación de Pensamientos Ajenos en situaciones de Conflicto Social.
 - c. Planificación/Puesta en práctica de estrategias de autorregulación emocional en situaciones de Conflicto Social.
 - d. Análisis/Planificación de respuestas y sus consecuencias en situaciones de Conflicto Social.
 - e. Revisión del plan llevado a cabo en situaciones de Conflicto Social.

VARIABLES VALORACIÓN FAMILIAS Y TERAPÉUTAS OBJETIVOS ALCANZADO	
MEDIDAS VALORACIÓN PADRES Y MADRES	MEDIDAS VALORACIÓN TERAPÉUTAS
<p><i>A. Valoración Habilidades Socio-comunicativas y de Autorregulación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Pasos de Saludos y Conversaciones. ✓ Identificación de Bromas y Burlas ✓ Ejecución de Pasos de Saludos y Conversaciones. ✓ Estrategias de Afrontamiento de Bromas y Burlas. <p><i>B. Valoración de Habilidades de Identificación, Expresión y Autorregulación Emocional e Identificación de Pensamientos Ajenos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Emociones Negativas: Miedo, Ira, Tristeza. ✓ Identificación de Pensamientos Asociados a Emociones: Miedo, Ira, Tristeza. ✓ Identificación de Estrategias de Autorregulación Emocional. ✓ Ejecución de Estrategias de Autorregulación Emocional. <p><i>C. Valoración de Habilidades de Resolución de Conflictos e Identificación de Pensamientos Ajenos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis/Identificación de Conflictos. ✓ Identificación de Pensamientos/Objetivos Ajenos. ✓ Evaluación/Planificación de Respuesta. ✓ Evaluación de Consecuencias. ✓ Revisión. 	<p><i>A. Valoración Habilidades Socio-comunicativas y de Autorregulación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Pasos de Saludo y Conversaciones. ✓ Identificación de Bromas y Burlas. ✓ Ejecución de Pasos de Saludos y Conversaciones. ✓ Estrategias de Afrontamiento de Bromas y Burlas. <p><i>B. Valoración de Habilidades de Identificación, Expresión y Autorregulación Emocional e Identificación de Pensamientos Ajenos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de Emociones Negativas: Miedo, Ira, Tristeza. ✓ Identificación de Pensamientos Asociados a Emociones: Miedo, Ira, Tristeza. ✓ Identificación de Estrategias de Autorregulación Emocional. ✓ Ejecución de Estrategias de Autorregulación Emocional. <p><i>C. Valoración de Habilidades de Resolución de Conflictos e Identificación de Pensamientos Ajenos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis/Identificación de Conflictos. ✓ Identificación de Pensamientos/Objetivos Ajenos. ✓ Evaluación/Planificación de Respuesta. ✓ Evaluación de Consecuencias. ✓ Revisión.

6.5.4. PROCEDIMIENTO:

El procedimiento seguido para la realización de la investigación consta de tres fases, divididas como sigue:

- ✓ **Una primera fase: FASE PRETEST.** Donde se llevó a cabo la selección de la muestra, la evaluación de variables de todos los sujetos que han participado en el estudio, así como de sus familias; y se formó a las terapeutas que han llevado a cabo las sesiones del programa ESC. Además, se establecieron grupos de intervención, en función de la edad y disponibilidad horaria de las familias, y por último, se asignaron dos terapeutas a cada uno de los grupos intervenidos.

- ✓ **Una segunda fase: FASE DE INTERVENCIÓN.** En esta fase, se han llevado a cabo las sesiones de intervención con cada uno de los grupos de tratamiento establecidos. Se han dedicado aproximadamente 20 minutos, al finalizar cada una, a llevar a cabo encuentros con las familias, donde se les ha informado de los objetivos trabajados a lo largo de dichas sesiones, así como de las variables a reforzar en el hogar a lo largo de la semana, y se han dado pautas o solventado dudas respecto a los contenidos a potenciar a partir de esa sesión o de sesiones anteriores. Antes de cada intervención, se han realizado reuniones de una hora de duración con las terapeutas (que disponían con anterioridad de las presentaciones en formato “powerpoint” de cada uno de los bloques a trabajar), con el objetivo de resolver dudas en torno a los elementos cognitivos, sociales, emocionales y comunicativos, así como para intercambiar información acerca de la evolución de los participantes, posibles incidencias, pautas de intervención y evaluación, etc.

- ✓ **Una tercera fase: FASE POSTEST.** Dicha fase se ha llevado a cabo dos semanas después de terminar el tratamiento con el programa de intervención ESC, donde se ha vuelto a evaluar cada una de las variables medidas en la fase pretest, de todos los sujetos que han acabado el programa y sus familias, con el objetivo de comprobar si los procesos y funciones del SE (emociones, procesos psicológicos, funciones ejecutivas), han mejorado. Además, se ha recogido información por parte de familias y terapeutas, en torno al grado de conocimiento y a la capacidad de ejecución que los sujetos tienen respecto a cada una de las habilidades trabajadas en el programa de intervención ESC, por medio de un cuestionario elaborado ad hoc.

6.5.4.1.Fase Pretest:

A lo largo de esta primera fase tiene lugar la selección de la muestra, evaluación de la misma y formación de los diferentes grupos de tratamiento. El procedimiento y la temporalización seguidos, se resume a continuación (ver Anexos 1, 2, 3):

Reunión con el equipo del Centro de Diagnóstico y Tratamiento en TDAH, presentación del proyecto y consenso en torno a la aprobación y puesta en práctica del proyecto	Diciembre 2015/Enero 2016
Campaña de captación de participantes en el estudio	Segundo y Tercer Trimestre del Curso 2015/2016
Diseño del Programa Psicoeducativo e Instrucción de las Terapeutas	Curso 2015/2016
Comienzo de la Fase Pretest	Abril/Mayo 2016
1ª sesión de evaluación del GRUPO DE INTERVENCIÓN y Control (Pruebas Psicométricas)	5 de mayo de 2016 7 de mayo de 2016 12 de mayo de 2016

	14 de mayo de 2016
2ª sesión de evaluación del GRUPO DE INTERVENCIÓN y Control (Sesión de Evaluación del Programa de Intervención ESC)	19 de mayo de 2016 21 de mayo de 2016

Reunión con el equipo del Centro de Diagnóstico y Tratamiento en TDAH:

A lo largo del mes de diciembre de 2015 se confeccionó un Proyecto Piloto que fue presentado al director del Centro de Diagnóstico y Tratamiento en TDAH: Juan Antonio Ruíz Moreno (profesional del área de Neuropediatría), así como a la Asesora Psicoeducativa del Centro, Rocío Lavigne Cerván (profesional del área de Psicopedagogía). Después de que los profesionales consensuaran la viabilidad del mismo y aceptaran su participación, se convocó una reunión en el mes de enero de 2016, donde se encontraba también la profesional del área de Psicología, Rocío Juárez Ruíz de Mier, con el objetivo de que todos los miembros del gabinete estuvieran informados de las directrices de la investigación. Desde ese momento, los profesionales colaboraron en la selección de posibles candidatos para la participación en el estudio, por cumplir criterios de inclusión en el momento del diagnóstico (a partir del año 2010).

Campaña de captación de participantes en el estudio:

Después de aceptar su participación en la investigación, los profesionales del centro colaboraron con nosotros en el proceso de toma de contacto y captación de los pacientes a los que se les iba a ofrecer participar en el estudio. Desde ese momento, se explicó a las familias en qué consistiría la investigación, se les envió el documento de “Consentimiento Informado” y se les aseguró la Confidencialidad de Datos de todos los participantes.

Se seleccionaron en total, 70 participantes de la zona de Málaga Capital y algunos pueblos de la provincia. Se ofreció a los participantes (en función de la cercanía con respecto a su lugar de residencia), acudir a las sesiones de intervención en la Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología de la Universidad de Málaga, para lo que el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación nos asignó cinco clases y seminarios en los que pudimos llevar a cabo las sesiones de evaluación e intervención. Así como a un gabinete privado que nos cedió uno de sus despachos, perteneciente a una de las terapeutas que participó en la investigación, en la zona de San Pedro de Alcántara, para aquellos sujetos que procedían de los pueblos de Mijas, Marbella y Estepona.

Diseño del Programa Psicoeducativo e Instrucción de las Terapeutas (ver Anexo 1, 2, 3, 7 y 8):

A lo largo del curso 2015/2016 se terminó de diseñar el Programa de Intervención ESC y se dedicaron tres sesiones a la instrucción de las terapeutas que nos ayudaron a llevar a cabo el mismo. Participaron voluntariamente diez terapeutas, cada una con las titulaciones que se recogen a continuación:

- Tres estudiantes del Grado de Psicología.
- Dos licenciadas en Psicología.
- Una licenciada en Pedagogía.
- Tres licenciadas en Psicopedagogía.
- Dos licenciadas en Logopedia.

En las sesiones de evaluación del pretest y postest, además, contamos con la colaboración de dos estudiantes del Grado de Psicología (para las sesiones en las que se pasaron las pruebas psicométricas), dos Graduadas en Magisterio (para las sesiones en las que se realizó la evaluación específica del Programa de Intervención).

Antes de comenzar a aplicar el Programa de Intervención ESC, en el mes de abril de 2016, se realizó una reunión conjunta con las terapeutas y las profesionales del Centro de Diagnóstico y Tratamiento en TDAH, para informarles brevemente de las características del estudio, así como del perfil de los sujetos que iban a formar parte de la muestra. En esa reunión, se les informó de la necesidad de salvaguardar la información personal de los niños y niñas que iban a participar en el programa, así como, las que decidieron definitivamente participar en la investigación y tenían disponibilidad horaria, firmaron el Documento de Confidencialidad de Datos.

A continuación, se realizó una sesión formativa con las terapeutas donde se les explicó de manera general en qué consistía el diseño de investigación en el que se sustentaba el programa, así como se les informó de las variables a trabajar en cada uno de los bloques de contenido en los que se divide el mismo. Además, se explicó el perfil de los sujetos que participarían y los déficit que suelen presentar los niños diagnosticados con el trastorno en el ámbito socio-emocional, con el fin de que fueran conociendo qué aspectos debían ser observados con atención en el trabajo con los grupos, cómo debían dirigirse a los niños, en qué situaciones debían intervenir y cómo debían hacerlo (para ello, se les proporcionó referencias bibliográficas actualizadas sobre TDAH y sobre Programas de Intervención en el Ámbito Social y Emocional). Era necesario que cada una de las implicadas tuviera claro en qué iba a consistir el programa y cómo era la muestra de sujetos con la que iban a trabajar, ya que en diversas ocasiones las familias solicitaban información acerca de la evolución de sus hijos, podía presentarse algún imprevisto, así como ellas mismas debían trabajar de manera coordinada con la compañera que se les había asignado para dirigir la intervención.

En la siguiente sesión de formación, se explicó de manera pormenorizada cada uno de los objetivos generales y específicos perseguidos con el programa de intervención, el número de sesiones que componía cada bloque, el tiempo de duración de las sesiones y del

programa, y la estructura que debían cumplir todas las sesiones de intervención. Consideramos especialmente relevante organizar todas las sesiones bajo una estructura común, que iría acompañada por un índice cada vez que se presentaran a los participantes, con el objetivo de llevar a cabo una rutina en el trabajo semanal y ayudar a los niños a organizarse y gestionar el tiempo de duración de las tareas, tal y como se muestra a continuación:

ESTRUCTURA GENERAL DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA (60 minutos cada sesión)				
Secuencia de actividades	Desarrollo	Recursos	Metodología de trabajo	Tiempo estimado
Calentamiento	Entrada, saludo Revisión de lo tratado en la sesión anterior	Pizarra blanca, rotuladores “Corcho”	Participativa (gran grupo)	5 minutos
Actividad 1	Introducción de nueva variable/contenido a tratar con los alumnos/as	Proyector, ordenador “Fichas”/material fungible Material específico	Expositiva (por parte del investigador) Dinámicas en parejas/pequeños grupos Puesta en común gran grupo	15 minutos
Actividad 2	Introducción de nueva variable/contenido a tratar con los alumnos/as	Proyector, ordenador “Fichas”/material fungible Material específico	Expositiva (por parte del investigador) Dinámicas en parejas/pequeños grupos Puesta en común gran grupo	15 minutos
Vuelta a la calma	Actividad de refuerzo/recompensa	Material didáctico y lúdico	Gran grupo	10 minutos
Seguimiento padres	Explicación de aspectos trabajados a lo largo de la sesión. Recogida de registro de la semana anterior/Entrega de registro o tarea planteada para la semana. Dudas.	Proyector, ordenador Pizarra blanca, rotuladores Material fungible	Expositiva (por parte del investigador) Gran grupo	15 minutos

La última sesión formativa se dirigió a mostrarles el material con el que iban a trabajar a lo largo de las sesiones (en formato “power-point”, juegos, fichas, etc.), y a explicar de manera detallada: el guion de las sesiones, tipo de actividades, desarrollo de los juegos y uso de reforzadores. Se repasó de manera pormenorizada la metodología que había sido empleada en el programa y las técnicas específicas que debían poner en práctica con los grupos de sujetos. Por último, se acordó reunirnos cada día una hora antes de llevar a cabo las intervenciones, con el objetivo de intercambiar información acerca de la evolución de los participantes, solventar posibles problemas, incidentes o dudas acerca de alguno de los niños y niñas, y hacia la propia intervención. Para poder coordinarnos sin necesidad de esperar a que llegara el día de la sesión, creamos un grupo de difusión donde poder avisar en el caso de necesitar reunirnos antes del día acordado, así como si debían consultarme cualquier duda a lo largo de la semana.

Comienzo de la Fase Pretest (ver Anexo 6):

Los participantes empezaron a ser evaluados en Mayo de 2016. Dichas evaluaciones tuvieron que realizarse parcialmente en diversos días (cuatro sesiones), ya que el número de instrumentos psicométricos con el que hemos contado es elevado (además de la evaluación del programa ESC). De esta manera, evitamos que los niños se cansaran en exceso y tratamos de asegurarnos de que las respuestas fueran objetivas. Además, algunos de los participantes aun no tenían adquirido un nivel lecto-escritor adecuado o fluido, y muchos acababan cansándose tras leer una cantidad considerable de ítems en los cuestionarios BASC y SENA, por lo que, con algunos de los sujetos, las terapeutas han tenido que terminar la lectura en voz alta de cada uno de los ítems de los cuestionarios.

En la primera sesión de evaluación se explicó a cada niño por qué acudía a los grupos de trabajo y por qué era necesario realizar correctamente la evaluación (les planteamos que íbamos a aprender aspectos importantes

para hacer nuevos amigos, comunicarnos adecuadamente y conocer nuestras emociones, así como para resolver problemas; por eso, era importante que nos transmitieran información real sobre sí mismos). A continuación, cada uno de los participantes rellenó el cuestionario STAXY-NA (previa explicación de las terapeutas y, en los casos en los que fue necesario, con el apoyo de éstas), junto con el BASC.

Además, se realizó una reunión con las familias (de manera progresiva a lo largo de las cuatro sesiones), para aportarles las directrices básicas de la investigación y conocer más datos acerca de la situación de su hijo/a en ese momento, a través de una entrevista semiestructurada que nos permitiese recabar información actualizada, donde se les preguntaba por: edad, tipo de tratamiento recibido en ese momento (farmacológico, psicoeducativo, combinado), subtipo de TDAH, relación entre los padres, expectativas hacia su hijo, relaciones con sus padres y hermanos, relaciones con sus iguales, etc. En esta sesión, se revisó y firmó de nuevo (aquellas familias que no lo trajeron), el documento de Consentimiento Informado. Por último, se les entregaron los cuestionarios que debían ser rellenados por los padres (BASC, SENA, CCC2) y se les explicó cómo cumplimentar cada una de las escalas, así como se atendieron dudas respecto a la comprensión de los ítems.

En la segunda sesión, los participantes realizaron las tareas de Reconocimiento de Emociones y Teoría de la Mente (batería NEPSY-II). Se recogieron los cuestionarios de las familias, se resolvieron dudas respecto a los mismos y se continuó con la realización de entrevistas.

En la tercera sesión, se realizó el cuestionario SENA y, en los casos en los que fue posible (porque los participantes eran lo suficientemente mayores y/o no se encontraban cansados), se realizó la Primera Sesión de Evaluación del Programa de Intervención ESC (bloque de habilidades socio-comunicativas), así como se terminó de realizar las entrevistas a padres, se resolvieron dudas y recogieron cuestionarios cumplimentados por las familias.

En la cuarta sesión, se realizó (para aquellos sujetos que no lo habían hecho), la Primera Sesión de Evaluación del Programa Psicoeducativo – habilidades socio-comunicativas-, así como las tareas correspondientes a identificación, expresión y regulación emocional, habilidades mentalistas y de resolución de conflictos.

6.5.4.2. Fase de Intervención (ver Anexos 5, 7 y 8):

Como se ha comentado anteriormente, de los 130 sujetos a los que se les informó y ofreció la posibilidad de participar en la investigación, finalmente 70 fueron evaluados y asignados a los diferentes grupos de intervención (acabaron el programa 64 sujetos). De tal forma que, cada grupo, quedó constituido por entre 3 y 5 sujetos. De todos los participantes evaluados, 42 iniciaron la intervención en el mes de Junio de 2016 (contando con sesiones de una hora de duración), y 22 de ellos, empezaron las sesiones tres meses más tarde, con el objetivo de contar con un grupo control. Este grupo, inició las sesiones de intervención en el mes de Septiembre de 2016 (sesiones de una hora y media de duración, divididas en dos partes: 35-40 minutos destinados a la intervención, 10-15 minutos de descanso, 35-40 minutos de intervención; estas sesiones contaron con una duración más larga, con el fin de que tanto el primer como el segundo grupo tuviera tiempo suficiente para trabajar con todas las variables). Finalmente, el primer grupo de tratamiento realizó el programa psicoeducativo a lo largo de seis meses, a razón de una sesión de intervención semanal de una hora de duración. Mientras que el segundo grupo realizó el programa de intervención a lo largo de cuatro meses, con sesiones semanales de una hora y media de duración.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ESC (Emocional/Socio/Cognitivo)
(ver Anexos 5, 6, 7 y 8):

El Programa Psicoeducativo ESC nace de la revisión que hemos realizado en torno al Modelo Híbrido de Autorregulación y Funciones Ejecutivas de Barkley (2006), al Modelo de Déficit en el Sistema Ejecutivo que regula las Funciones Ejecutivas de Lavigne y Romero (2009), a los Modelos de Aversión a la Demora y Dual de Sonuga (2005), a la Teoría Integrativa del TDAH de Nigg y Cassey (2005), así como en la Teoría de los Marcadores Somáticos de Damasio (2011); que nos han permitido profundizar en el conocimiento de las limitaciones que presentan las personas diagnosticadas con TDAH en el ámbito cognitivo, social y emocional; además de a la revisión de Programas clásicos de Intervención Psicoeducativa (Orjales y Polaino, 2002; Roca, 2003; Cobo y Galindo, 2007; Monjas, 2007, Iribarren, Jiménez, Ferré y Rubio, 2010; Méndez, Llavona, Espada y Orgilés, 2012; entre otros), necesarios para el diseño general del programa y para la estructuración específica de los tres bloques de intervención que lo componen.

El Objetivo General del programa se centra en mejorar los componentes emocionales, psicológicos y ejecutivos del SE, tales como: el procesamiento emocional, TOM, autorregulación de la motivación, emoción y afecto y FEs; así como dotar a los sujetos diagnosticados con TDAH, de edades comprendidas entre 7 y 14 años, de habilidades socio-cognitivas (identificación de pistas sociales, resolución de conflictos), socio-comunicativas (estrategias verbales y no verbales, así como pragmáticas), y cognitivo-emocionales (adquisición y desarrollo de técnicas de regulación emocional), con el fin de que cuenten con herramientas suficientes para poder adaptarse a su entorno social. Además, se hace partícipes a las familias de los sujetos intervenidos, asesorándoles sobre los objetivos perseguidos tras realizar cada sesión con sus hijos y orientándoles para ayudar a los individuos a generalizar lo aprendido a otros contextos.

En cuanto a la temporalización, el programa cuenta con 30 sesiones, aplicadas a pequeños grupos (3-5 individuos). Las sesiones tienen una duración aproximada de 60 minutos de trabajo con los niños, más 15 minutos de trabajo con los padres de éstos (sin embargo, las sesiones

llevadas a cabo con los niños y niñas pueden reducirse a 50 minutos o ampliarse más de 60, en función de factores como: tamaño del grupo de intervención, implicación de los miembros, disponibilidad de tiempo, dificultad del contenido a trabajar, etc.).

La metodología del programa de intervención nace sobre la base de diversos modelos de enseñanza-aprendizaje. En primer lugar, toma referencias del **Modelo Cognitivo-Conductual**, que apoya la modificación del comportamiento del paciente o alumno tomando como mediadores a los procesos psicológicos subyacentes a dicho comportamiento, con el fin de dotarle de la autonomía suficiente para resolver problemas (Salvador, 2000). Hemos incorporado en nuestras sesiones el carácter programático de este tipo de enseñanza, en cuanto a que hemos asumido ciertas directrices en cada uno de los bloques de intervención: se ha presentado un número reducido de estrategias (hasta que el alumno no ha dominado un paso de una estrategia concreta, no se enseña el siguiente), dejando transcurrir un tiempo suficiente entre el aprendizaje de éstas y la enseñanza de técnicas nuevas; cada uno de los pasos enseñados han sido definidos y modelados por el profesional que ha guiado el aprendizaje; además, la corrección de los errores ha sido inmediata.

Por otro lado, incluye matices propios de los **Modelos de Aprendizaje Social** y del **Aprendizaje Dialógico**, por desarrollarse en contextos de interacción con iguales y por el uso que se hace del lenguaje como herramienta reguladora del propio pensamiento y comportamiento, para adquirir, confrontar y reconstruir el conocimiento, a partir del conflicto cognitivo (Bandura, 1974; Vygotsky, 1979). Algunos de los principios en los que nos hemos basado han sido: las estrategias han tratado de enseñarse usando como referencia contextos globales (se han simulado y evocado situaciones que los participantes suelen vivir en su ambiente social a diario), donde se producen situaciones de aprendizaje mediado (en primer lugar, entre el profesional y el alumno, y más adelante entre los propios alumnos); los conflictos o errores en la ejecución del comportamiento han sido considerados oportunidades de construcción de conocimiento de las diversas

técnicas o estrategias enseñadas; y en la medida de lo posible, se ha tenido en cuenta la “zona de aprendizaje” donde se encontraban los participantes. Las terapeutas han tratado de adecuarse al conocimiento y las habilidades de las que disponían los integrantes de cada grupo de intervención (de ahí la necesidad de flexibilizar los tiempos de las sesiones y de realizar reuniones de seguimiento periódicas), por medio del diálogo y la participación activa de los miembros del grupo.

El programa comprende tres dimensiones: cognitiva, conductual y emocional, orientadas a enseñar a los participantes estrategias o habilidades específicas, cómo y cuándo usarlas. Los contenidos principales del programa, habilidades enseñadas, así como estrategias de aprendizaje y técnicas psicoeducativas empleadas, se resumen a continuación (Salvador, 2000; Lavigne, 2009; Iribarren, Jiménez, Ferré y Rubio, 2010, Pérez, Fernández, Fernández y Vázquez, 2011; Berrocal, Cobos, Gavino, López y Rodríguez, 2012):

CONTENIDOS	HABILIDADES	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE/TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS
Conocimiento de pasos a seguir en situaciones de salud y conversaciones	Habilidades para la conversación	<u>Técnicas de Carácter Conductual:</u> Modelado (y Role Playing)
Conocimiento y diferenciación de: Críticas Bromas y Burlas	Habilidades de Autocontrol y Autorregulación Verbal	Refuerzo Positivo: - Refuerzo Material - Refuerzo Social
Identificación de emociones primarias negativas (ira, tristeza, miedo)		<u>Técnicas de Carácter Cognitivo:</u> Autoinstrucciones
Identificación de problemas/conflictos sociales	Habilidades de Resolución de Conflictos	Detención del Pensamiento Técnicas de Resolución de Conflictos <u>Actividades Metacognitivas:</u> Revisión de tareas/Autoevaluaciones <u>Técnicas dirigidas a Padres:</u> Técnica de Encadenamiento hacia Atrás Tareas para Casa (padres/hijos).

1. Contenidos y Habilidades:

- a. **CONTENIDOS:** *Conocimiento de pasos a seguir en situaciones de saludo y conversaciones* (Bloque de Habilidades Socio-comunicativas). El objetivo de las actividades que componen este bloque se centra en enseñar a los participantes algunas señales verbales y no verbales, utilizadas durante la comunicación. Este tipo de contenidos resulta útil para, posteriormente, entrenar mediante actividades de modelado y role playing las habilidades conversacionales y de regulación verbal (ver de manera detallada en anexos).
- b. **CONTENIDOS:** *Conocimiento y diferenciación de:*
 - a. *Críticas* (Bloque: habilidades socio-comunicativas). Se presenta a los participantes el concepto de “crítica”, sus tipos (positiva y negativa), así como diferentes situaciones sociales donde deben identificarlas.
 - b. *Bromas y Burlas* (Bloque: habilidades socio-comunicativas). Se trabajan los términos “broma” y “burla”, diferencias entre ambos, así como situaciones sociales donde deben distinguir entre unos y otros.

Ambos contenidos pueden verse de manera detallada en el primer bloque de intervención del Programa ESC (ver anexos). El conocimiento de críticas, bromas y burlas, va a ayudar a los niños y niñas a poner en práctica estrategias de regulación emocional y afrontamiento a este tipo de situaciones, que serán entrenadas en las propias sesiones, mediante estrategias de modelado y role playing.

- I. **HABILIDADES:** *Habilidades para la conversación* (Bloque: habilidades socio-comunicativas). Se enseñan una serie de pasos a seguir en situaciones de saludo y conversación con

otros, son llevadas a la práctica mediante diferentes juegos de roles.

- II. HABILIDADES: *Habilidades de Autocontrol y Autorregulación* (Bloques: habilidades socio-comunicativas, identificación y regulación emocional, resolución de conflictos). Se trabajan estrategias para regular emociones negativas y controlar respuestas impulsivas, ante situaciones de críticas, bromas y burlas.

Los contenidos y habilidades hasta ahora expuestos se justifican porque, como hemos comentado a lo largo del marco teórico de dicho estudio, las personas con TDAH manifiestan dificultades a la hora de adquirir y poner en práctica habilidades socio-comunicativas y pragmáticas. De acuerdo con diversos estudios analizados, los problemas en el SE afectarían al desarrollo del razonamiento cognitivo-social, y por tanto, a su capacidad para dar sentido al contexto de la situación de comunicación en la que se encuentran, mostrando alteraciones en la pragmática del lenguaje; así como a su capacidad para narrar hechos o situaciones de manera oral, y por tanto, de mantener conversaciones de manera activa y fluida (Cohen, Vallance, Barwick, et al., 2000; Ygual y Miranda, 2004). Del mismo modo, se ha argumentado que los déficit aparecen desde el momento en que se debe inhibir una determinada respuesta para dar paso a los recursos cognitivos que permitirán que estos sujetos evalúen las consecuencias de su acción y monitoricen su propio comportamiento, según las necesidades que se dan en el entorno. Esto limita su capacidad para generar estrategias de autorregulación, que serán reforzadas a lo largo de todo el programa.

- c. CONENIDOS: *Identificación de emociones primarias negativas* (Bloque: habilidades de identificación, expresión y regulación emocional -ira, tristeza, miedo-). Por medio de brainstorming, análisis de videos, historietas, cómics y creación o evocación de situaciones de conflicto social; se expondrán de manera repetida a lo largo de todo el segundo bloque de intervención (y parte del tercer bloque), emociones

primarias negativas que los participantes deberán aprender a identificar y a expresar (en otras personas y en sí mismos). El objetivo de estas tareas se centra en que los niños y niñas diagnosticados con TDAH sean más sensibles a: identificar estímulos que desencadenan emociones negativas, reconocer y clasificar éstas.

- III. HABILIDADES: *Habilidades de Autocontrol y Autorregulación* (Bloques: habilidades socio-comunicativas, identificación y regulación emocional, resolución de conflictos). Del mismo modo, a lo largo de estas sesiones se van a entrenar estrategias de regulación emocional, que supongan diferentes alternativas para el afrontamiento de dichas emociones negativas. Estas habilidades van a ser enseñadas mediante el empleo de autoinstrucciones, modelado y role playing.

Tal y como se ha argumentado a través del análisis de estudios como los de Banaschewski et. al., (2012), Graziano et al., (2013), los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH manifiestan rasgos de irritabilidad, mal temperamento y cambios impredecibles hacia las emociones. En su vida cotidiana suelen expresar de manera repentina cambios bruscos de humor e incluso episodios de ira intensa. Además, presentan dificultades para controlar estas reacciones emocionales y, una vez que lo han conseguido, también para volver a un estado basal (Iribarren et al., 2010). Por todo ello, uno de los objetivos que más peso tiene en nuestro programa (por ir dirigido a paliar algunos de los síntomas más desadaptativos en estos sujetos), es ayudarles a conocer adecuadamente dichos estados emocionales, con el fin de que puedan generar estrategias suficientes para poder afrontarlos y gestionarlos en su día a día.

- d. CONTENIDOS: *Identificación de problemas/conflictos sociales* (Bloque: habilidades de resolución de conflictos). A través del empleo de brainstorming, asambleas, visionado de cortos interactivos de Pixar, historietas y creación o

evocación de situaciones de conflicto entre pares; se ha enseñado a los sujetos a identificar el conflicto social y definir el mismo, esto nos ha permitido clarificar el concepto y desarrollar una serie de habilidades orientadas a su resolución:

- IV. **HABILIDADES:** *Habilidades de Resolución de Conflictos.* Gracias a los materiales señalados, así como al empleo de técnicas como autoinstrucciones, modelado y role playing; se ha enseñado a los participantes a: identificar el conflicto, a las personas implicadas, pensamientos y sentimientos de dichas personas, planificar respuestas para resolver dicha situación y evaluar las consecuencias de éstas, así como revisar cada uno de los pasos que componen el plan creado.

Diversas investigaciones apoyan la idea de que las alteraciones en el Sistema Ejecutivo en los individuos con TDAH merman sus habilidades socio-cognitivas (identificación de pistas sociales, generación de pautas de resolución de conflictos, etc.), sus capacidades para razonar acerca de los estados mentales de otras personas y comprender su consecuente comportamiento, y para identificar y otorgar sentido a sus estados emocionales y sentimentales (Premack y Woodruff, 1978, Perner, 2002; y Kain y Perner, 2003). Dichas alteraciones socio-cognitivas y cognitivo-emocionales, unidas a los problemas para establecer y poner en práctica planes de acción (funciones ejecutivas), se traducen en que los niños y adolescentes con TDAH presentan mayores problemas a la hora de afrontar situaciones de conflicto con sus iguales y mantener relaciones de amistad. Es por ello que, a lo largo del tercer bloque de intervención de nuestro programa, se ha tratado de dar cabida a todos los aspectos hasta ahora señalados (cada uno de los contenidos y habilidades expuestos, pueden verse de manera más detallada en los anexos).

2. Estrategias de Aprendizaje y Técnicas Psicoeducativas:
 - i. Técnicas Conductuales:

a. Modelado:

Con el objetivo de que los participantes adquiriesen las habilidades que hemos entrenado a lo largo del Programa ESC, se les ha facilitado en repetidas actividades el modelo que les ha mostrado correctamente la conducta a interiorizar, a través del aprendizaje observacional (Caballo, 2010). Para ello, se ha descompuesto la conducta (por ejemplo, mantener una conversación), en unidades más pequeñas o pasos, de manera que la variación entre unos y otros ha resultado mínima (Berrocal et al., 2012). En un primer momento, el terapeuta actúa como modelo y, con apoyo del lenguaje, guía cada uno de los pasos a seguir (más adelante, los propios integrantes del grupo modelarán a sus compañeros, a través de la escenificación de los pasos aprendidos). Ha sido necesario reforzar de manera inmediata los objetivos alcanzados por los participantes (a nivel social o material –ver apartado “refuerzo positivo”-). El modelado ha sido empleado, especialmente, en las tareas que implicaban el uso de autoinstrucciones o guías de pensamiento, así como antes de iniciar los role playing (juego de roles, donde dos integrantes del grupo han escenificado una situación específica y puesto en práctica la secuencia de pasos aprendida), a lo largo de todo el Programa ESC.

b. Refuerzo Positivo:

El uso de reforzadores se basa en la teoría clásica del condicionamiento operante o instrumental (Skinner, 1948), y se le proporciona al sujeto después de emitir una respuesta correcta (aproximaciones sucesivas a la conducta objetivo), lo que aumenta la posibilidad de que dicha respuesta se produzca en el futuro. El tipo de reforzadores o recompensas que han sido otorgados a los participantes del programa pueden dividirse en:

- a. Refuerzo Material (tangible): dulces, caramelos, sellos, elección de un juego al finalizar la tarea.
- b. Refuerzo Social (intangibile): Pueden ser verbales (elogios), y no verbales (sonrisas, caricias, besos).

Las personas con TDAH presentan, debido a una insuficiente capacidad para demorar voluntariamente las gratificaciones, dificultades en el control de su comportamiento, así como en la auto-motivación ante tareas largas o poco atractivas (Sonuga, 2005; Iribarren, 2010). Dicha demora de la recompensa desencadena, en muchas ocasiones, vivencias emocionales que pueden ser traducidas como episodios de frustración. El uso de reforzadores inmediatos –estímulos agradables- (así como de autoinstrucciones, que sirven como guía para alcanzar los objetivos planteados), reduce dicha frustración y permite que el sujeto mantenga la motivación hacia la tarea y, consecuentemente, aumente la posibilidad de que la conducta se instaure dentro de su repertorio.

Estos reforzadores han sido empleados, especialmente, en las tareas de modelado y role playing, a lo largo de todas las sesiones del programa de intervención.

ii. Técnicas Cognitivas:

c. Autoinstrucciones:

Las autoinstrucciones son técnicas útiles para potenciar el pensamiento secuencial de los sujetos con TDAH, así como les permiten comprender la situación determinada en la que se ven inmersos, generar estrategias para resolverlas y utilizar las mismas como guía y control de su conducta (Miranda y Soriano, 2010). Gracias a este tipo de guías, el sujeto puede emplear su lenguaje interno para regular su comportamiento y alcanzar sus objetivos, limitando la influencia de estímulos externos. Como se ha argumentado a lo largo del marco teórico del presente estudio, las personas con TDAH realizan un peor uso de dicho lenguaje interno, lo que consecuentemente, hace que cometan fallos en la regulación de su pensamiento y comportamiento, teniendo menos posibilidades de establecer planes de acción y alcanzar metas específicas (Lavigne, 2009; Lavigne y Romero, 2010), por ello, en nuestro programa constituyen un elemento clave, que es empleado en cada uno de los bloques de intervención.

La estructuración de las Autoinstrucciones, así como la secuencia de entrenamiento seguida son similares a las diseñadas por Orjales y Polaino (2002), y Lavigne y Romero (2010):

1) Definición del Problema:

- ✓ ¿Qué es lo que tengo que hacer?

En primer lugar, el sujeto se planteará cuál es el objetivo que debe alcanzar (qué le pide la tarea).

2) Aproximación al Problema y Elección de Respuesta:

- ✓ ¿Cómo lo voy a hacer?

A continuación, se analizarán posibles respuestas y sus consecuencias, y establecer un plan de pasos (oral o escrito), para llevar a cabo la más adecuada.

3) Autoevaluación y Autorrefuerzo:

- ✓ ¿Cómo lo he hecho?

Finalmente, comprobará si la tarea ha sido resuelta con éxito o no (en el caso de no haber alcanzado la meta, se revisará de nuevo el plan y se corregirán errores; mientras que, si la tarea se ha resuelto exitosamente, se autorreforzaré verbalmente).

Un ejemplo de las autoinstrucciones empleadas en el programa de intervención, se muestra a continuación:

1. **¿QUÉ TENGO QUE HACER?**

2. **¿CÓMO LO VOY A HACER?**

3. **¿CÓMO LO HE HECHO?**

▶ **¿QUÉ TENGO QUE HACER?**

- PROBLEMA
- PERSONAS
- METAS

▶ **¿CÓMO LO VOY A HACER?**

- RESPUESTAS
- CONSECUENCIAS

◦ **¿CÓMO LO HE HECHO?**

- ▶ REVISO



Todas las Autoinstrucciones han sido enseñadas aplicando la siguiente secuencia de pasos (Lavigne, 2009):

1. Modelado Cognitivo: La terapeuta realiza el papel de guía de la tarea, dando instrucciones en voz alta de cada uno de los pasos a seguir, mientras los integrantes del grupo le observan.
2. Guía Externa: Los niños realizan cada paso de la tarea a la vez que reciben las instrucciones dadas por la terapeuta.
3. Autoguía Manifiesta: Los participantes realizan la tarea, dándose instrucciones a sí mismos, en voz alta.
4. Autoguía Manifiesta Atenuada: Los niños realizan la tarea susurrando las instrucciones.
5. Autoinstrucción Encubierta: Los niños ya son capaces de emplear el lenguaje interno para guiar su conducta en los diferentes pasos que componen la tarea.

Las Autoinstrucciones han estado presentes a lo largo de todo el programa de intervención; sin embargo, se les ha otorgado mayor peso en el tercer bloque, donde los participantes han tenido que llevar a cabo tareas de resolución de problemas interpersonales. Para ello, se ha empleado la figura de dos niños: “Ale y África”, los cuales han representado un papel protagonista a lo largo de todo el programa. A través de las diferentes historias que se han mostrado a los niños para presentarles situaciones de interacción social, conversacionales o estados emocionales. Después de mostrar las historias, se han planteado actividades en las que los niños han tenido que llevar a la práctica el uso de tales autoinstrucciones, con el objetivo de: identificar emociones y

pensamientos, explicar el motivo de los diferentes conflictos, pensar en posibles soluciones y sus consecuencias y/o revisar el plan establecido. Un ejemplo de las historias empleadas, se muestra a continuación:

Actividad 3: ANALIZAMOS una situación de CONFLICTO.



África y Ale han quedado esta tarde para ir al cine, Ale quiere ver una película de miedo, porque le encantan. África quiere ver una película de risa, la última vez que vio una de miedo no pudo dormir en toda la noche. África le explica a Ale lo que le pasó y...

- ▶ África-Además, Ale, con lo que te gustan las pelis de risa seguro que nos lo pasamos bien.
- ▶ Ale-¡Qué pesada! Le dije a mi hermano que vería la pel de miedo, ahora por quedar contigo no voy a poder verla y se reirán de mí, ¡eres una aburrida!

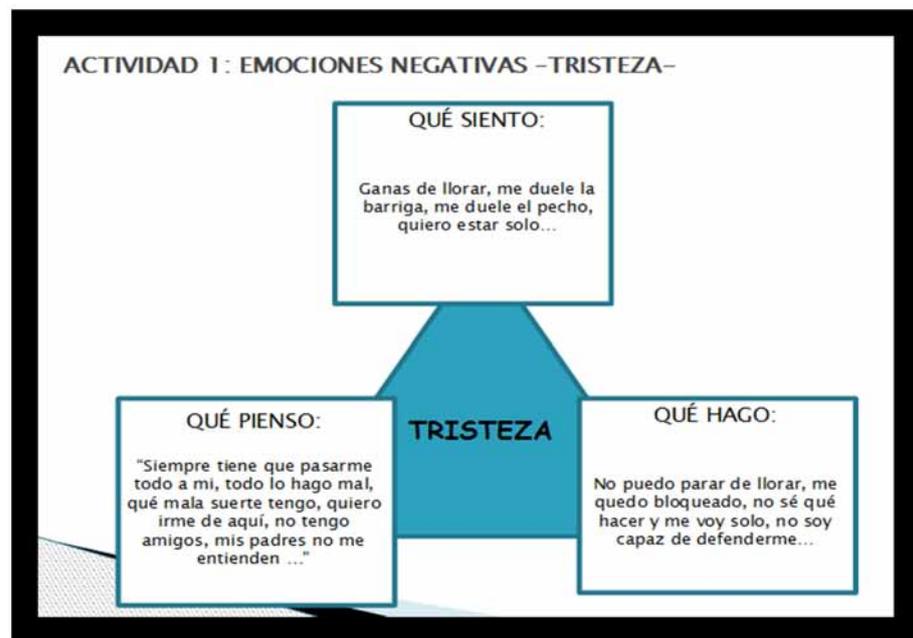
África lo mira muy seria, ¿podéis imaginar cómo se siente? Sin decir nada, se marcha a casa, deja a Ale solo en la puerta del cine. Cuando llega a casa, su madre le pregunta extrañada que por qué ha vuelto tan pronto. África se encierra en su cuarto toda la tarde.



d. Estrategias de Autocontrol:

Para poder dotar a los niños y niñas diagnosticados con TDAH de estrategias suficientes para regular sus emociones se ha trabajado, en primer lugar, a través de diversas actividades que potenciasen la identificación de emociones negativas, cómo pueden ser expresadas y de qué manera pueden frenarse respuestas impulsivas, para dar paso al control cognitivo que va a permitir generar conductas adaptativas. Después de analizar situaciones sociales donde los miembros del grupo tenían que identificar la emoción que sentía el protagonista, así como qué estímulos la desencadenaban; se ha explicado la relación que tienen las cogniciones y, especialmente, las distorsiones cognitivas, con las respuestas desadaptativas (Iribarre et al., 2010). A lo largo de todo el

segundo bloque de intervención, así como en una parte importante del tercero, los niños han tenido que identificar el pensamiento que aparecía asociado a un estado emocional determinado y su consecuente acción. Para que fuera más visual, se ha empleado un triángulo donde se recogían estos tres elementos y se planteaban a los miembros del grupo en forma de pregunta: “¿qué siento?”, “¿qué pienso?”, “¿qué hago?”, tal y como se muestra a continuación:

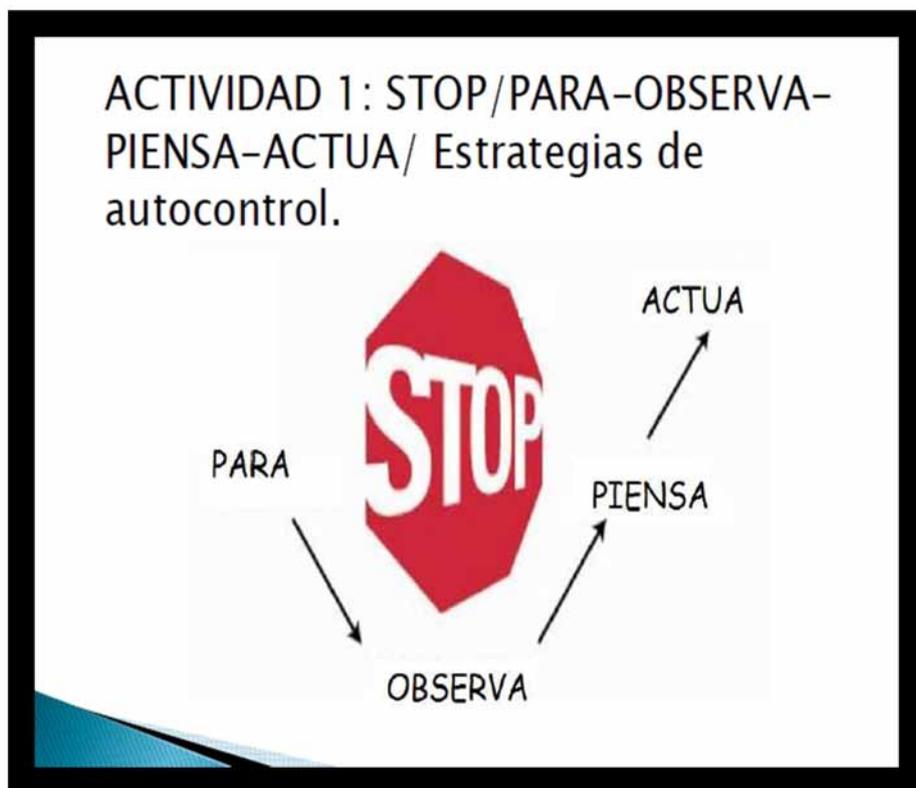


✓ **Detención del Pensamiento:**

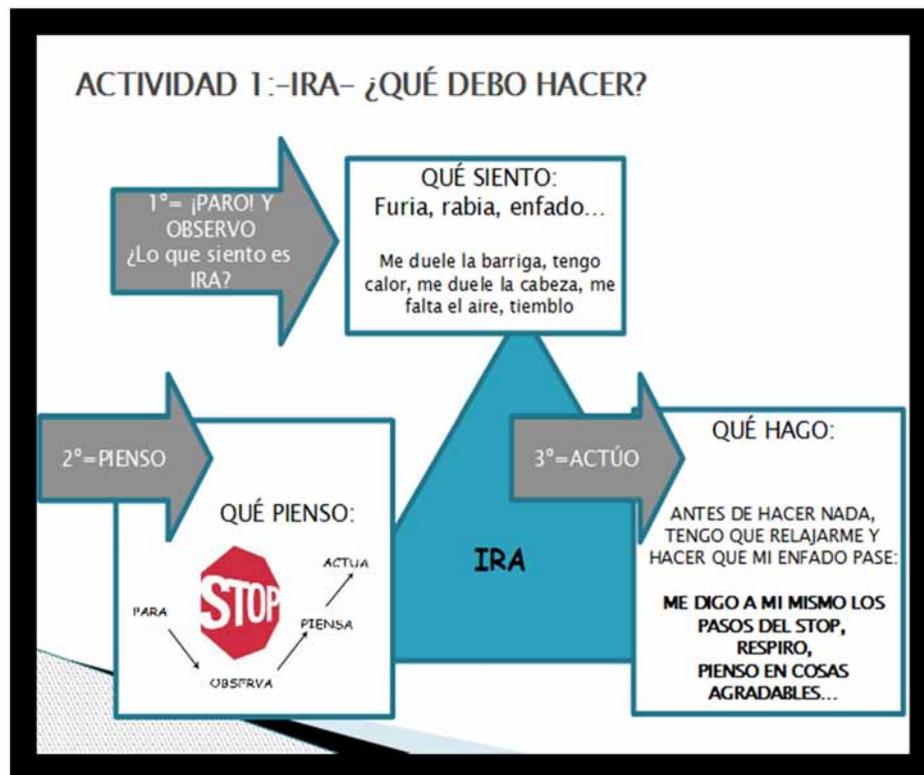
El objetivo de este tipo de tareas está dirigido a detener aquellos pensamientos improductivos que dan lugar al inicio de patrones de comportamiento indeseados (Berrocal et al., 2012). Como se ha comentado, se presentan situaciones cotidianas (muchas de ellas relatadas por los propios participantes), en las que los niños deben identificar emociones negativas y asociarles un pensamiento determinado, que precede a una acción (generalmente, desadaptativa). Se les ha pedido que

piensen en el primer elemento que lleva al pensamiento perturbador (por ejemplo, cuando se acerca la hora del recreo o suena el timbre, pienso que no van a dejarme jugar con ellos al fútbol y consecuentemente, molesto o insulto a mis compañeros de clase). En ese momento, los integrantes del grupo visualizan la escena y la relatan; y la terapeuta realiza la señal que indica que deben parar. Se ha empleado apoyo visual, con el objetivo de que dicha estrategia resultara lo más representativa posible, para ello, se ha entregado a cada miembro del grupo una señal de “Stop”, palabra que se les decía en voz alta en ese momento. Se les entregó junto con una guía de pensamiento, que recogía cuatro pasos:

- Para
- Observa
- Piensa
- Actúa



Además, se ha generado una lista de posibles alternativas para evitar dicho pensamiento y su consecuente respuesta; y reducir el nivel de activación del estado emocional negativo en el que se encuentra el niño: pensar en algo que le guste, contar hasta diez, respirar profundamente, etc. Cada participante ha aportado sus propias estrategias y ha elegido la más productiva para sí mismo.



Para poder llevar a cabo esta estrategia y asegurarnos de que podía generalizarse a otros ambientes, se ha instruido a los padres para que la reforzaran en casa (se explicará detalladamente en el apartado de Técnicas dirigidas a Padres). Además, ha sido empleada con distintas situaciones en las que se daban estados emocionales negativos, así como en situaciones de críticas, bromas y burlas.

e. Técnicas de Resolución de Conflictos:

Dicha estrategia ha sido empleada junto con las autoinstrucciones y ha tenido su mayor peso a lo largo del tercer bloque de intervención. En todas las tareas donde se han planteado problemas a resolver por los miembros de los grupos, se ha seguido la misma secuencia, similar a la planteada por Berrocal et al. (2012):

1. Orientación hacia el problema: se ha focalizado la atención de los sujetos hacia las situaciones problemáticas con el fin de sensibilizarles respecto a los conflictos (proporcionar una visión más objetiva de los mismos).
2. Definición del problema: delimitar el problema real o descomponerlo en aquellos datos más relevantes: qué sucede, quién está implicado, qué objetivo persigue.
3. Generación de posibles soluciones o respuestas: a través de tormentas de ideas, se recogen listas de posibles acciones encaminadas a la resolución del problema.
4. Evaluación de las consecuencias y selección de la respuesta: se analizan las consecuencias de cada una de las respuestas propuestas (en la medida de lo posible, a corto y largo plazo), así como se valoran beneficios y desventajas de cada una. Para que resultase más significativo para los niños, a lo largo de las actividades se les ha pedido que pongan una nota a cada una de las respuestas (junto con sus consecuencias), en función de los beneficios que iban a suponer para los implicados en el conflicto (se han valorado del uno al diez, para poder seleccionar la más adecuada).

iii. Actividades Metacognitivas:

f. Revisión de tareas y Autoevaluaciones:

Con el objetivo de ayudar a los niños a autoevaluar la adquisición de los conocimientos y habilidades trabajados a lo largo de las sesiones de

intervención, se ha destinado un tiempo a revisar los contenidos planteados (antes de iniciar las sesiones), así como lo aprendido en sesiones anteriores. Cada semana, se ha organizado una asamblea mediada por las terapeutas, donde los niños hacían un repaso de las estrategias aprendidas (por ejemplo, la técnica del “Stop” o los pasos de las conversaciones). Esto nos ha servido, además, para llevar un registro en torno a aquellas actividades que debían ser reforzadas.

Además, en las actividades relacionadas con juegos de roles, se ha ofrecido a los participantes la oportunidad de ejercer el papel de “jueces”, para lo que, tanto sus compañeros de grupo, como ellos mismos a través del visionado de grabaciones, han tenido que analizar, valorar y puntuar el desempeño en sus tareas (con el apoyo de los pasos a seguir en una pizarra blanca). En función de la puntuación obtenida, la pareja que mejor hubiera desempeñado el papel e interiorizado los pasos, recibía un refuerzo material (por ejemplo, un caramelo), (Miranda et al., 2002).

iv. Técnicas dirigidas a Padres:

g. Encadenamiento hacia atrás (Berrocal et al., 2012):

Para poder aplicar la técnica del “Stop” en el hogar, se ha elaborado una cadena de pasos encaminados a alcanzar los siguientes objetivos: frenar el impulso, regular la emoción, evaluar la situación y planificar una respuesta, (después de llevar a cabo dichos pasos, se hace necesario aplicar un refuerzo). Por ello, se ha ofrecido a los padres la secuencia de pasos a seguir con sus hijos, así como se les ha instruido (a lo largo de tres sesiones), en torno a la manera de aplicar dicha técnica en casa, tal y como se muestra a continuación (aparece de forma detallada en los anexos):

¿CÓMO UTILIZAR EL STOP?

- a. Comenzaremos realizando los pasos 1, 2, 3, 4, 5 con nuestro hij@.
- b. Cuando conozca la secuencia de pasos, le acompañaremos hasta el paso 5, y a partir de aquí dejaremos que lo haga solo.
- c. Cuando sea capaz de llevar a cabo el paso 5, lo acompañaremos hasta el paso 4 y a partir de aquí dejaremos que lo haga solo.
- d. Una vez que el paso 4 y 5 se hayan conseguido, le acompañaremos hasta el paso 3, etc.

(IMPORTANTE, REALIZAREMOS ENCADENAMIENTO DE PASOS HACIA ATRÁS, PARA LO QUE EL NIÑO/A DEBE SER CAPAZ DE REALIZARLOS SEGUIDOS DE MANERA ADECUADA, HASTA QUE NO CONSIGAMOS QUE REALICE EL PASO 4 Y 5 SIN AYUDA, NO PASAREMOS AL PASO TRES, y así sucesivamente).

- ✓ SITUAR EL STOP EN UN LUGAR DETERMINADO (dormitorio, cuarto de baño...).
- ✓ ANTICIPAR SITUACIONES DONDE SU HIJ@ SE FRUSTRRA, ENFADA, BLOQUEA... E INDICARLE QUE DEBE ACUDIR AL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL STOP.

1. DEBE ACUDIR AL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL STOP, PODREMOS ACOMPAÑARLE -no decirle nada, simplemente ir con él hasta el lugar donde se encuentra y emplear las estrategias repasadas en sesión para que se tranquilice-.
2. *PARAR:*

-respirar profundamente varias veces, decirse en voz baja los pasos del STOP, pensar en cosas agradables, animarse a sí mismo porque va a ser capaz de tranquilizarse y así podrá pensar con claridad, etc.).

3. *PENSAR:*

Le animaremos a que VERBALICE EN VOZ ALTA SU PLAN DE ACCIÓN.

¿qué ha sucedido? ¿he sentido miedo, ira...?

Ej: he sentido ira porque mi hermano me ha quitado el mando de la consola -me ha dado calor, me ha dolido la barriga...-.

¿qué he pensado? -que quiero pegarle, siempre está molestándome, así dejará de hacerlo...-

¿qué debo hacer? -pienso en respuestas y consecuencias-, pegar: me castigarán (NO). pedirle que me de el mando sin gritar ni pegarle (SI).

Después de ayudarle a encontrar la respuesta más adecuada, le pediremos que lleve a cabo el PLAN, SIN nuestra ayuda:

4. *ACTUAR:* SE LE REFORZARÁ EN POSITIVO POR SER CAPAZ DE LLEVAR A CABO EL PASO FINAL CON ÉXITO (ELOGIAR, BESAR, DAR UNA CARICIA, ETC).

- ✓ PODEMOS LLEVAR A CABO UNA ECONOMÍA DE FICHAS. EJ: CUANDO ES CAPAZ DE REALIZAR UN PASO SOLO OBTIENE DOS PUNTOS.

IMPORTANTE: Antes de llevar a cabo la economía de fichas (puntos que se darán por cada uno de los pasos conseguidos), se deben planificar los reforzadores y asignarle una puntuación (lo que más desee será aquello que tenga más puntos).

Ej: PUNTOS QUE SE NECESITAN PARA ALCANZAR EL PREMIO ESTE FIN DE SEMANA.

JUGAR MEDIA HORA CON LA CONSOLA (8 PUNTOS).

IR A CASA DE MI PRIMO EL SÁBADO POR LA TARDE (6 PUNTOS).

HACER UNA PIZZA EL VIERNES POR LA NOCHE (4 PUNTOS).

SALIR EN BICI EL DOMINGO POR LA TARDE (2 PUNTOS).

h. Tareas para Casa:

Las tareas para casa son diseñadas para alcanzar y consolidar los objetivos específicos de la terapia llevada a cabo con los participantes, además, constituyen una parte esencial de cualquier paquete de entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1997). Este tipo de trabajo permite el acceso a aquellos comportamientos que no pueden ser observados a lo largo de la sesión de intervención, favoreciendo la generalización de objetivos a otros ambientes y ayudando a la adquisición de un mayor autocontrol. Además, nos han resultado útiles para asegurar la implicación de las familias, así como para que éstas conociesen en mayor profundidad aquellos objetivos perseguidos. Entre estas tareas, se ha pedido de manera específica a los padres que creasen historias de conflicto social, donde han tenido que identificar emociones, pensamientos y conductas de los protagonistas implicados (se ha animado a las familias a que evocasen situaciones vividas por los niños). Por otro lado, cada semana se ha entregado un registro a los padres con los objetivos perseguidos a lo largo de la sesión, así como se les ha pedido que escribiesen aquellas dudas, sugerencias o posibles anécdotas que merecían ser analizadas en la reunión de la semana siguiente; tal y como se muestra en el ejemplo:

TDAH: AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL Y FUNCIONES EJECUTIVAS

PRIMER BLOQUE: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

SESIÓN Nº 2 Y 3: HABILIDADES CONVERSACIONALES

OBJETIVO GENERAL DEL BLOQUE DE HH. CC.:

- Aprender conceptos y estrategias de comunicación verbal/no verbal.
- Aprender estrategias de autorregulación verbal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN:

- Analizar la propia conducta en contextos familiares/no familiares de comunicación.
- Analizar la conducta ajena en contextos familiares/no familiares de comunicación.
- Identificar los posibles déficit en el área de comunicación (concretamente en conversaciones con iguales a partir de temas específicos –gustos y aficiones-).
- Aprender/Identificar pistas no verbales en conversaciones (gestos).
- Aprender/Planificar secuencia de pasos en conversaciones con iguales (AUTOINSTRUCCIONES).
- Poner en práctica dichos pasos (escenificaciones).

OBJETIVO PARA LA PRÓXIMA SESIÓN:

- ✓ Observar/reforzar AUTOINSTRUCCIONES o pasos, en situaciones de conversación –familia e iguales-.
 - ✓ POSTURA
 - ✓ MIRADA
 - ✓ GESTOS
 - ✓ PREGUNTAS
 - ✓ TURNOS

NOMBRE:	
REGISTRO DE OBSERVACIONES	
Indique el lugar donde sucede y las observaciones o dudas que desee	
DÍA 1	
DÍA 2	
DÍA 3	
DÍA 4	

Desarrollo de las Sesiones de Trabajo:

Para la realización de las 30 sesiones de trabajo se han diseñado actividades propias así como se han tomado y adaptado materiales de diversos programas publicados (Orjales y Polaino, 2002; Roca, 2003; Cobo y Galindo, 2007; Monjas, 2007, Iribarren et al., 2010; Méndez, Llavona, Espada y Orgilés, 2012), así como de páginas webs:

<http://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com.es>,

<http://educayaprende.com>,

<https://www.youtube.com/watch?v=zcBRFqiWnX4>,

<https://www.youtube.com/watch?v=TiNUaHXsjBA>,

<https://www.youtube.com/watch?v=LAOICIt3MM>.

Todas las sesiones han seguido la misma estructura (tanto para la intervención con los niños y niñas, como para la intervención con sus familias). La progresión seguida en el trabajo con ambos grupos se recoge a continuación:

a) Estructura seguida en el diseño de las sesiones de las que se compone el Programa de Intervención ESC:

1. Revisión de contenidos y habilidades trabajados en la sesión anterior.
2. Análisis de índice de tareas a trabajar en la sesión actual.
3. Introducción de las diferentes variables a trabajar: habilidades socio-comunicativas (desde la sesión 2 hasta la sesión 10), identificación, expresión y regulación de emociones (desde la sesión 11 hasta la sesión 19), habilidades

mentalistas, habilidades sociales y de resolución de conflictos (desde la sesión 21 hasta la sesión 28), estructuradas como sigue:

- a. Contenidos (asamblea, brainstorming, historietas, vídeos).
- b. Autoinstrucción/Guía de Pensamiento de las habilidades a trabajar.
- c. Actividades: vuelta a la calma (juegos).

b) Estructura seguida en las sesiones de seguimiento con las familias (padres y madres), de los sujetos intervenidos en el Programa ESC (los registros pueden encontrarse de manera detallada en los anexos):

1. Recogida de los registros entregados la semana anterior, revisión de dudas, incidencias y otros aspectos.
2. Explicación de objetivos trabajados a lo largo de la sesión con los niños y niñas. Repaso de contenidos y habilidades a reforzar esa semana en casa.
3. Entrega de nuevo registro y resolución de dudas.

6.5.4.3.Fase Postest:

Una vez finalizado el periodo de intervención con todos los sujetos y sus familias, se volvió a evaluar cada una de las variables analizadas en la fase pretest, con las mismas pruebas empleadas, para poder comparar resultados antes y después del tratamiento. Dicho proceso tuvo una duración de, aproximadamente, diez días, distribuido en tres sesiones. Además, tanto las familias como las terapeutas, rellenaron un cuestionario elaborado ad hoc, donde se recogió información acerca de los contenidos aprendidos por parte de los participantes de la investigación, así como de la puesta en práctica de las habilidades adquiridas.

En la primera sesión de evaluación de la fase postest, se explicó a cada participante la importancia de realizar de nuevo las pruebas que se les presentó en el momento en que iniciamos el estudio, para comprobar cuánto habían mejorado después de realizar el programa (del mismo modo que en la fase pretest, era necesario que contestasen de forma sincera), cada uno de los participantes rellenó los cuestionarios STAXY-NA y BASC (previa explicación de las terapeutas y, en los casos en los que fue necesario, con el apoyo de éstas).

Se realizó una reunión con las familias, para informarles sobre la finalización del periodo de investigación y sobre la necesidad de volver a cumplimentar cada uno de los cuestionarios, para poder valorar la evolución de sus hijos después de haber llevado a cabo el programa de intervención. De nuevo, se explicó la estructuración de cada uno de los cuestionarios y se revisaron las directrices para realizarlos: BASC, SENA, CCC2 y el cuestionario elaborado ad hoc para recoger información acerca de los objetivos alcanzados; así como se atendieron dudas respecto a la comprensión de los ítems.

En la segunda sesión, los participantes realizaron las tareas de Reconocimiento de Emociones y Teoría de la Mente (batería NEPSY-II).

En la tercera sesión, se realizó el cuestionario SENA y se realizó la Última Sesión de Evaluación del Programa de Intervención ESC (bloque de habilidades socio-comunicativas).

En ambas sesiones, se recogieron los cuestionarios de las familias, se resolvieron dudas respecto a los mismos y se continuó con la realización de entrevistas.

En la cuarta sesión, se terminaron las tareas de la Última Sesión de Evaluación del Programa Psicoeducativo, correspondientes a las variables: identificación, expresión y regulación emocional, habilidades mentalistas y de resolución de conflictos.

CAPÍTULO 7.- ANÁLISIS DE DATOS, RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos obtenidos en los diferentes cuestionarios y pruebas diagnósticas de los 64 sujetos y sus familias han sido tabulados en el editor de datos del paquete estadístico SPSS Statistics 23. Debido a la extensión inicial de los datos obtenidos, así como a que no van a utilizarse todas las variables en el análisis de datos (por ejemplo, sexo), éstos quedan resumidos en diferentes matrices que nos permitan realizar los distintos análisis con mayor claridad y un menor número de fuentes de error. Debemos aclarar que los datos recogidos en las evaluaciones intermedias del Programa ESC realizadas por los participantes, así como en los cuestionarios creados ad hoc y cumplimentados por padres y terapeutas, no han sido incluidos en este análisis, debido a la extensión de los mismos y a las posibilidades de reducir la comprensión de aquellos objetivos que perseguimos, por lo que serán analizados en investigaciones futuras.

Se ha comenzado por la realización de un análisis exploratorio de datos en la matriz principal con el fin de detectar errores u omisiones (variables perdidas). Se asume, dado el número reducido de sujetos por grupo, la normalidad de los datos centrándonos en el cumplimiento de igualdad de varianza.

Para comprobar, en primer lugar, la eficacia del tratamiento específico ESC, se ha llevado a cabo un contraste de medias, mediante una prueba t para muestras emparejadas en la que se comparan las mejorías del desempeño de los sujetos en las pruebas psicométricas y en las tareas de la sesión de evaluación del programa ESC, así como a través de los cuestionarios cumplimentados por los participantes y sus familias; en cada una de las variables de los cuatro grupos (emociones, habilidades socio/comunicativas, identificación de pensamientos/teoría de la mente,

habilidades sociales/resolución de conflictos), entre la fase pretest y postest, determinando si éstas han resultado significativas o no. Del mismo modo, realizamos una prueba t para muestras independientes con el objetivo de comparar los resultados de los sujetos del primer grupo de intervención (que habían recibido tratamiento ESC -fase postest-), con los de aquellos sujetos del segundo grupo que aún no habían sido tratados (fase pretest), para cada una de las variables medidas a través de pruebas psicométricas y cuestionarios.

A continuación, se han realizado otro tipo de contrastes con el objetivo de explorar en qué rango de edad y condición experimental (tipo de tratamiento recibido previamente), ha resultado ser más eficaz el programa específico de intervención, comparándolo grupo a grupo y variable a variable, -teniendo en cuenta para ello la información aportada por los propios sujetos y por sus familias en los cuestionarios, así como su desempeño en pruebas psicométricas-, mediante el análisis de varianza (ANOVA), con medidas parcialmente repetidas, en los casos en los que se ha cumplido el principio de normalidad y homeosticidad.

El formato seguido para la presentación de los resultados ha sido llevado a cabo mediante el contraste de hipótesis. En primer lugar, para cada una de las hipótesis, se ha comprobado el supuesto de homogeneidad de varianzas. Y en segundo lugar, en caso de cumplirse tal supuesto, se ha utilizado una prueba paramétrica para realizar el contraste de hipótesis. En caso contrario, se ha hecho uso de una prueba no paramétrica.

Los resultados obtenidos se han agrupado según las variables que estaban siendo medidas (4 grupos), y han sido analizados y discutidos, tal y como se muestran a continuación:

✓ **Índice de resultados por grupos de variables:****1. Resultados en Identificación/expresión/regulación****Emocional:**

- a. Índice de Problemas Emocionales (SENA familia/SENA autoinforme).
- b. Índice de Identificación de Emociones (NEPSY II/Sesión de Evaluación del Programa ESC).
- c. Índice de Expresión de Emociones (STAXY-NA/Sesión de Evaluación del Programa ESC).
- d. Índice de Regulación de Emociones (SENA familia/SENA autoinforme/Sesión de Evaluación del Programa ESC).

2. Resultados en Habilidades Socio-Comunicativas:

- a. Índice de Pragmática (CCC-2).
- b. Índice Habilidades Conversacionales (Sesión de Evaluación del Programa ESC).

3. Resultados en Identificación de Pensamientos:

- a. Índice Teoría de la Mente (NEPSY-II).
- b. Índice Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión de Evaluación del Programa ESC).

4. Resultados en Habilidades Sociales/Resolución de Conflictos:

- a. Índice de Habilidades Sociales (BASC familia).
- b. Índice de Relaciones Interpersonales (BASC autoinforme).
- c. Índice de Relaciones Sociales (CCC-2).
- d. Índice de Liderazgo (BASC familia).
- e. Índice de Integración y Competencia Social (BASC familia/BASC autoinforme).
- f. Índice de Problemas con los Compañeros (BASC familia/BASC autoinforme).
- g. Índice de Problemas de Conducta (BASC familia/BASC autoinforme).

- h. Índice de Identificación de Conflictos Interpersonales (Sesión de Evaluación del Programa ESC).
- i. Índice de Planificación de Respuestas/Resolución de Conflictos (Sesión de Evaluación del Programa ESC).

✓ Análisis de resultados por grupo de variables:**1. Primer Grupo de Variables. Resultados en Identificación/expresión/regulación Emocional:**a. Índice de Problemas Emocionales (SENA familia/SENA autoinforme)

i. Según la información aportada por padres.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

ii. Según la información aportada por participantes.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

b. Índice de Identificación de Emociones (NEPSY II/Sesión de Evaluación del Programa ESC)

a. NEPSY-II:

i. Según las pruebas realizadas a los participantes.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

b. Sesión de Evaluación del Programa ESC:

i. Según las pruebas realizadas a los participantes.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).

c. Índice de Expresión de Emociones (STAXY-NA/Sesión de Evaluación del Programa ESC)

a. STAXY-NA:

i. Según las pruebas realizadas a los participantes.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).

3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).
- b. Sesión de Evaluación del Programa ESC:
- i. Según las pruebas realizadas a los participantes.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
- d. Índice de Regulación de Emociones (SENA familia/SENA autoinforme/Sesión de Evaluación del Programa ESC)
- a. SENA (familia/autoinforme):
 - i. Según la información aportada por padres.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
 2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
 3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).
 - ii. Según la información aportada y las pruebas realizadas a los participantes.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).

2. Pretest-posttest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
 3. Pretest-posttest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).
- b. Sesión de Evaluación del Programa ESC:
- i. Según las pruebas realizadas a los participantes.
 1. Pretest-posttest para todo el grupo de intervención (N=64).

2. Segundo Grupo de Variables. Resultados en Habilidades Socio-Comunicativas:

- a. Índice de Pragmática (CCC-2):
- i. Según la información aportada por padres.
 1. Pretest-posttest para todo el grupo de intervención (N=64).
 2. Pretest-posttest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
 3. Pretest-posttest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

b. Índice Habilidades Conversacionales (Sesión de Evaluación del Programa ESC)

- i. Según las pruebas realizadas a los participantes.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).

3. Tercer Grupo de Variables. Resultados en Identificación de Pensamientos:

a. Índice Teoría de la Mente (NEPSY-II)

- i. Según las pruebas realizadas a los participantes.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
 2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
 3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

b. Índice Identificación de Pensamientos Ajenos (Sesión de Evaluación del Programa ESC)

- i. Según las pruebas realizadas a los participantes.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).

4. Cuarto Grupo de Variables. Resultados en Habilidades Sociales/Resolución de Conflictos:

4.1. Habilidades Sociales:

- a. Índice de Relaciones Interpersonales (BASC autoinforme)
 - i. Según la información aportada por participantes.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
 2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
 3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

- b. Índice de Integración y Competencia Social (BASC familia)
 - i. Según la información aportada por padres.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
 2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
 3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

c. Índice de Relaciones Sociales (CCC-2)

i. Según la información aportada por padres.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

d. Índice de Habilidades Sociales (BASC familia)

i. Según la información aportada por padres.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

e. Índice de Liderazgo (BASC familia)

- i. Según la información aportada por padres.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
 2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
 3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

4.2. Habilidades Sociales/Resolución de Conflictos:

f. Índice de Problemas con los Compañeros (BASC familia/BASC autoinforme)

- i. Según la información aportada por padres.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
 2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
 3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
 4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

- ii. Según la información aportada por participantes.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

g. Índice de Problemas de Conducta (BASC familia)

i. Según la información aportada por padres.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
2. Pretest-postest, en función del rango de edad de los sujetos (grupo 7-9 años, grupo 10-12 años, grupo 13-14 años).
3. Pretest-postest, en función de la condición experimental (tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento combinado).
4. Comparación de resultados: evaluación 2 del grupo de intervención (N=43), evaluación 1 del grupo control (N=21).

h. Índice de Identificación de Conflictos Interpersonales (Sesión de Evaluación del Programa ESC)

i. Según las pruebas realizadas a los participantes.

1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
-
- i. Índice de Identificación de Críticas (Sesión de Evaluación del Programa ESC)
 - i. Según las pruebas realizadas a los participantes.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).
-
- j. Índice de Planificación de Respuestas/Resolución de Conflictos (Sesión de Evaluación del Programa ESC)
 - i. Según las pruebas realizadas a los participantes.
 1. Pretest-postest para todo el grupo de intervención (N=64).

7.1.1. DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA FASE PRETEST Y POSTEST, CONDICIÓN EMPÍRICA (TRATAMIENTO), RANGO DE EDAD Y GRUPO CONTROL, DE LOS PARTICIPANTES Y DE SUS FAMILIAS, PARA EL GRUPO DE VARIABLES 1:

HIPÓTESIS	SUBHIPÓTESIS y VARIABLES
HIPÓTESIS 1 (PE)	VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Problemas Emocionales
HIPÓTESIS 2 (PE. Tipo de Tratamiento)	VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Problemas Emocionales
HIPÓTESIS 3 (PE. Edad)	VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Problemas Emocionales
HIPÓTESIS 4 (IEA Emocional)	HIPÓTESIS 4.1. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Identificación Emocional) HIPÓTESIS 4.2. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Expresión Emocional) HIPÓTESIS 4.3. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Autorregulación Emocional)
HIPÓTESIS 5 (IEA Emocional. Tipo de Tratamiento)	HIPÓTESIS 5.1. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Identificación Emocional) HIPÓTESIS 5.2. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Expresión Emocional) HIPÓTESIS 5.3. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Autorregulación Emocional)
HIPÓTESIS 6 (IEA Emocional. Edad)	HIPÓTESIS 6.1. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Identificación Emocional) HIPÓTESIS 6.2. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Expresión Emocional) HIPÓTESIS 6.3. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Autorregulación Emocional)
HIPÓTESIS 16.1	HIPÓTESIS 16.1. (VVII Programa ESC/Grupo control-grupo)

(IEA Emocional. Grupos: Control-Tratamiento)	tratamiento, VVDD Puntuaciones en: Identificación Emocional, Expresión Emocional, Autorregulación Emocional)
--	--

VARIABLES DEL GRUPO 1:

- **Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:**

HIPÓTESIS 1:

A) HIPÓTESIS 1 –Problemas Emocionales (SENA)-, según la información aportada por los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63)= 0,05$ y $p= 0,95$. No existen diferencias significativas en el índice de **problemas emocionales** en opinión de los participantes del programa, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del pretest (51,03) que la del postest (50,97) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	51,03
Postest	50,97
Diferencia de medias	0,06
T	0,05
G1	63
Significación	0,95

B) HIPÓTESIS 1 –Problemas Emocionales (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

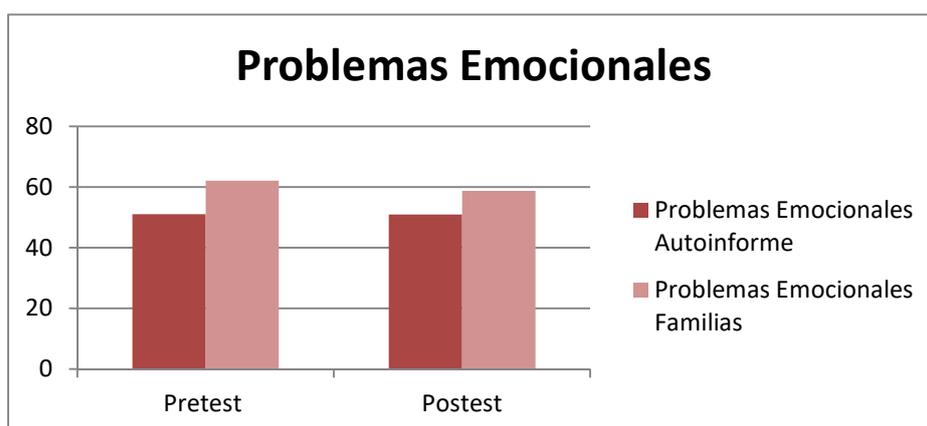
$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$

$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63)= 2,63$ y $p= 0,01$. Existen diferencias significativas en el índice de **problemas emocionales** en opinión de los padres según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del postest (58,67), que la media del pretest (62,10), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	62,10
Postest	58,67
Diferencia de medias	3,43
T	2,63
Gl	63
Significación	0,01

Gráfico Hipótesis 1. Problemas Emocionales, pre-post tratamiento ESC:



- **Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):**

HIPÓTESIS 2:

A) HIPÓTESIS 2 –Problemas Emocionales (SENA)-, según la información aportada por los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	50,90	50,63	51,25	51,03
Puntuación Media Posttest (b ₂)	49,45	48,72	52,83	50,96
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	50,17	49,67		

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	135,82	2	67,91	0,35	0,70
Error (Factor A)	11622,17	61	190,52		
Factor B (pre-post test)	9,42	1	9,42	0,24	0,62
A x B	81,91	2	40,59	1,06	0,35
Error (A * B)	2345,95	61	38,45		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,35$ y $p = 0,70$. No existen diferencias significativas en la

variable **Problemas Emocionales** de acuerdo con la información aportada por los participantes, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

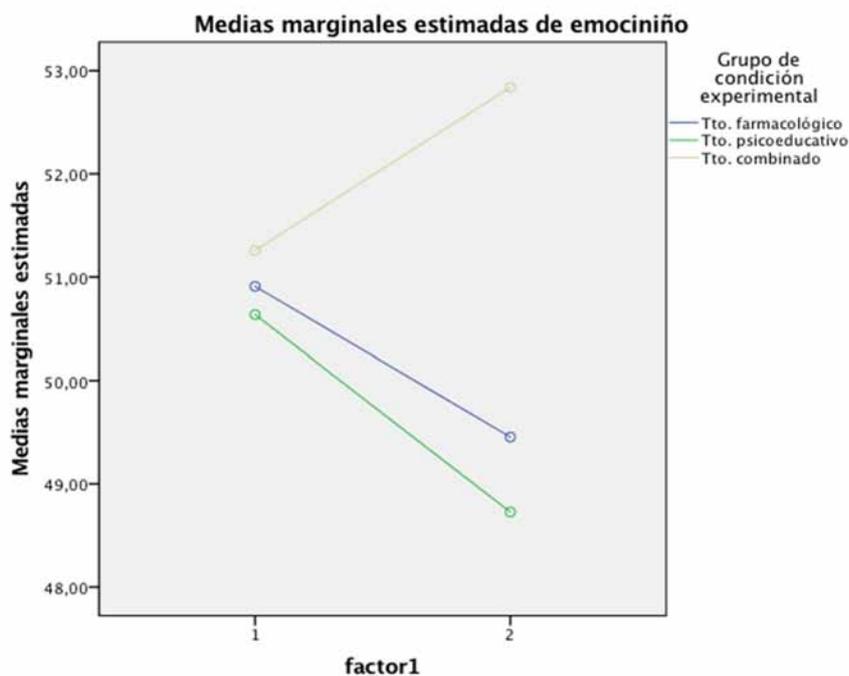
$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$
 $H_1: \text{No } H_0$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 0,24$ y $p = 0,62$. No existen diferencias significativas en la variable **Problemas Emocionales** de acuerdo con la información aportada por los participantes, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B
 H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 1,06$ y $p = 0,35$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “problemas emocionales (autoinforme)”.



B) HIPÓTESIS 2 –Problemas Emocionales (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	59,72	62,00	63,83	62,10
Puntuación Media Posttest (b2)	56,36	57,54	60,70	58,67
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	58,04	59,77	62,26	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	470,35	2	235,17	1,18	0,312
Error (Factor A)	12068,11	61	197,83		
Factor B (pre-post test)	355,35	1	355,35	6,34	0,01
A x B	7,22	2	3,61	0,06	0,93
Error (A * B)	3414,65	61	55,97		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 1,18$ y $p = 0,31$. No existen diferencias significativas en la variable **Problemas Emocionales** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

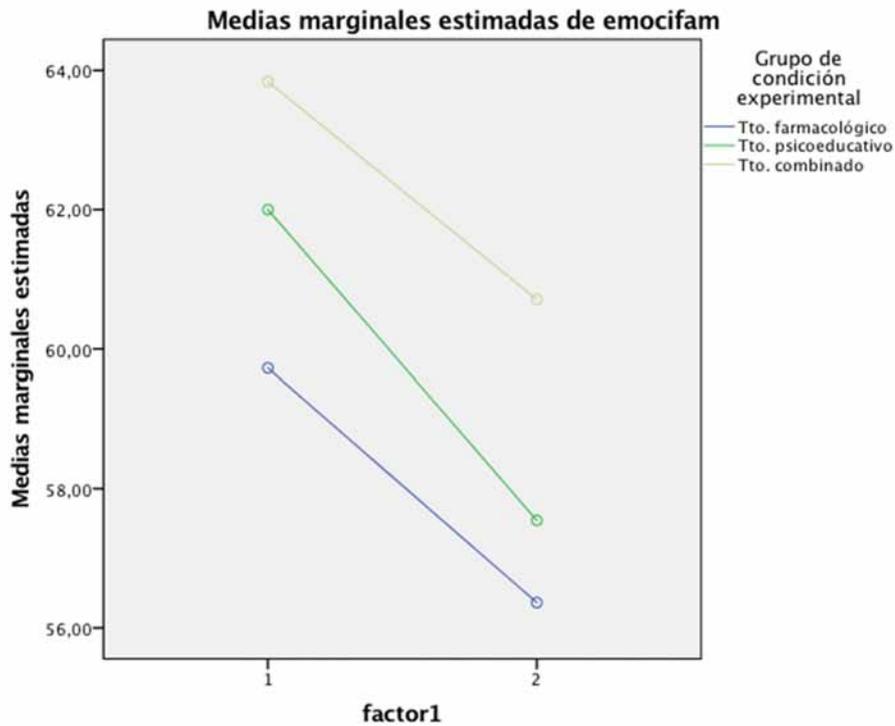
Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 6,34$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en la variable **Problemas Emocionales** de acuerdo con la información aportada por los padres, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$$

$$H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 0,06$ y $p = 0,93$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “problemas emocionales (familia)”.



- Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

HIPÓTESIS 3:

A) HIPÓTESIS 3 –Problemas Emocionales (SENA)-, según la información aportada por los participantes:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 3,090$ y $p = 0,012$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (48,30) y la media del grupo de edad 10-12 (51,52), con $t = (-3,22)$ y $p = (0,36)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (48,30) y la media del grupo de edad 7-9 años (53,07), con $t = (-4,77)$ y $p =$

(0,13), para la variable **Problemas Emocionales**, según la percepción de los sujetos que participan en la investigación.

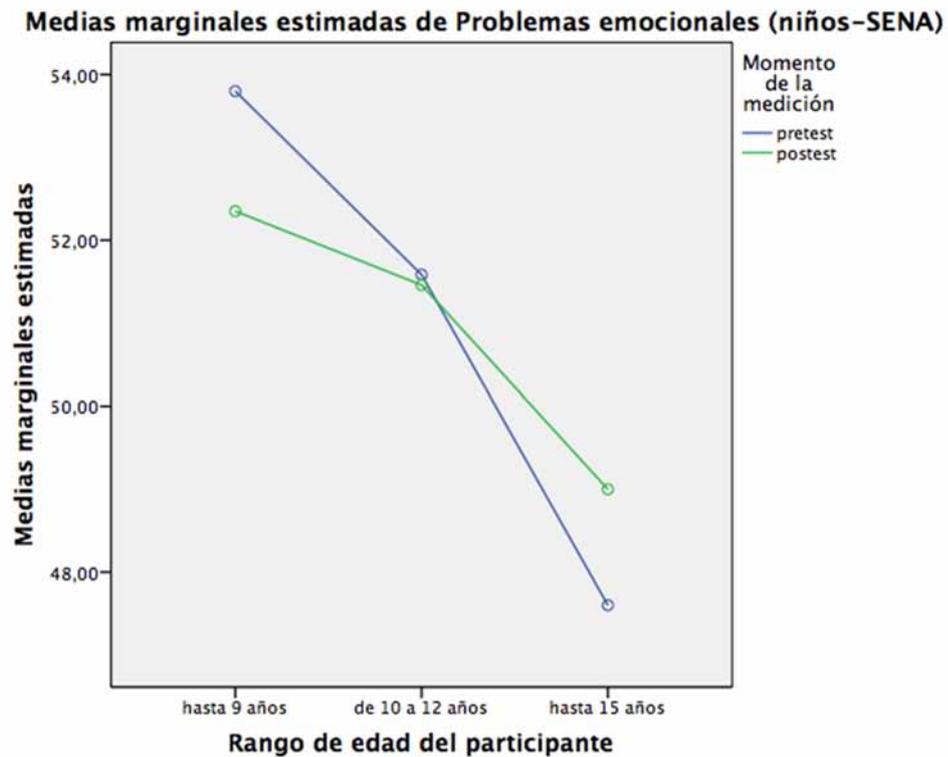
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (51,52) y la media del grupo de edad 7-9 años (53,07), con $t = (-1,55)$ y $p = (0,79)$, para la variable **Problemas Emocionales**, según la percepción de los sujetos que participan en la investigación.

Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- entre el cambio producido en el grupo de 13-14 años y el grupo 10-12 años, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 48,30$ vs $M = 51,52$). Del mismo modo, existen diferencias –no significativas- entre el grupo de 13-14 años y el grupo 7-9 años, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 48,30$ vs $M = 53,07$). Por tanto, el grupo de edad de 13-14 años es el que presenta un menor nivel de Problemas Emocionales en comparación con el resto de los grupos, así como una mayor diferencia con respecto al grupo 7-9 años; sin embargo:

Se ha encontrado una reducción en el nivel de Problemas Emocionales, según las percepciones del grupo de intervención 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 53,80$ vs $M = 52,35$).

Se encuentran diferencias mínimas entre el nivel de Problemas Emocionales, según las percepciones del grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 51,58$ vs $M = 51,45$).

Se ha encontrado un aumento en el nivel de Problemas Emocionales, según las percepciones del grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 47,60$ vs $M = 49,00$).



B) HIPÓTESIS 3 –Problemas Emocionales (SENA)-, según la información aportada por los *padres*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,647$ y $p = 0,664$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (57,40) y la media del grupo de edad 10-12 (61,70), con $t = (-4,30)$ y $p = (0,20)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (57,40) y la media del grupo de edad 7-9 años (61,80), con $t = (-4,40)$ y $p =$

(0,22), para la variable **Problemas Emocionales**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

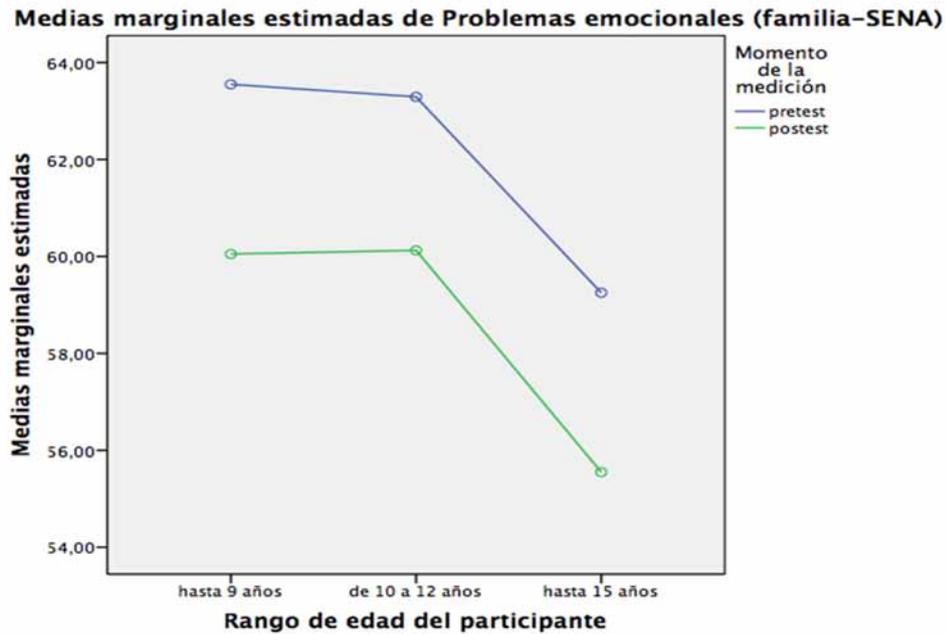
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (61,70) y la media del grupo de edad 7-9 años (61,80), con $t = (-0,09)$ y $p = (0,99)$, para la variable **Problemas Emocionales**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- entre el cambio producido en el grupo de 13-14 años y el grupo 10-12 años, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 57,40$ vs $M = 61,70$). Del mismo modo, existen diferencias –no significativas- entre el grupo de 13-14 años y el grupo 7-9 años, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 57,40$ vs $M = 61,80$). Por tanto, se observa que el grupo de edad de 13-14 años es el que presenta un menor nivel de Problemas Emocionales, así como un cambio mayor (mejoría), en el nivel de Problemas Emocionales en comparación con el grupo 7-9 años, según la opinión de los padres de los sujetos evaluados.

En concreto, se ha encontrado una reducción en el nivel de Problemas Emocionales, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 63,55$ vs $M = 60,05$).

Se encuentra una reducción en el nivel de Problemas Emocionales, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 63,29$ vs $M = 60,12$).

Se ha encontrado una reducción en el nivel de Problemas Emocionales, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 59,25$ vs $M = 55,55$).



HIPÓTESIS 4:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

A) HIPÓTESIS 4.1. –Identificación Emocional (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los participantes:

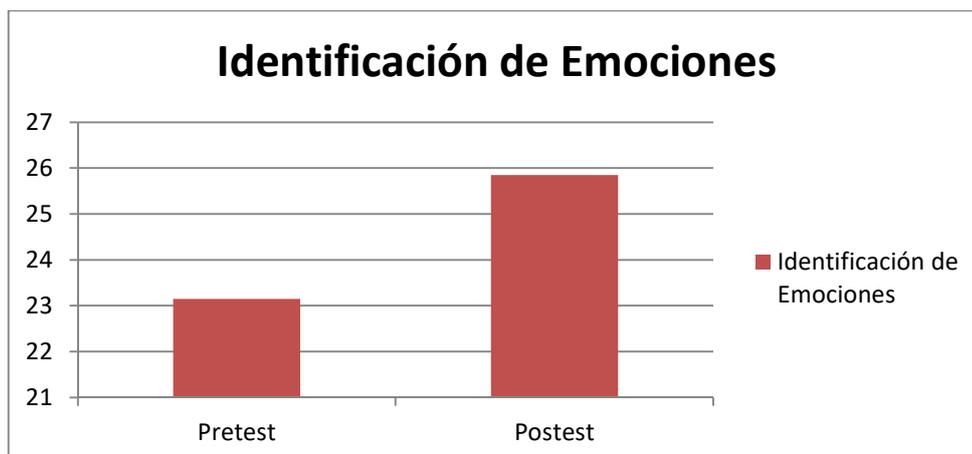
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -3,83$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en **Identificación Emocional** según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (23,15), que la media del postest (25,85), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo 1
Pretest	23,15
Postest	25,85
Diferencia de medias	-2,70
T	-3,83
Gl	63
Significación	0,00

Gráfico Hipótesis 4.1. Identificación Emocional, pre-post tratamiento ESC:



B) HIPÓTESIS 4.1. –Identificación Emocional (Sesión de Evaluación del Programa ESC)-, según pruebas realizadas a los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

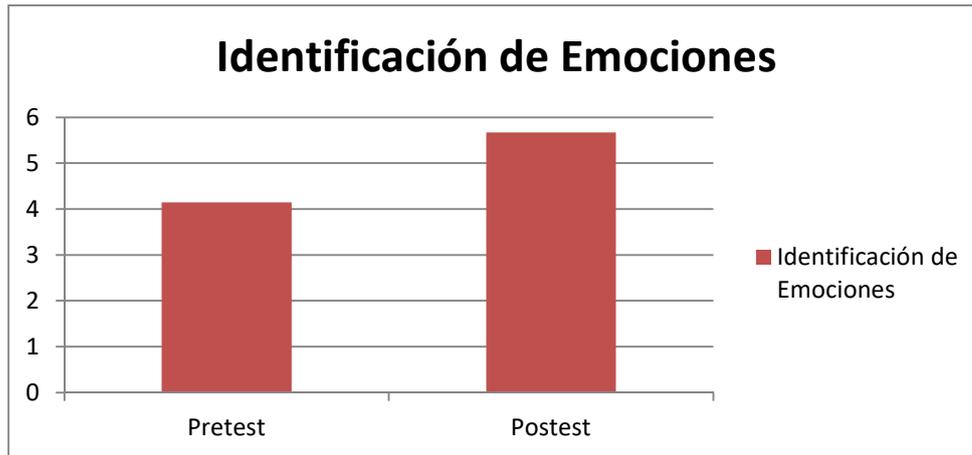
$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$

$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -9,53$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en tareas de **Identificación Emocional** según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (4,15), que la media del postest (5,67), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	4,15
Posttest	5,67
Diferencia de medias	-1,51
T	-9,53
Gl	63
Significación	0,00

Gráfico Hipótesis 4.1. Identificación Emocional, sesión de evaluación pre-post tratamiento ESC:



B) HIPÓTESIS 4.2. –Expresión Emocional (STAXY-NA)-, según las pruebas realizadas a los *participantes* en el programa:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$
$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias para:

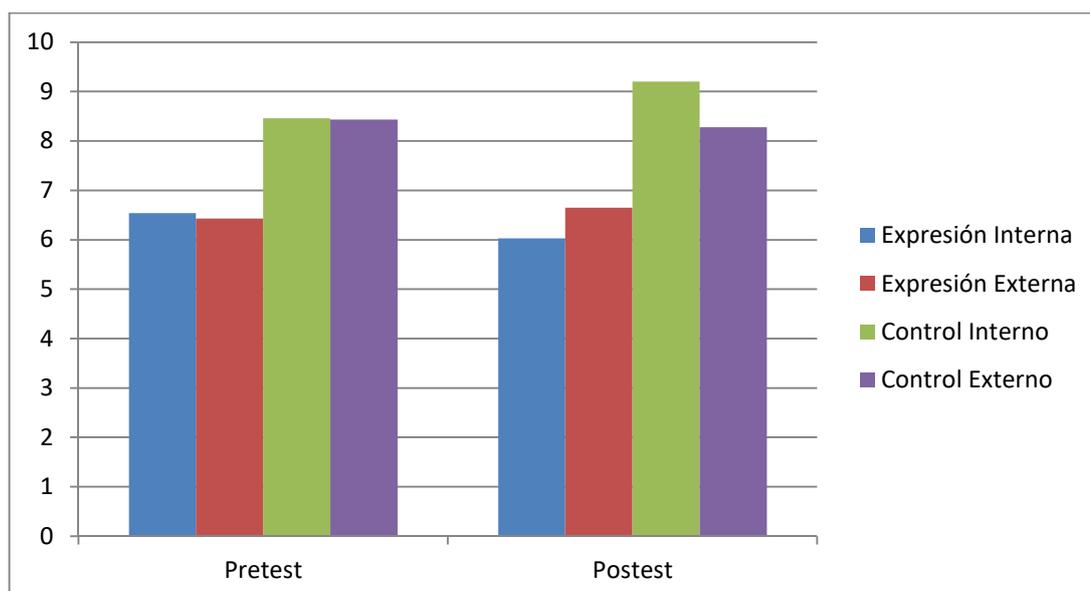
- **Expresión Interna de la Ira:** con $t(63) = 1,74$ y $p = 0,08$. Existen diferencias pero no resultan significativas en el índice de expresión interna de la ira en opinión de los participantes del programa, según sea el momento pretest o posttest, siendo mayor la media del pretest (6,54) que la del posttest (6,03) en el grupo 1 de tratamiento ESC.
- **Expresión Externa de la Ira:** con $t(63) = -0,64$ y $p = 0,52$. No existen diferencias significativas en el índice de expresión externa de la ira en opinión de los participantes del programa, según sea el momento pretest o posttest, siendo mayor la media del posttest (6,65) que la del pretest (6,43) en el grupo 1 de tratamiento ESC.
- **Control Externo de la Ira:** con $t(63) = 0,37$ y $p = 0,71$. No existen diferencias significativas en el índice de control

externo de la ira en opinión de los participantes del programa, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del pretest (8,43) que la del postest (8,28) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

- **Control Interno de la Ira:** con $t(63) = -1,8$ y $p = 0,06$. Existen diferencias pero no resultan significativas en el índice de control interno de la ira en opinión de los participantes del programa, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del postest (9,20) que la del pretest (8,46) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1 Expresión Interna	Grupo1 Expresión Externa	Grupo1 Control Interno	Grupo1 Control Externo
Pretest	6,54	6,43	8,46	8,43
Postest	6,03	6,65	9,20	8,28
Diferencia de medias	0,51	-0,21	-0,73	0,15
T	1,74	-0,64	-1,8	0,37
Gl	63	63	63	63
Significación	0,08	0,52	0,06	0,71

Gráfico Hipótesis 4.2. Expresión Emocional, pre-post tratamiento ESC:



B) HIPÓTESIS 4.2. –Expresión Emocional (Sesión de Evaluación del Programa ESC)-, según pruebas realizadas a los *participantes*:

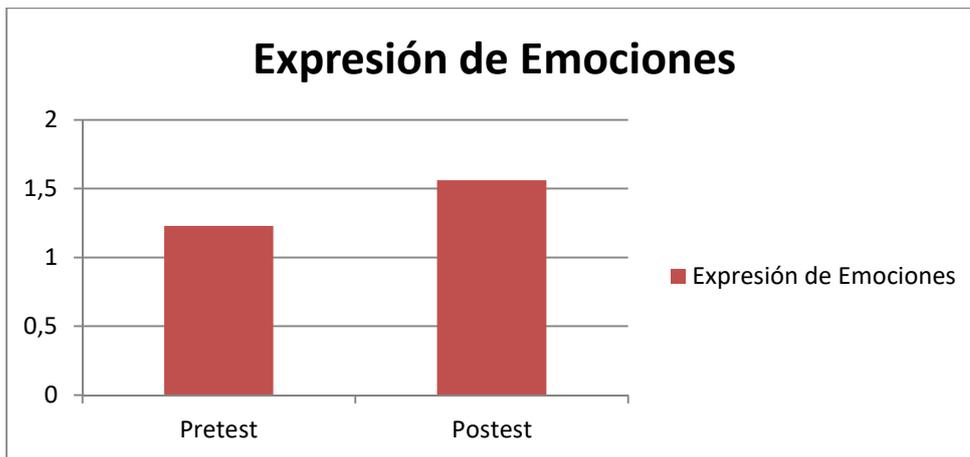
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -2,56$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en la variable **Expresión Emocional** según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (1,23), que la media del postest (1,56), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	1,23
Postest	1,56
Diferencia de medias	-0,32
t	-2,56
gl	63
Significación	0,01

Gráfico Hipótesis 4.2. Expresión Emocional, sesión de evaluación pre-post tratamiento ESC:



A) HIPÓTESIS 4.3 –Autorregulación Emocional (SENA)-, según la información aportada por los *padres*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$

$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63)= 4,11$ y $p= 0,00$. Existen diferencias significativas en la variable de problemas de **Regulación Emocional**, en opinión de los padres según sea el momento pretest o posttest, siendo menor la media del posttest (61,07), que la media del pretest (66,15), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	66,15
Posttest	61,07
Diferencia de medias	5,07
t	4,11
gl	63
Significación	0,00

B) HIPÓTESIS 4.3 –Autorregulación Emocional (SENA)-, según la información aportada por los padres:**Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:**

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$

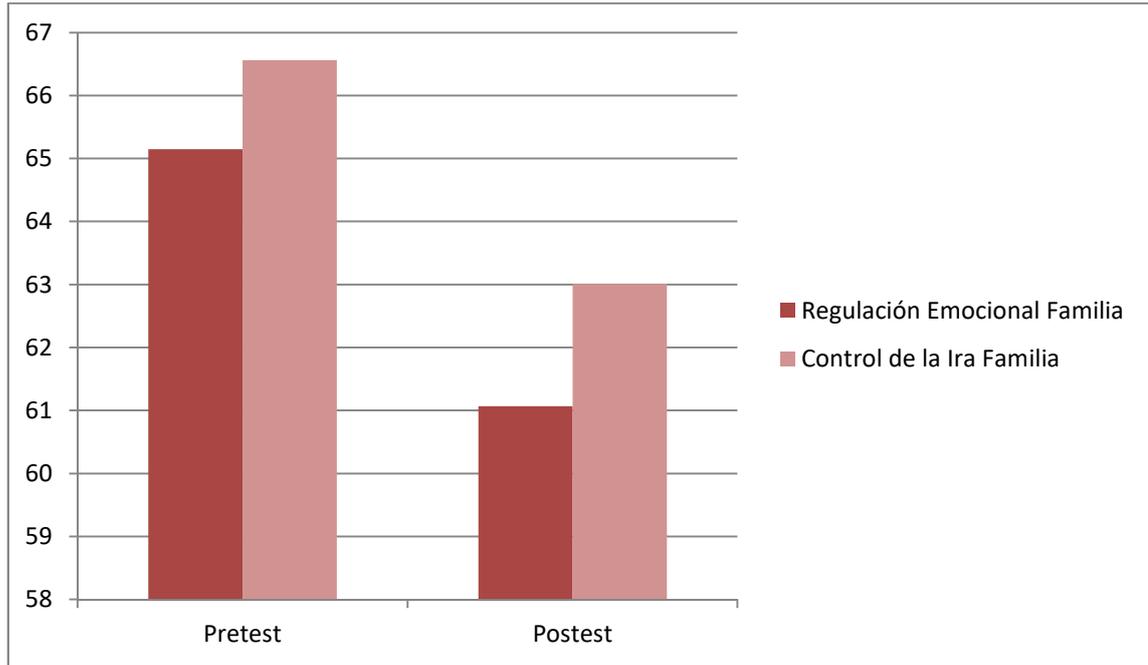
$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63)= 2,36$ y $p= 0,02$. Existen diferencias significativas en la variable de problemas de **Control de la Ira**, en opinión de los padres según sea el momento pretest o posttest, siendo menor la media del posttest (63,01), que la media del pretest (66,56), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	66,56

Postest	63,01
Diferencia de medias	3,54
t	2,36
gl	63
Significación	0,02

Gráfico Hipótesis 4.3. Autorregulación Emocional, pre-post tratamiento ESC:



C) HIPÓTESIS 4.3 –Autorregulación Emocional (Sesión de Evaluación del Programa ESC)-, según las pruebas realizadas a los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = 0,82$ y $p = 1,45$. Existen diferencias significativas en la variable **Regulación de Emociones**, según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (0,82), que la media del postest (1,45), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	0,82

Postest	1,45
Diferencia de medias	-0,62
t	-5,45
gl	63
Significación	0,00

Gráfico Hipótesis 4.3. Autorregulación Emocional, sesión de evaluación pre-post tratamiento ESC:

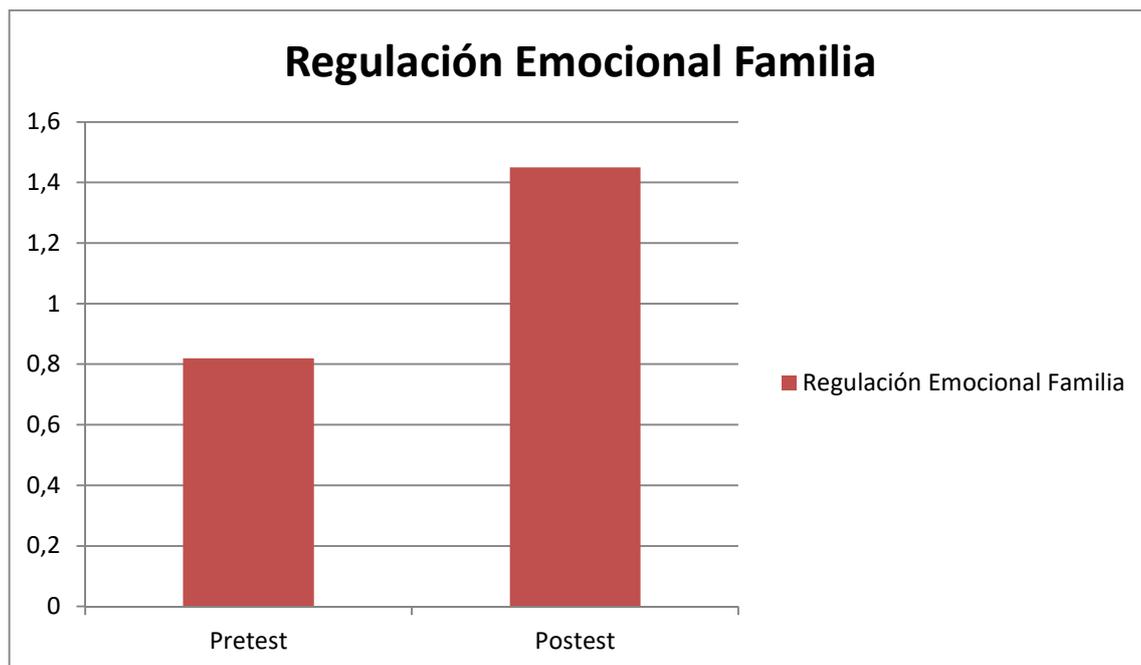
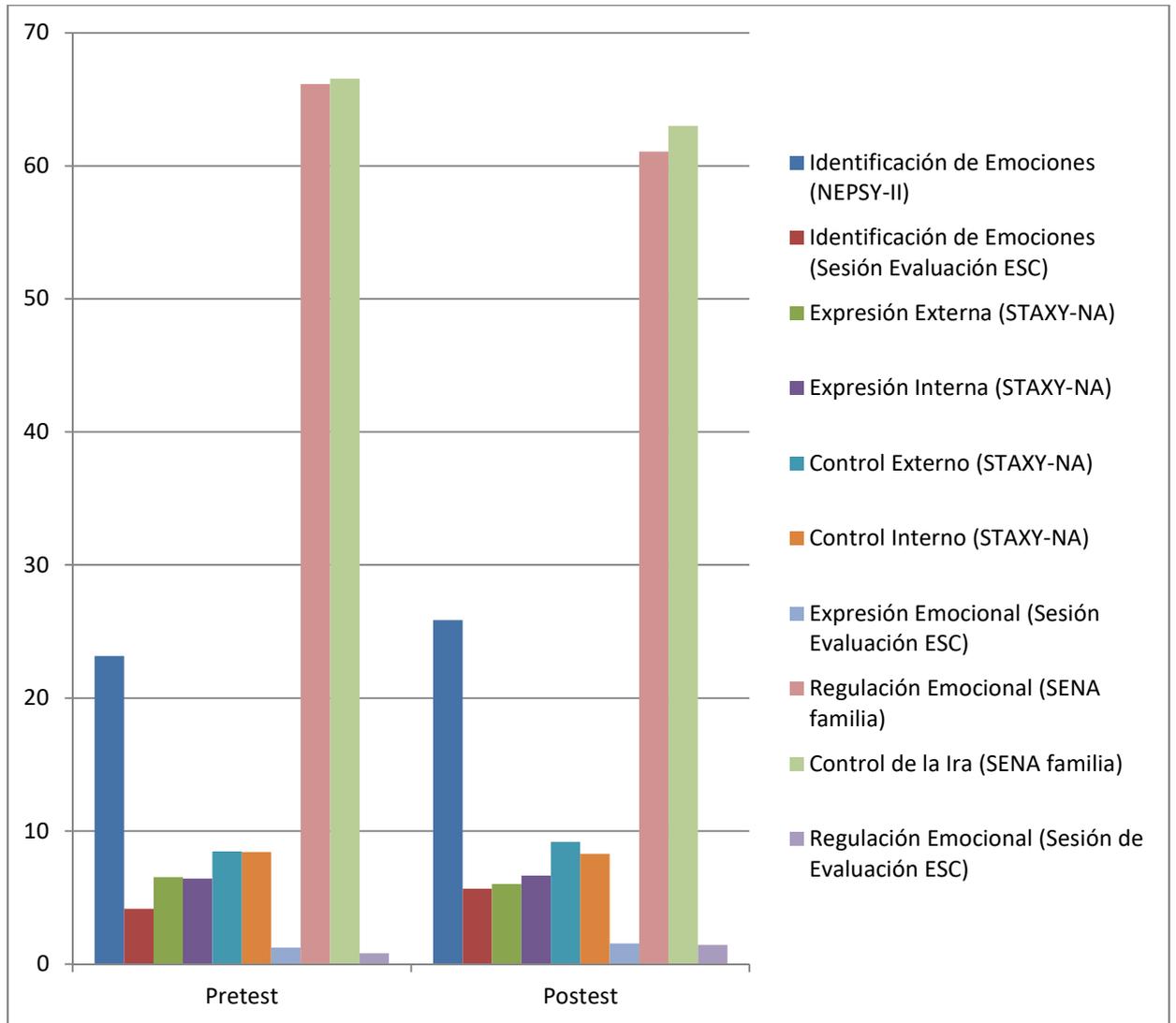


Gráfico Hipótesis 4. Identificación, Expresión, Regulación Emocional, pre-post tratamiento ESC:



HIPÓTESIS 5:

A) HIPÓTESIS 5.1 –Identificación Emocional (NEPSY-II)-, según las pruebas pasadas a los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico o (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	24,63	21,18	22,80	23,15
Puntuación Media Postest (b ₂)	26,00	26,00	25,70	25,85
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	25,31	23,59	24,25	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	51,25	2	25,62	0,80	0,45
Error (Factor A)	1954,23	61	32,03		
Factor B (pre-post test)	244,74	1	244,74	15,62	0,00
A x B	44,96	2	22,48	1,43	0,24
Error (A * B)	955,71	61	15,66		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,80$ y $p = 0,18$. No existen diferencias significativas en la variable **Identificación de Emociones**, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

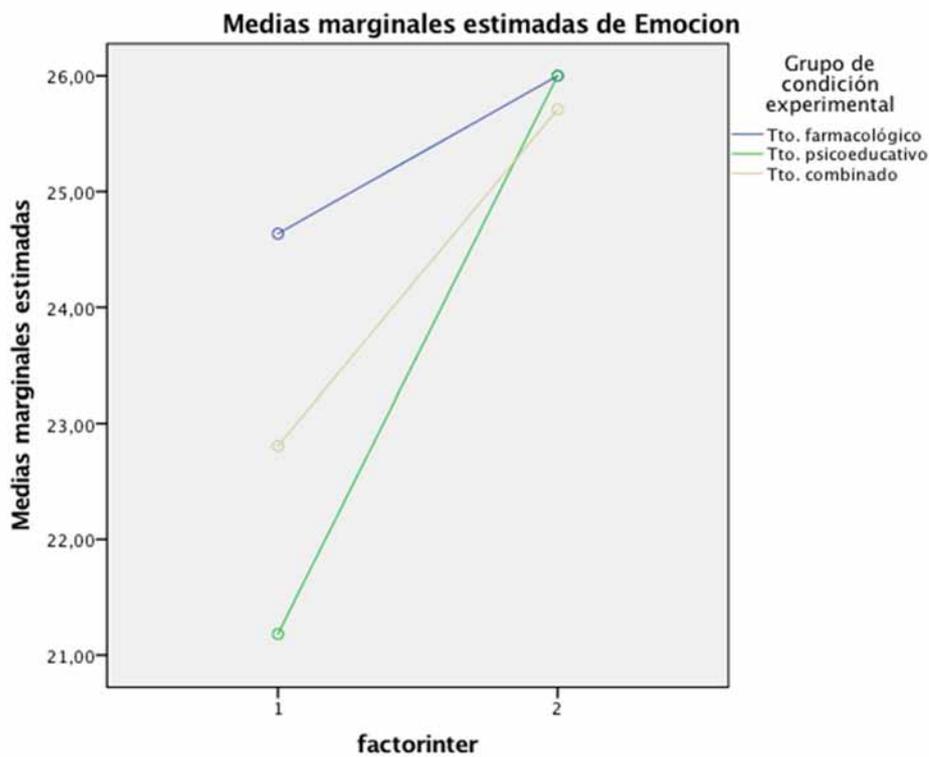
Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)= 15,62$ y $p= 0,00$. Existen diferencias significativas en la variable **Identificación de Emociones**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B

H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)= 1,43$ y $p= 0,24$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental e “identificación de emociones”.



A) HIPÓTESIS 5.2 –Expresión Emocional (STAXY-NA)-, según la información aportada por los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

• **Expresión Interna de la Ira:**

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	6,31	6,45	6,74	6,54
Puntuación Media Postest (b2)	6,00	6,27	5,96	6,03
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	6,15	6,36	6,35	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	1,13	2	0,56	0,12	0,88
Error (Factor A)	271,67	61	4,45		
Factor B (pre-post test)	4,81	1	4,81	1,69	0,20
A x B	2,07	2	1,03	0,36	0,68
Error (A * B)	174,91	61	2,86		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,12$ y $p = 0,88$. No existen diferencias significativas en la variable **Expresión Interna de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

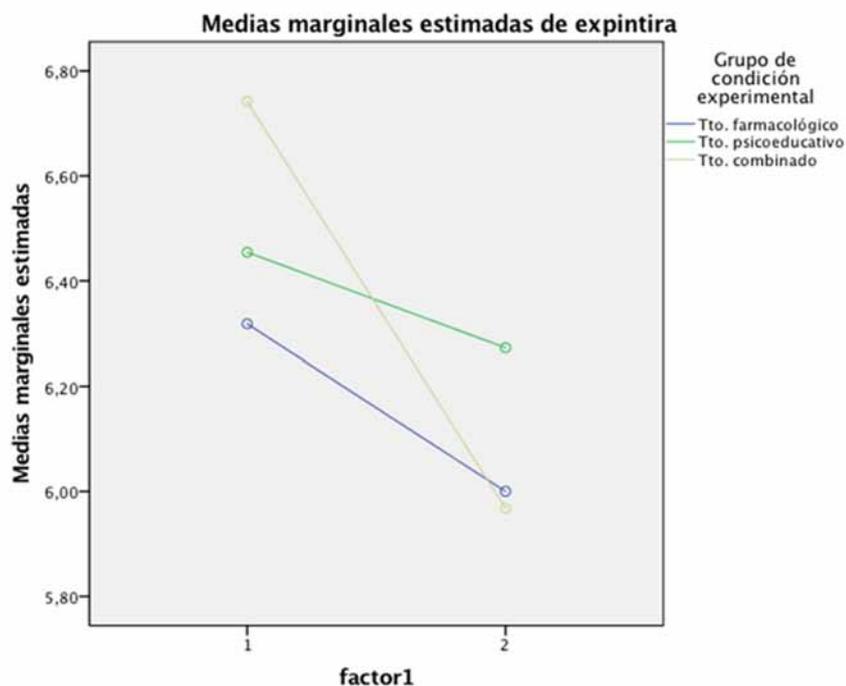
Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=1,69$ y $p= 0,20$. No existen diferencias significativas en la variable **Expresión Interna de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$$

$$H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)= 0,36$ y $p= 0,68$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “expresión interna de la ira”.



- **Expresión Externa de la Ira:**

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	6,63	5,63	6,58	6,43
Puntuación Media Postest (b ₂)	6,40	7,54	6,51	6,65
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	6,51	6,58	6,54	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	0,068	2	0,034	0,00	0,99
Error (Factor A)	287,65	61	4,71		
Factor B (pre-post test)	7,75	1	7,75	2,19	0,14
A x B	19,14	2	9,57	2,71	0,07
Error (A * B)	215,32	61	3,53		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,00$ y $p = 0,99$. No existen diferencias significativas en la variable **Expresión Externa de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$

$H_1: \text{No } H_0$

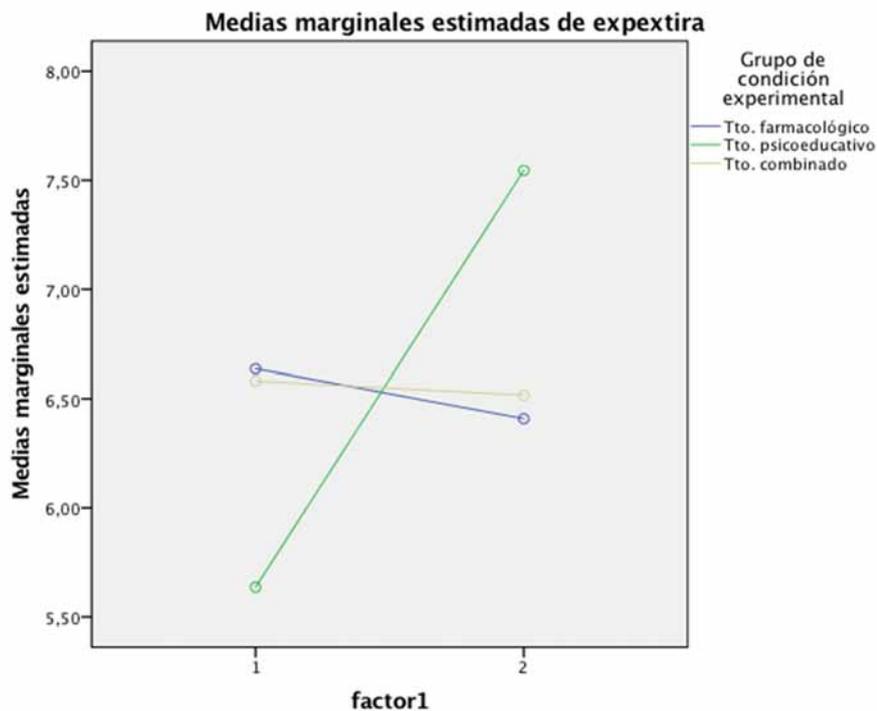
Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=2,19$ y $p= 0,14$. No existen diferencias significativas en la variable **Expresión Externa de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B

H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)= 2,71$ y $p= 0,07$. Existe tendencia al efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “expresión externa de la ira”.



- **Control Interno de la Ira:**

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	8,68	8,63	8,25	8,46
Puntuación Media Postest (b ₂)	9,77	8,81	8,93	9,20
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	9,22	8,72	8,59	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	10,54	2	5,27	0,75	0,47
Error (Factor A)	427,51	61	7,00		
Factor B (pre-post test)	11,27	1	11,27	2,21	0,14
A x B	3,18	2	1,56	0,30	0,73
Error (A * B)	311,11	61	5,10		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,75$ y $p = 0,47$. No existen diferencias significativas en la variable **Control Interno de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

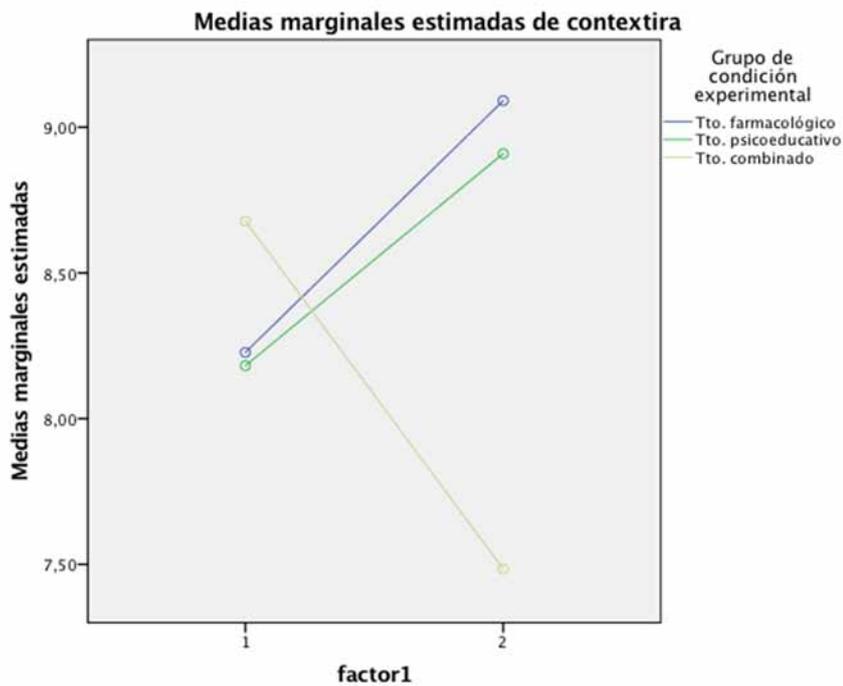
$H_1: \text{No } H_0$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=2,21$ y $p= 0,14$. No existen diferencias significativas en la variable **Control Interno de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B
 H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)= 0,30$ y $p= 0,73$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “control interno de la ira”.



• **Control Externo de la Ira:**

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico o (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor:

				Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	8,22	8,18	8,67	8,43
Puntuación Media Postest (b2)	9,09	8,90	7,48	8,28
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	8,65	8,54	8,07	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	9,53	2	4,76	0,78	0,46
Error (Factor A)	370,93	61	6,08		
Factor B (pre-post test)	0,46	1	0,46	0,08	0,76
A x B	32,41	2	16,20	3,07	0,05
Error (A * B)	321,80	61	5,27		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,78$ y $p = 0,46$. No existen diferencias significativas en la variable **Control Externo de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

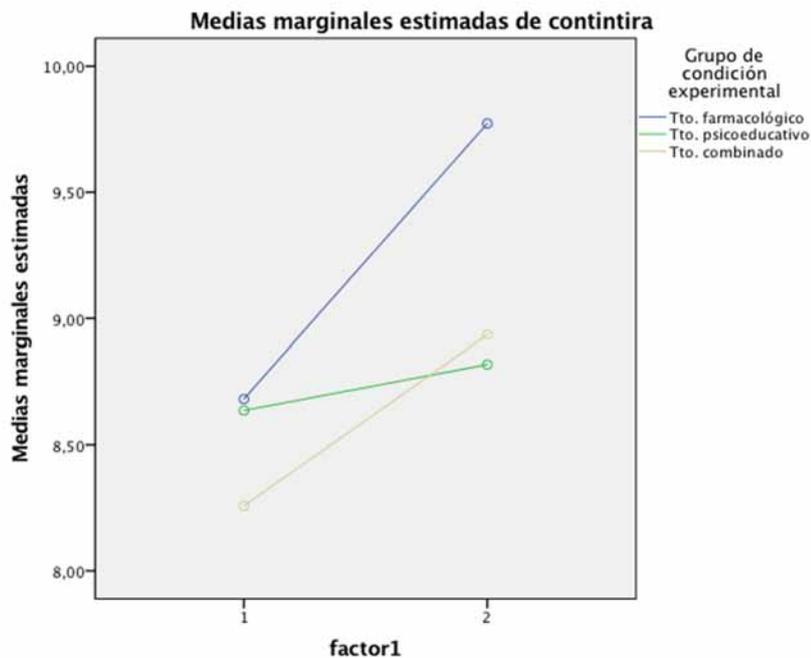
Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 0,08$ y $p = 0,76$. No existen diferencias significativas en la

variable **Control Externo de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H₀: No existe interacción entre el factor A y el B
 H₁: Existe interacción entre el factor A y el B

Se rechaza la hipótesis nula con $F(2,61) = 3,07$ y $p = 0,05$. Existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “control externo de la ira”.



A) HIPÓTESIS 5.3 –Autorregulación Emocional (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor:

				Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	66,95	65,27	65,90	66,15
Puntuación Media Postest (b2)	62,77	60,81	59,96	61,07
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	64,86	63,04	62,93	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	104,36	2	52,18	0,18	0,83
Error (Factor A)	17128,37	61	280,79		
Factor B (pre-post test)	629,63	1	629,63	12,61	0,01
A x B	22,36	2	11,18	0,22	0,80
Error (A * B)	3043,93	61	49,90		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,18$ y $p = 0,83$. No existen diferencias significativas en la variable **Regulación Emocional** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

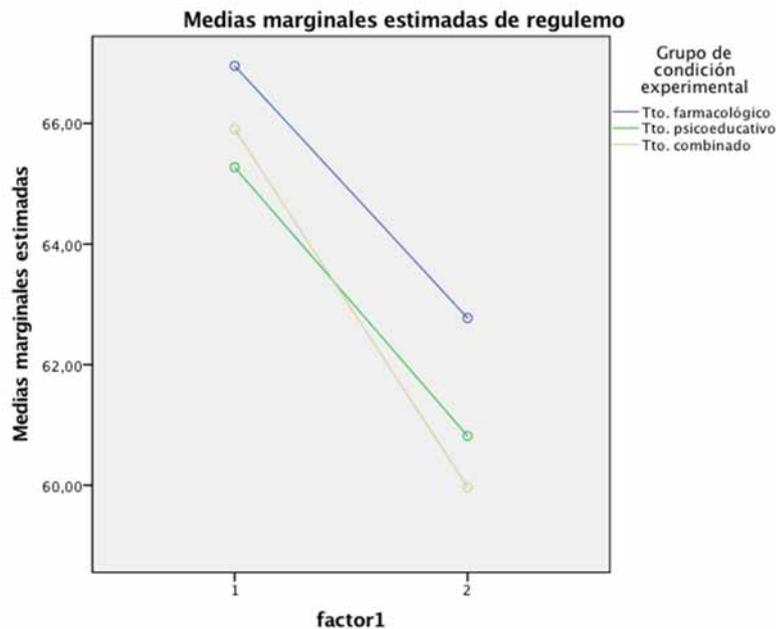
Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 12,61$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en la

variable **Regulación Emocional** de acuerdo con la información aportada por los padres, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H₀: No existe interacción entre el factor A y el B
 H₁: Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 0,22$ y $p = 0,80$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “regulación emocional”.



B) HIPÓTESIS 5.3 –Autorregulación Emocional (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición)

				Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	67,18	64,18	66,96	66,56
Puntuación Media Postest (b ₂)	64,86	63,09	61,67	63,01
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	66,02	63,63	64,31	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	109,68	2	54,84	0,12	0,88
Error (Factor A)	27247,11	61	446,67		
Factor B (pre-post test)	224,40	1	224,40	3,09	0,08
A x B	96,89	2	48,44	0,65	0,52
Error (A * B)	4489,03	61	73,59		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,12$ y $p = 0,88$. No existen diferencias significativas en la variable **Control de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

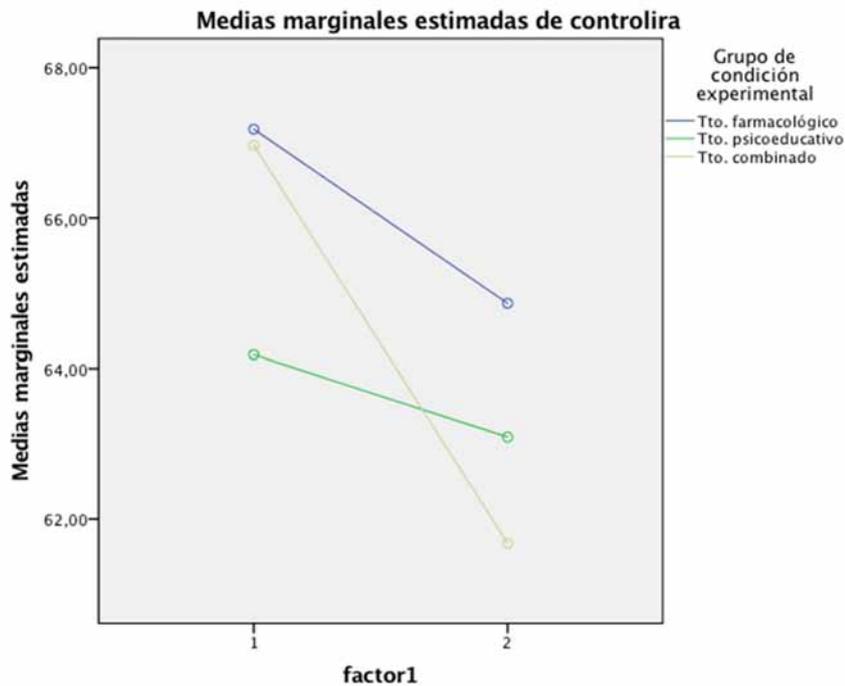
Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 3,09$ y $p = 0,08$. No existen diferencias significativas en la variable **Control de la Ira** de acuerdo con la información aportada por los participantes, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B

H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 0,65$ y $p = 0,52$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “control de la ira”.



HIPÓTESIS 6:

C) HIPÓTESIS 6.1. –Identificación Emocional (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los participantes:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$

$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,535$ y $p = 0,184$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (25,65) y la media del grupo de edad 10-12 (25,14), con $t = (0,50)$ y $p = (0,88)$. Sí que se han encontrado diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (25,65) y la media del grupo de edad 7-9 años (22,60), con $t = (3,05)$ y $p = (0,01)$, para la variable **Identificación de Emociones**.

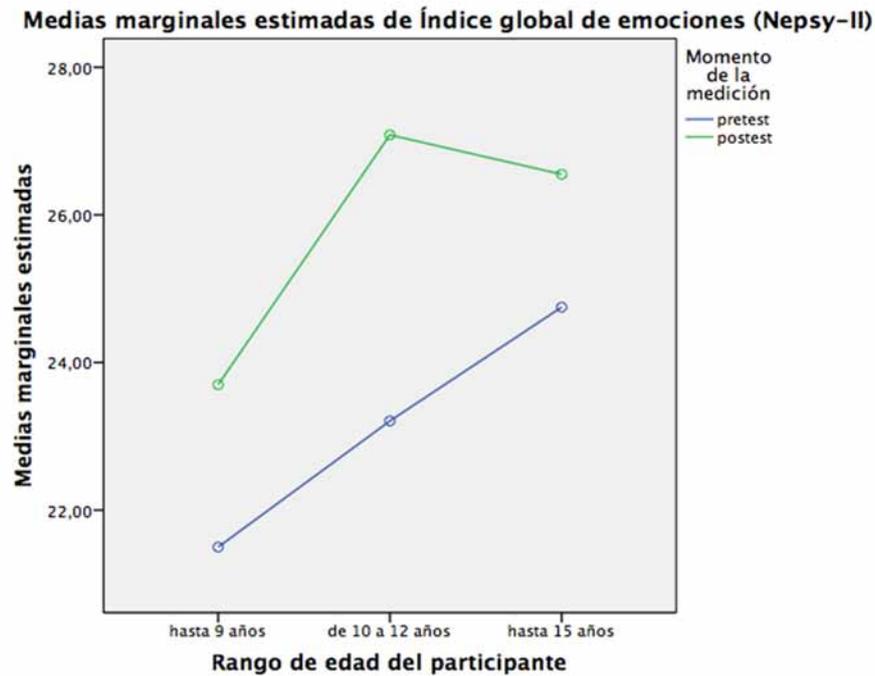
Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- entre el cambio producido en el grupo de 13-14 años y el grupo 10-12 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 25,65$ vs $M = 25,14$).

Existen diferencias significativas entre el grupo de 13-14 años y el grupo 7-9 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 25,65$ vs $M = 22,60$). Por tanto, se observa que el grupo de edad de 10-12 años es el que presenta un cambio mayor (mejoría), en la capacidad para Identificar Emociones en comparación con las puntuaciones del pretest. El grupo de edad de 13-14 años ha presentado un cambio mayor con respecto al grupo de edad de 7-9 años, en la variable Identificación de Emociones.

En concreto, se ha encontrado un aumento en la capacidad para Identificar Emociones en el grupo de intervención 7-9 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 21,50$ vs $M = 23,70$).

Se encuentra un aumento en la capacidad para Identificar Emociones en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 23,20$ vs $M = 27,08$).

Se ha encontrado un aumento en la capacidad para Identificar Emociones en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 24,75$ vs $M = 26,55$).



D) HIPÓTESIS 6.2. –Expresión Emocional (STAXY-NA)-, según la información aportada por *participantes* en el programa:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

- **Expresión Interna de la Ira:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,601$ y $p = 0,210$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (6,15) y la media del grupo de edad 10-12 (6,50), con $t = (-0,35)$ y $p = (0,84)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años

(6,15) y la media del grupo de edad 7-9 años (7,00), con $t = (-0,85)$ y $p = (0,39)$, para la variable **Expresión Interna de Emociones (ira)**, según las percepciones de los participantes del programa.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (6,50) y la media del grupo de edad 7-9 (7,00), con $t = (-0,50)$ y $p = (0,70)$, para la variable **Expresión de Interna Emociones (ira)**, según las percepciones de los participantes del programa.

- **Expresión Externa de la Ira:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 2,786$ y $p = 0,070$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (6,45) y la media del grupo de edad 10-12 (6,58), con $t = (-0,13)$ y $p = (0,97)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (6,45) y la media del grupo de edad 7-9 años (6,25), con $t = (0,20)$ y $p = (0,95)$, para la variable **Expresión Externa de Emociones (ira)**, según las percepciones de los participantes del programa.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (6,58) y la media del grupo de edad 7-9 (6,45), con $t = (0,33)$ y $p = (0,87)$, para la variable **Expresión Externa de Emociones (ira)**, según las percepciones de los participantes del programa.

- **Control Interno de la Ira:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,570$ y $p = 0,569$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (9,20) y la media del grupo de edad 10-12 (8,08), con $t = (1,11)$ y $p = (0,28)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (9,20) y la media del grupo de edad 7-9 años (8,20), con $t = (1,00)$ y $p = (0,39)$, para la variable **Control Interno de Emociones (ira)**, según las percepciones de los participantes del programa.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (8,08) y la media del grupo de edad 7-9 (8,20), con $t = (-0,11)$ y $p = (0,98)$, para la variable **Control Interno de Emociones (ira)**, según las percepciones de los participantes del programa.

• **Control Externo de la Ira:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,193$ y $p = 0,825$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (8,90) y la media del grupo de edad 10-12 (8,00), con $t = (0,90)$ y $p = (0,42)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (8,90) y la media del grupo de edad 7-9 años (8,50), con $t = (0,40)$ y $p = (0,85)$, para la variable **Control Externo de Emociones (ira)**, según las percepciones de los participantes del programa.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (8,00) y la media del grupo de edad 7-9 (8,50), con $t = (-0,50)$ y $p = (0,76)$, para la variable **Control Externo de Emociones (ira)**, según las percepciones de los participantes del programa.

E) HIPÓTESIS 6.3 –Autorregulación Emocional (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,890$ y $p = 0,490$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (61,05) y la media del grupo de edad 10-12 (63,93), con $t = (-2,88)$ y $p = (0,57)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (61,05) y la media del grupo de edad 7-9 años (65,80), con $t = (4,70)$ y $p = (0,25)$, para la variable **Problemas de Regulación Emocional**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (63,93) y la media del grupo de edad 7-9 años (65,80), con $t = (-1,86)$ y $p = (0,79)$, para la variable **Problemas de Regulación Emocional**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

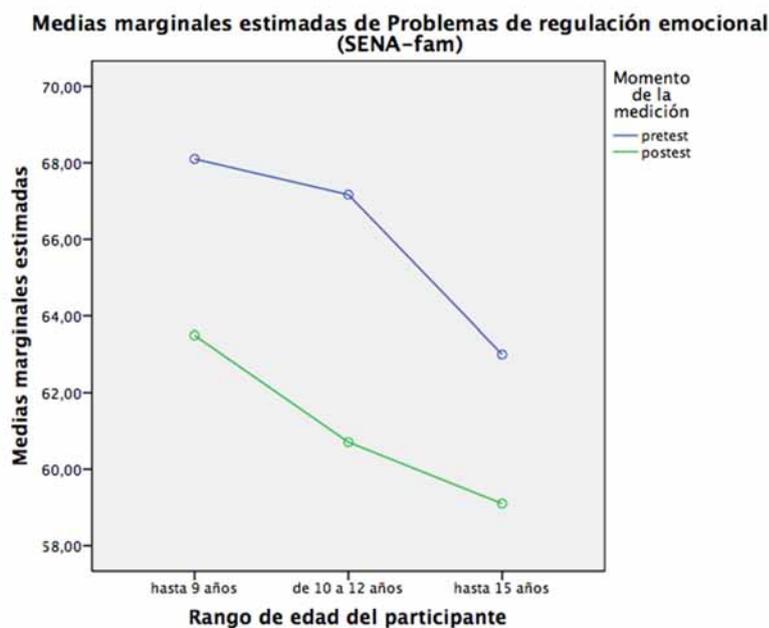
Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- entre el cambio producido en el grupo de 13-14 años y el grupo 10-12 años, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 61,05$ vs $M = 63,93$). Del mismo modo, existen diferencias –no significativas- entre el grupo de 13-14 años y el grupo 7-9 años, siendo el

primer grupo el que menor media presenta ($M= 61,05$ vs $M= 63,93$). Por tanto, se observa que el grupo de edad de 13-14 años es el que presenta un menor nivel de Problemas de Regulación Emocional, así como un cambio mayor (mejoría), en el nivel de Problemas de Regulación Emocional en comparación con el grupo 7-9 años, según la opinión de los padres de los sujetos evaluados.

En concreto, se ha encontrado una reducción en el nivel de Problemas Regulación Emocional, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 68,10$ vs $M= 63,50$).

Se encuentra una reducción en el nivel de Problemas de Regulación Emocional, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 67,16$ vs $M=60,70$).

Se ha encontrado una reducción en el nivel de Problemas de Regulación Emocional, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 63,00$ vs $M=59,10$).



F) HIPÓTESIS 6.3 –Autorregulación Emocional (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,476$ y $p = 0,794$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (64,42) y la media del grupo de edad 10-12 (62,16), con $t = (2,25)$ y $p = (0,80)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (64,42) y la media del grupo de edad 7-9 años (68,30), con $t = (-3,87)$ y $p = (0,55)$, para la variable **Problemas de Control de la Ira**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

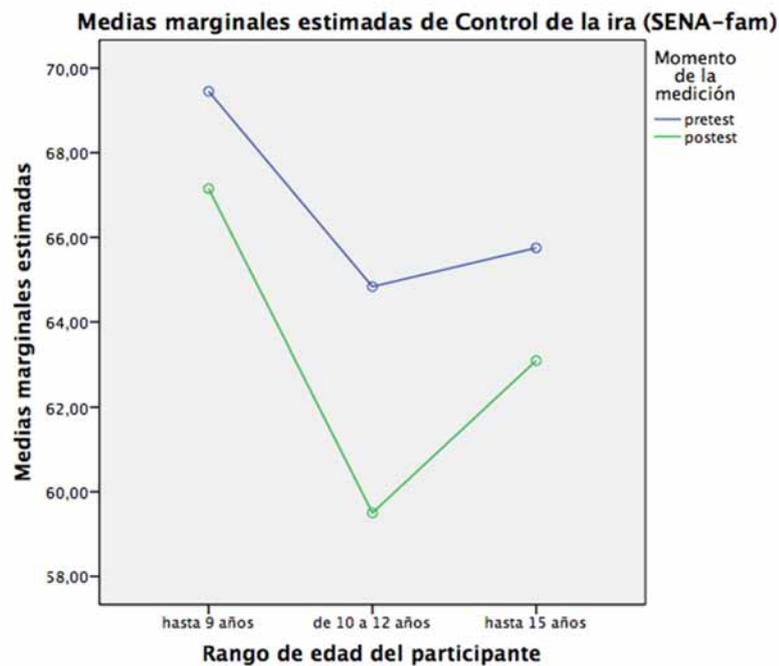
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (62,16) y la media del grupo de edad 7-9 años (68,30), con $t = (-6,13)$ y $p = (0,20)$, para la variable **Problemas de Control de la Ira**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- entre el cambio producido en el grupo de 13-14 años y el grupo 10-12 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 64,42$ vs $M = 62,16$). Del mismo modo, existen diferencias –no significativas- entre el grupo de 13-14 años y el grupo 7-9 años, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 64,42$ vs $M = 68,30$). Por tanto, se observa que el grupo de edad de 10-12 años es el que presenta un menor nivel de Problemas de Control de la Ira, así como un cambio mayor (mejoría), en el nivel de Problemas de Regulación Emocional en comparación con el grupo 7-9 años, según la opinión de los padres de los sujetos evaluados.

En concreto, se ha encontrado una reducción en el nivel de Problemas de Control de la Ira, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 69,45 vs M= 67,15).

Se encuentra una reducción en el nivel de Problemas de Control de la Ira, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 64,83 vs M=59,50).

Se ha encontrado una reducción en el nivel de Problemas de Control de la Ira, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 65,75 vs M=63,10).



- Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

1. HIPÓTESIS 16.1.:

A) HIPÓTESIS 16.1. –Problemas Emocionales (SENA)-, según la información aportada por los *participantes*:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):**Evaluación del supuesto de homogeneidad:**

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,754$ y $p = 0,388$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (49,69) y la media del grupo control (53,22), con $t(62) = -1,43$ y $p = 0,15$.

Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- en los resultados del grupo que ha recibido tratamiento ESC y los sujetos del grupo control, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 49,69$ vs $M = 53,22$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene un menor nivel en la variable **Problemas Emocionales**, según su propia percepción.

	Grupo1
Grupo de tratamiento	49,69
Grupo control	53,22
Diferencia de medias	-3,53
t	-1,43
gl	62
Significación	0,15

B) HIPÓTESIS 16.1. –Problemas Emocionales (SENA)-, según la información aportada por los padres:**Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):****Evaluación del supuesto de homogeneidad:**

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,112$ y $p = 0,739$

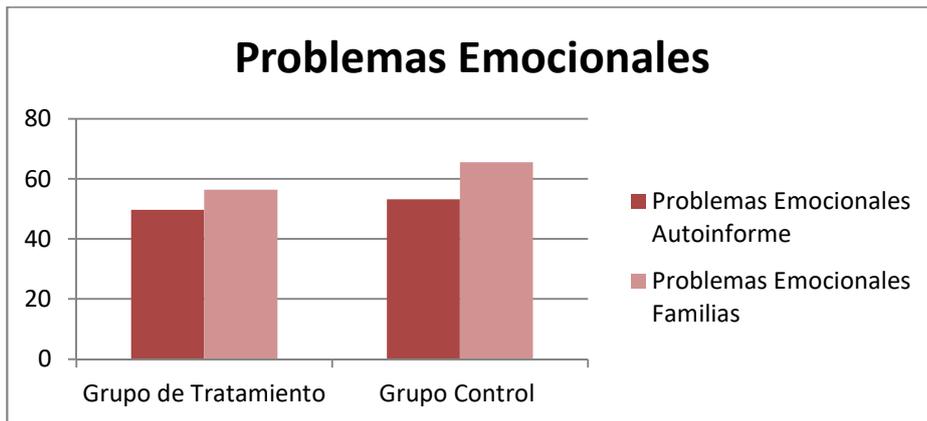
Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$
$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (56,42) y la media del grupo control (65,54), con $t(62) = -3,06$ y $p = 0,03$, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 56,42$ vs $M = 65,54$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene un menor nivel en la variable **Problemas Emocionales**, según las opiniones de los padres.

	Grupo 1
Grupo de tratamiento	56,42
Grupo control	65,54
Diferencia de medias	-9,11
t	-3,06
gl	62
Significación	0,03

Gráfico Hipótesis 17.1. Problemas Emocionales, Grupo de Tratamiento y Control:



C) HIPÓTESIS 16.1. –Identificación Emocional (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los participantes:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,182$ y $p = 0,281$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

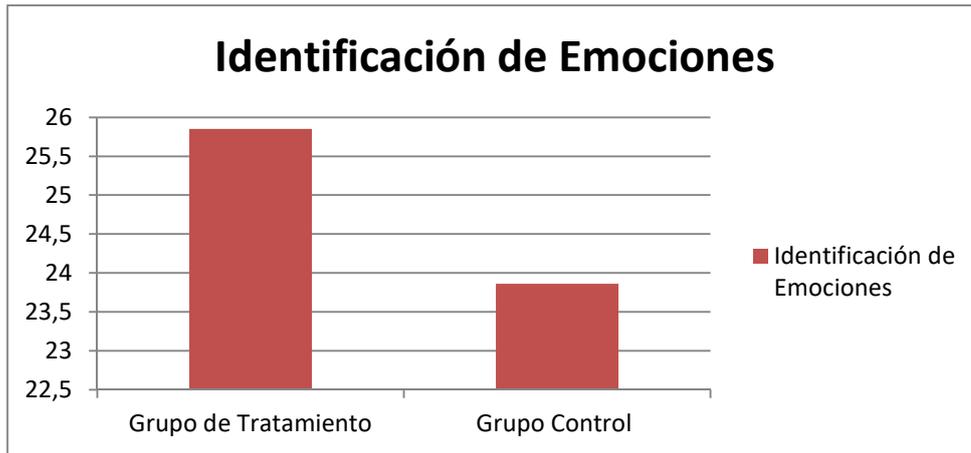
$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (25,85) y la media del grupo control (23,86), con $t(62) = 1,52$ y $p = 0,13$.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas–, entre los resultados del grupo de tratamiento ESC y el grupo control, en la variable **Identificación de Emociones**, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 25,85$ vs $M = 23,86$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene un mejor rendimiento en las tareas de Identificación Emocional.

	Grupo 1
Grupo de tratamiento	25,85
Grupo control	23,86
Diferencia de medias	1,99
t	1,52
gl	62
Significación	0,13

Gráfico Hipótesis 4.1. Identificación Emocional, Grupo de Tratamiento y Grupo Control:



D) HIPÓTESIS 16.1. –Expresión Emocional (STAXY-NA)-, según la información aportada por *participantes* en el programa:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

- **Expresión Interna de la Ira:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma_1^2 = \sigma_3^2$$

$$H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_3^2$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,988$ y $p = 0,324$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (5,92) y la media del grupo control (6,36), con $t(62) = -0,83$ y $p = 0,40$.

Existen diferencias, aunque no son estadísticamente significativas, entre los resultados del grupo de tratamiento ESC y el grupo control, en la variable **Expresión Interna de Emociones (ira)**, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 5,92$ vs $M = 6,36$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene un menor nivel en la variable Expresión Interna de Emociones (ira), según sus propias percepciones.

- **Expresión Externa de la Ira**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,481$ y $p = 0,228$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (6,80) y la media del grupo control (5,90), con $t(62) = 1,80$ y $p = 0,07$.

Existe una tendencia a la significación, entre los resultados del grupo de tratamiento ESC y el grupo control, en la variable **Expresión Externa de Emociones (ira)**, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 6,80$ vs $M = 5,90$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene un mayor nivel en la variable Expresión Externa de Emociones (ira), según sus propias percepciones.

- **Control Interno de la Ira**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,314$ y $p = 0,577$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (9,02) y la media del grupo control (7,95), con $t(62) = 1,58$ y $p = 0,11$.

Existen diferencias, aunque no son estadísticamente significativas, entre los resultados del grupo de tratamiento ESC y el grupo control, en la variable **Control Interno de Emociones (ira)**, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 9,02$ vs $M = 7,95$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene un mayor nivel en la variable Control Interno de Emociones (ira), según sus propias percepciones.

- **Control Externo de la Ira**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$
$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,912$ y $p = 0,172$

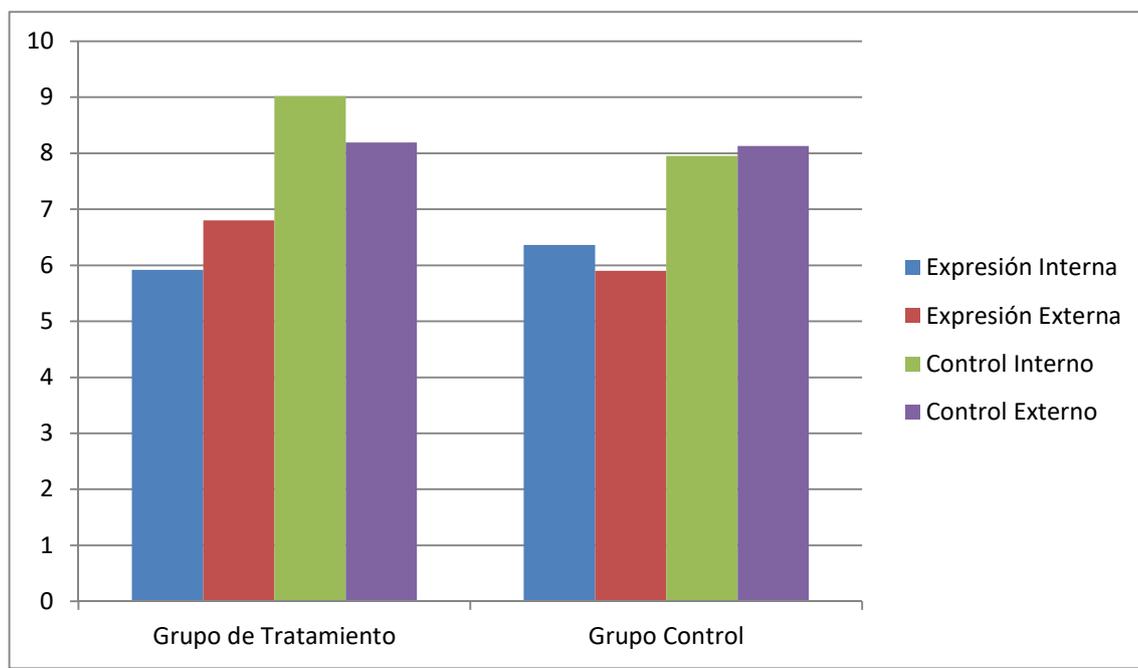
Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$
$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (8,19) y la media del grupo control (8,13), con $t(62) = 0,87$ y $p = 0,93$, en la variable **Control Externo de Emociones (ira)**, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 8,19$ vs $M = 8,13$).

	Grupo1 Expresión Interna	Grupo1 Expresión Externa	Grupo1 Control Interno	Grupo1 Control Externo
Grupo de Tratamiento	5,92	6,80	9,02	8,19
Grupo Control	6,36	5,90	7,95	8,13
Diferencia de medias	-0,43	0,90	-0,73	0,15
t	-0,83	1,80	1,58	0,08
gl	62	62	62	62
Significación	0,40	0,07	0,11	0,93

Gráfico Hipótesis 4.2. Expresión Emocional, Grupo de Tratamiento y Grupo Control



E) HIPÓTESIS 16.1. –Autorregulación Emocional (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,054$ y $p = 0,309$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (58,95) y la media del grupo control (70,09), con $t(62) = -3,34$ y $p = 0,01$, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M =$

58,95 vs M = 70,09). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene un menor nivel en la variable **Problemas de Regulación Emocional**, según las opiniones de los padres.

	Grupo1
Grupo de tratamiento	58,95
Grupo control	70,09
Diferencia de medias	-11,13
t	-3,34
gl	62
Significación	0,01

F) HIPÓTESIS 16.1 –Autorregulación Emocional (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una F = 0,09 y p= 0,892

Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_3$
--

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (9,02) y la media del grupo control (7,95), con t(62) = -1,93 y p= 0,05; siendo el primer grupo el que menor media presenta (M = 9,02 vs M = 7,95). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mejores resultados en el índice **Problemas con el Control de la Ira**, según las opiniones de los padres.

	Grupo1
--	--------

Grupo de tratamiento	9,02
Grupo control	7,95
Diferencia de medias	1,06
t	-1,93
gl	62
Significación	0,05

Gráfico Hipótesis 16.1. Autorregulación Emocional, Grupo de Tratamiento y Grupo Control:

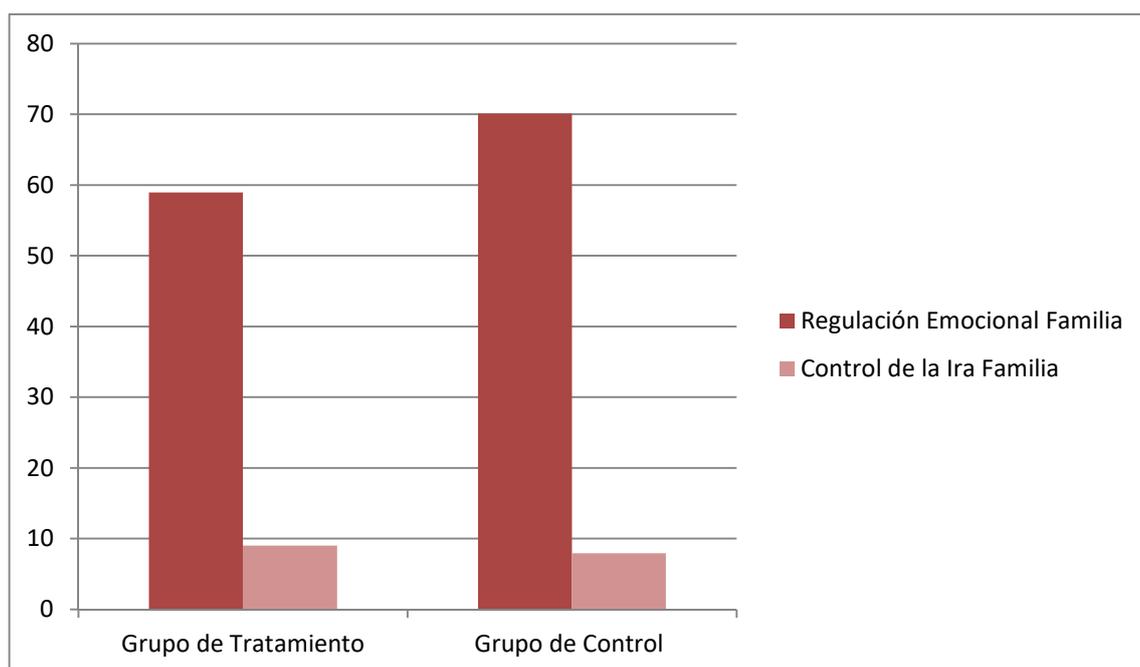
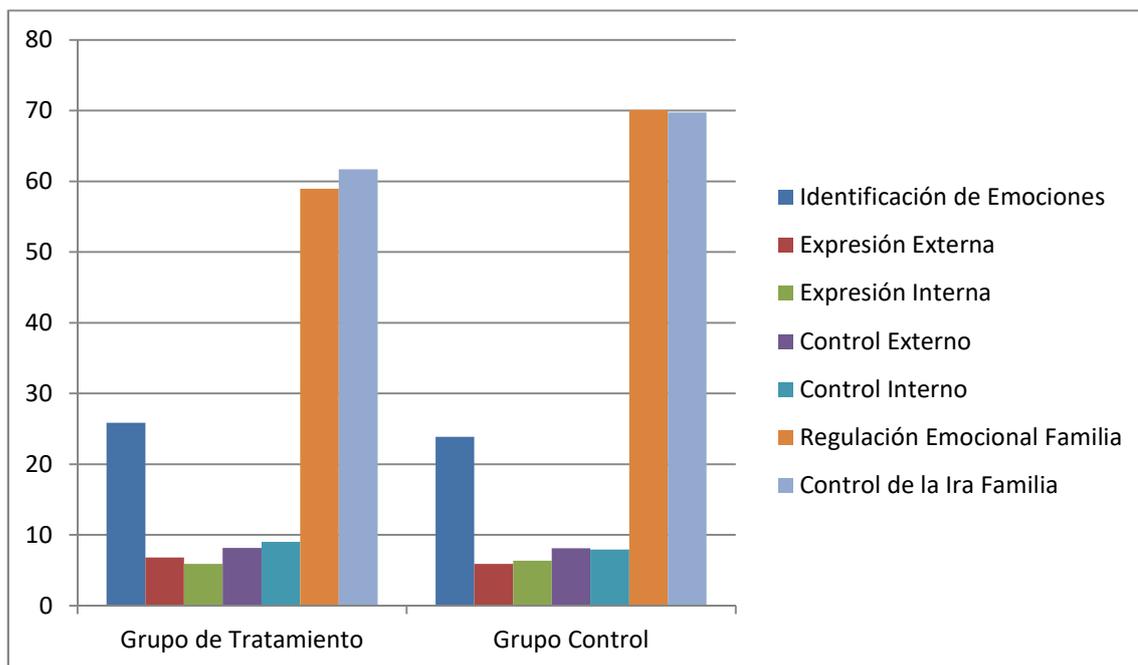


Gráfico Hipótesis 16.1. Identificación, Expresión, Regulación Emocional, Grupo de Tratamiento y Grupo Control:



7.1.2. DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA FASE PRETEST Y POSTEST, CONDICIÓN EMPÍRICA (TRATAMIENTO), RANGO DE EDAD Y GRUPO CONTROL, DE LOS PARTICIPANTES Y DE SUS FAMILIAS, PARA EL GRUPO DE VARIABLES 2:

HIPÓTESIS	SUBHIPÓTESIS y VARIABLES
HIPÓTESIS 7 (HHSC)	HIPÓTESIS 7.1. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Pragmática) HIPÓTESIS 7.2. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Habilidades Conversacionales).
HIPÓTESIS 8 (HHSC. Tipo de Tratamiento)	HIPÓTESIS 8.1. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Pragmática) HIPÓTESIS 8.2. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Habilidades Conversacionales)
HIPÓTESIS 9 (HHSC. Edad)	HIPÓTESIS 9.1. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Pragmática) HIPÓTESIS 9.2. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Habilidades Conversacionales)
HIPÓTESIS 16.2 (HHSC. Grupos: Control- Tratamiento)	HIPÓTESIS 16.2. (VVII Programa ESC/Grupo control-grupo tratamiento, VVDD Puntuaciones en: Pragmática Habilidades Conversacionales)

VARIABLES DEL GRUPO 2:

HIPÓTESIS 7:

A) HIPÓTESIS 7.1. –Habilidades Socio/comunicativas: Pragmática (CCC-2)-, según la información aportada por los *padres*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$

$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias, para:

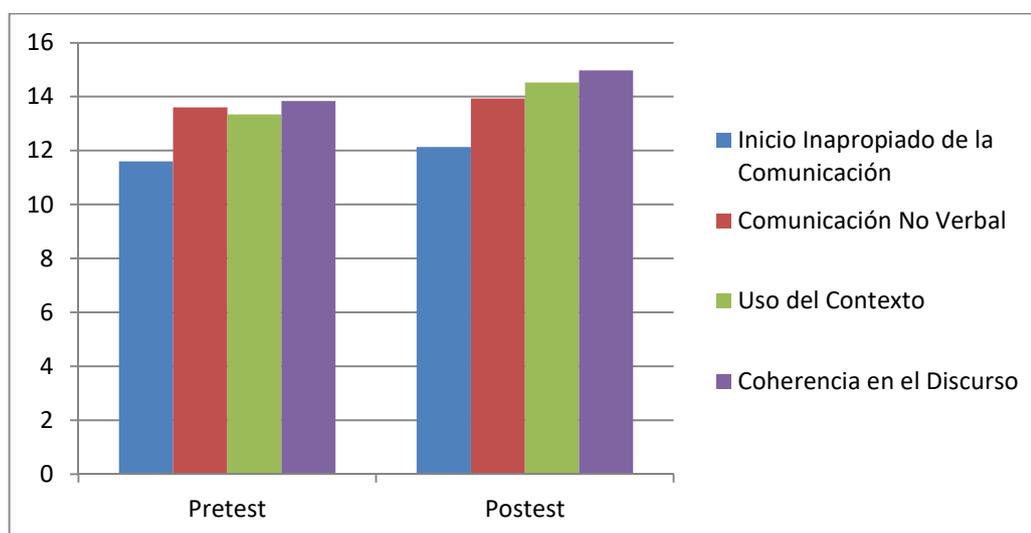
- **Inicio Inapropiado de la Comunicación:** con $t(63) = -1,05$ y $p = 0,29$. No existen diferencias significativas en **el inicio inapropiado de la comunicación**, en opinión de los padres, según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (11,60), que la media del postest (12,14), en el grupo 1 de tratamiento ESC.
- **Comunicación no Verbal:** con $t(63) = -0,65$ y $p = 0,53$. No existen diferencias significativas en **comunicación no verbal**, según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (13,60), que la media del postest (13,93), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias, para:

- **Uso del contexto:** con $t(63) = -2,39$ y $p = 0,02$. Existen diferencias significativas en la variable **uso del contexto**, en opinión de los padres según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del postest (14,53), que la media del pretest (13,34), en el grupo 1 de tratamiento ESC.
- **Coherencia en el discurso:** con $t(63) = -2,49$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en la variable **coherencia en el discurso**, en opinión de los padres según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del postest (14,98), que la media del pretest (13,84), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1 Inicio Inapropiado de la Com.	Grupo1 Comunicación no Verbal	Grupo1 Uso del Contexto	Grupo1 Coherencia en el Discurso
Pretest	11,60	13,60	13,34	13,84
Postest	12,14	13,93	14,53	14,98
Diferencia de medias	-0,53	-0,32	-1,18	-1,14
t	-1,05	-0,65	-2,39	-2,49
gl	63	63	63	63
Significación	0,29	0,53	0,02	0,01

Gráfico Hipótesis 7.1. Habilidades Pragmáticas, pre-post tratamiento ESC:



B) HIPÓTESIS 7.2. –Habilidades Socio/comunicativas (Sesión de Evaluación del Programa ESC)-, según las pruebas realizadas por los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$

$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias, para:

- **Identificación de pasos (Saludo):** con $t(63) = -2,85$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en **identificación de pasos del saludo**, según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (0,65), que la media del postest (0,85), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

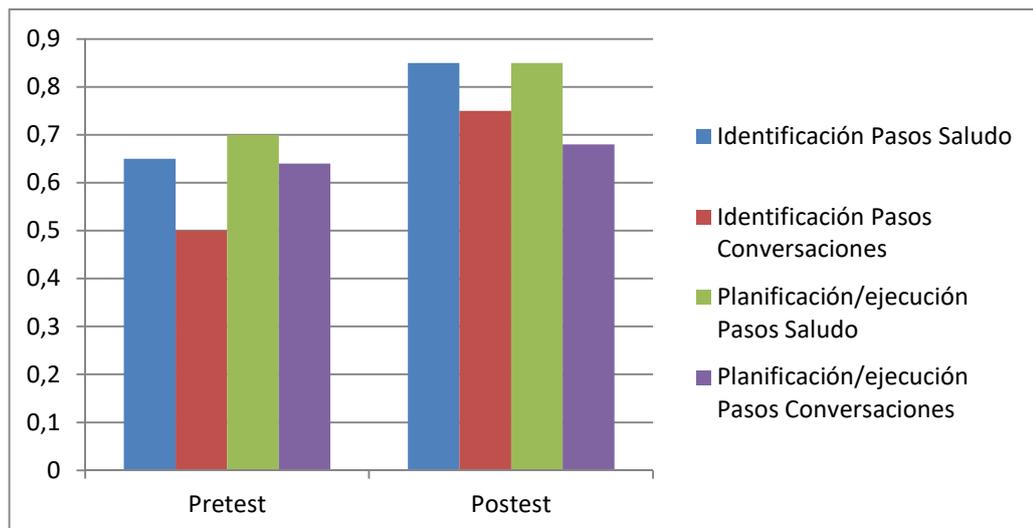
- **Identificación de pasos (conversaciones):** con $t(63) = -3,38$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en **identificación de pasos de la conversación**, según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (0,50), que la media del postest (0,75), en el grupo 1 de tratamiento ESC.
- **Planificación/Ejecución Pasos Saludo:** con $t(63) = -2,61$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en la variable **planificación/ejecución pasos saludo**, según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (0,70), que la media del postest (0,85), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias, para:

- **Planificación/Ejecución Pasos Conversaciones:** con $t(63) = -0,65$ y $p = 0,51$. No existen diferencias significativas en la variable **planificación/ejecución de pasos en conversaciones**, según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (0,64), que la media del postest (0,68), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1 (Identificación pasos saludo)	Grupo1 (Identificación pasos conversación)	Grupo1 (Planificación/ ejecución pasos saludo)	Grupo1 (Planificación/ ejecución pasos conversación)
Pretest	0,65	0,50	0,70	0,64
Postest	0,85	0,75	0,85	0,68
Diferencia de medias	-0,20	-0,25	-0,15	-0,04
t	-2,85	-3,38	-2,61	-0,65
gl	63	63	63	63
Significación	0,00	0,00	0,01	0,51

Gráfico Hipótesis 7.2. Habilidades Socio/comunicativas, sesión de evaluación pre-post tratamiento ESC:



HIPÓTESIS 8:

A) HIPÓTESIS 8.1 –Habilidades Socio/comunicativas (CCC-2)-, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

- **Inicio Inapropiado de la Comunicación:**

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	12,00	11,90	11,22	11,60
Puntuación Media Postest (b ₂)	12,36	13,72	11,41	12,14
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	12,18	12,81	11,31	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	42,63	2	21,31	0,82	0,44
Error (Factor A)	1586,36	61	26,00		
Factor B (pre-post test)	16,73	1	16,73	2,20	0,16
A x B	11,18	2	5,59	0,67	0,51
Error (A * B)	504,78	61	8,27		

Diferencias entre medias:

Factor A

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$ $H_1: \text{No } H_0$
--

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61)= 0,82$ y $p=0,44$. No existen diferencias significativas en la variable **Inicio Inapropiado de la Comunicación** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

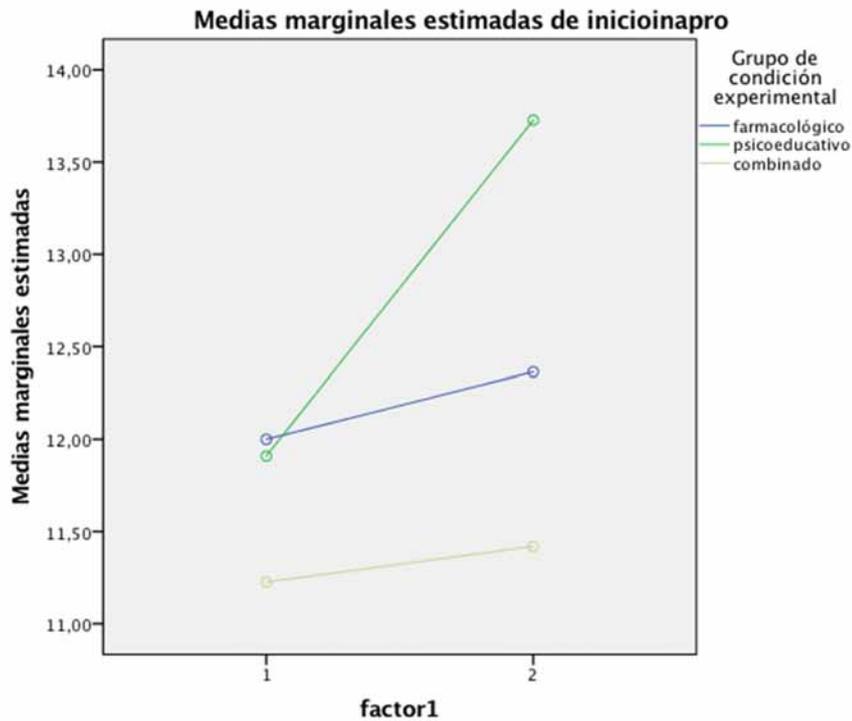
Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=2,20$ y $p= 0,16$. No existen diferencias significativas en la **Inicio Inapropiado de la Comunicación** de acuerdo con la información aportada por los padres, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$$

$$H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)= 0,67$ y $p= 0,51$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “inicio inapropiado de la comunicación”.



- **Comunicación No Verbal:**

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	14,18	13,36	13,29	13,06
Puntuación Media Postest (b ₂)	14,45	15,36	13,06	13,93
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	14,31	14,36	13,17	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	42,74	2	21,37	1,06	0,35
Error (Factor A)	1220,18	61	20,00		
Factor B (pre-post)	12,42	1	12,42	1,57	0,21

test)					
A x B	20,16	2	10,08	1,27	0,28
Error (A * B)	481,89	61	7,90		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 1,06$ y $p = 0,35$. No existen diferencias significativas en la variable **Comunicación No Verbal** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

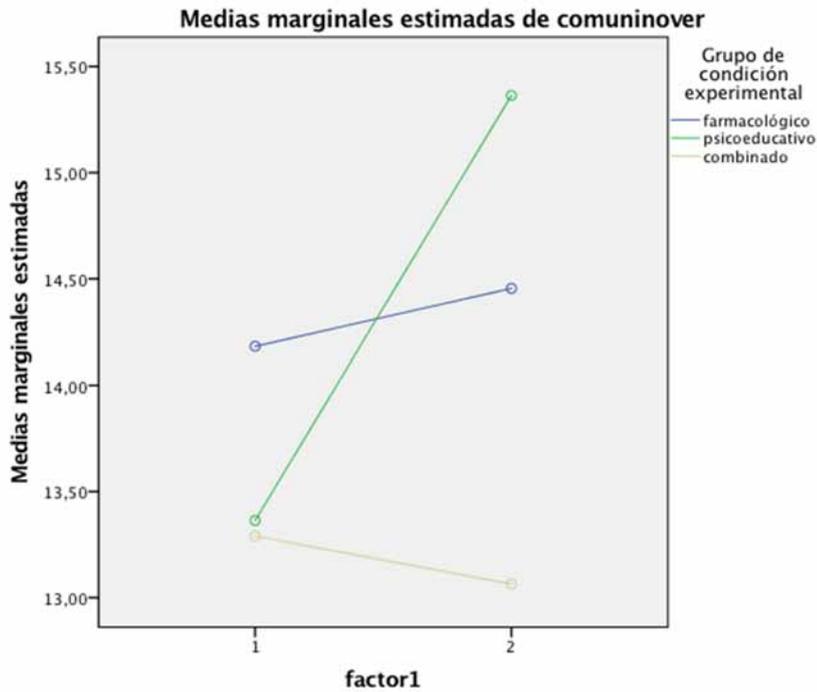
Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 1,57$ y $p = 0,21$. No existen diferencias significativas en la **Comunicación No Verbal** de acuerdo con la información aportada por los padres, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$$

$$H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 1,27$ y $p = 0,28$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “comunicación no verbal”.



- **Uso del Contexto:**

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	14,18	12,27	13,12	13,34
Puntuación Media Postest (b ₂)	15,13	15,00	13,93	14,53
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	14,65	13,63	13,52	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	35,08	2	17,54	0,68	0,50
Error (Factor A)	1554,41	61	25,48		
Factor B (pre-post test)	59,73	1	59,73	7,57	0,00

A x B	15,88	2	7,94	1,00	0,37
Error (A * B)	480,98	61	7,88		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,68$ y $p = 0,50$. No existen diferencias significativas en la variable **Uso del Contexto** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

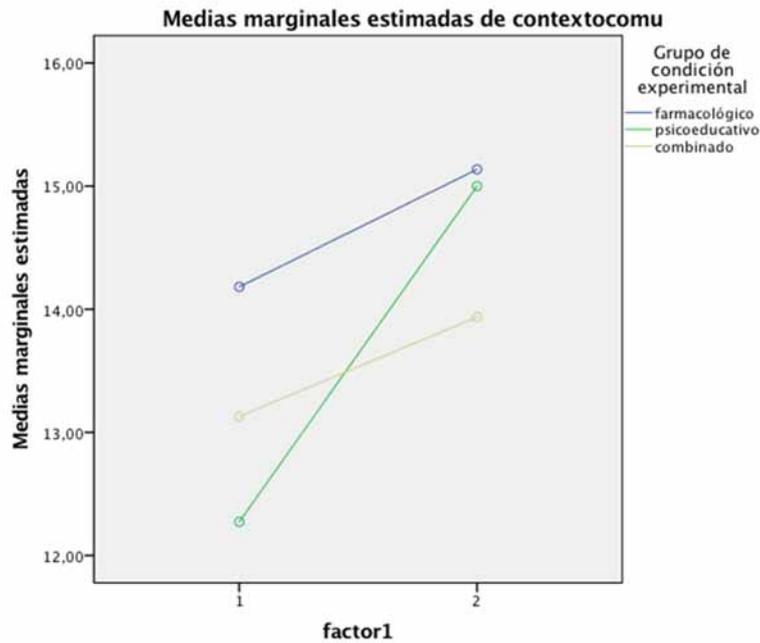
Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 7,57$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en el **Uso del Contexto** de acuerdo con la información aportada por los padres, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$$

$$H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 1,00$ y $p = 0,37$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “uso del contexto”.



- **Coherencia en el discurso:**

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	14,00	15,27	13,22	13,84
Puntuación Media Postest (b ₂)	14,63	16,45	14,70	14,98
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	14,31	15,86	13,96	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	58,98	2	29,49	1,30	0,28
Error (Factor A)	1383,57	61	22,68		
Factor B (pre-post test)	32,33	1	32,33	4,67	0,03
A x B	4,63	2	2,31	0,33	0,71

Error (A * B)	422,23	61	6,92		
---------------	--------	----	------	--	--

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 1,30$ y $p = 0,28$. No existen diferencias significativas en la variable **Coherencia en el Discurso** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

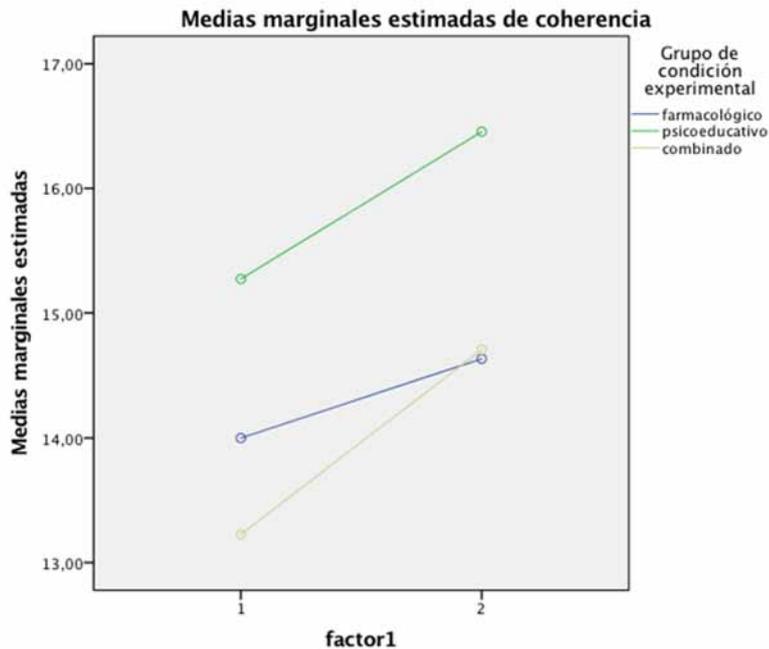
Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 4,67$ y $p = 0,03$. Existen diferencias significativas en la variable **Coherencia en la Comunicación** de acuerdo con la información aportada por los padres, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$$

$$H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 0,33$ y $p = 0,71$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “coherencia en la comunicación”.



- Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

HIPÓTESIS 9:

A) HIPÓTESIS 9.1. –Habilidades Socio/comunicativas: Pragmática-, según la información aportada por los padres:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

- **Inicio Inapropiado de la Comunicación:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,276$ y $p = 0,925$.

Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_3$
--

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (12,50) y la media del grupo de edad 10-12 (11,70), con $t = (0,79)$ y $p = (0,67)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años

(12,50) y la media del grupo de edad 7-9 años (11,45), con $t= (1,05)$ y $p= (0,52)$, para la variable **Inicio Inapropiado de la Comunicación**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

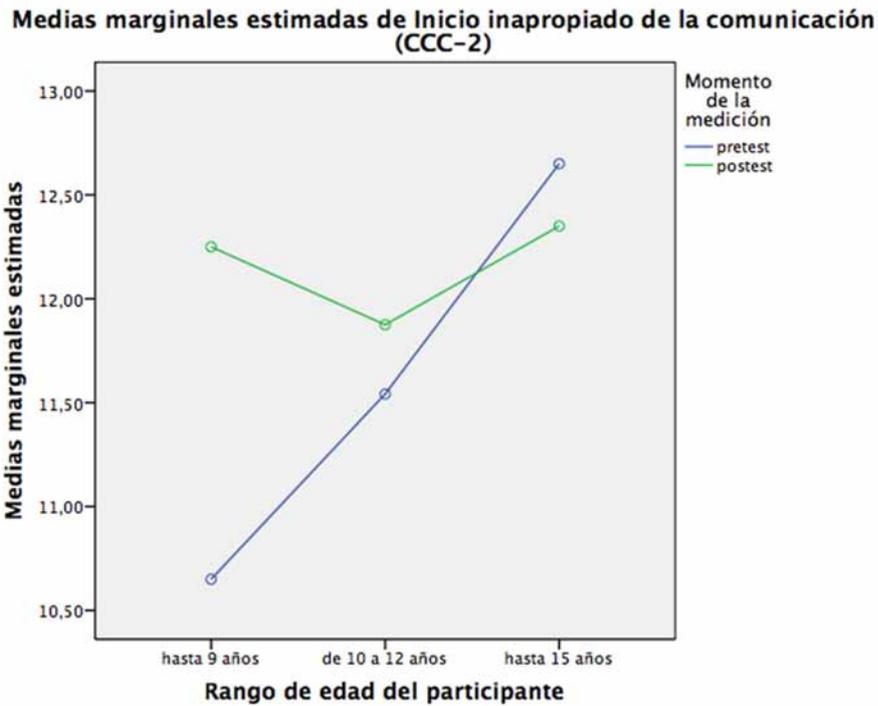
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (11,70) y la media del grupo de edad 7-9 años (11,45), con $t= (0,25)$ y $p= (0,95)$, para la variable **Inicio Inapropiado de la Comunicación**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- entre el cambio producido en el grupo de 13-14 años y el grupo 10-12 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M= 12,50$ vs $M= 11,70$). Del mismo modo, existen diferencias –no significativas- entre el grupo de 13-14 años y el grupo 7-9 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M= 12,50$ vs $M= 11,45$).

En concreto, se ha encontrado un aumento en el Inicio Inapropiado de la Comunicación en el grupo de intervención 7-9 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 10,65$ vs $M= 12,25$).

Se aprecia, mínimamente, un aumento en el Inicio Inapropiado de la Comunicación, en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 11,54$ vs $M= 11,87$).

Se ha encontrado una reducción leve en el Inicio Inapropiado de la Comunicación en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 12,65$ vs $M= 12,35$).



- **Comunicación No Verbal:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,681$ y $p = 0,638$.

Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_3$
--

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (14,67) y la media del grupo de edad 10-12 (12,91), con $t = (1,75)$ y $p = (0,09)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (14,67) y la media del grupo de edad 7-9 años (13,90), con $t = (0,77)$ y $p = (0,64)$, para la variable **Comunicación No Verbal**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (12,91) y la media del grupo de edad 7-9 años (13,90), con

$t(-0,98) =$ y $p= (0,46)$, para la variable **Comunicación No Verbal**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

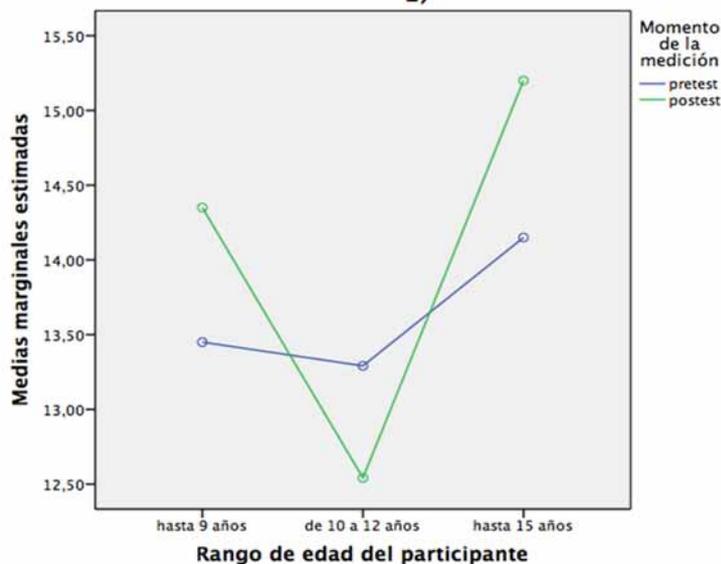
Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- entre el cambio producido en el grupo de 13-14 años y el grupo 10-12 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M= 14,67$ vs $M= 12,91$). Del mismo modo, existen diferencias –no significativas- entre el grupo de 13-14 años y el grupo 7-9 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M= 14,67$ vs $M= 13,90$).

En concreto, se ha encontrado un aumento en la variable Comunicación No Verbal en el grupo de intervención 7-9 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 13,45$ vs $M= 14,35$).

Se aprecia una reducción en la variable Comunicación No Verbal, en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 13,29$ vs $M= 12,54$).

Se ha encontrado una mejoría en la variable Comunicación No Verbal en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 14,15$ vs $M=15,20$).

Medias marginales estimadas de Uso de la comunicación no verbal (CCC-2)



- **Uso del Contexto:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$
$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 2,06$ y $p = 0,075$.

Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$
$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$

Se han encontrado diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (15,20) y la media del grupo de edad 7-9 (12,95), con $t = (2,25)$ y $p = (0,04)$, para la variable **Uso del Contexto**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

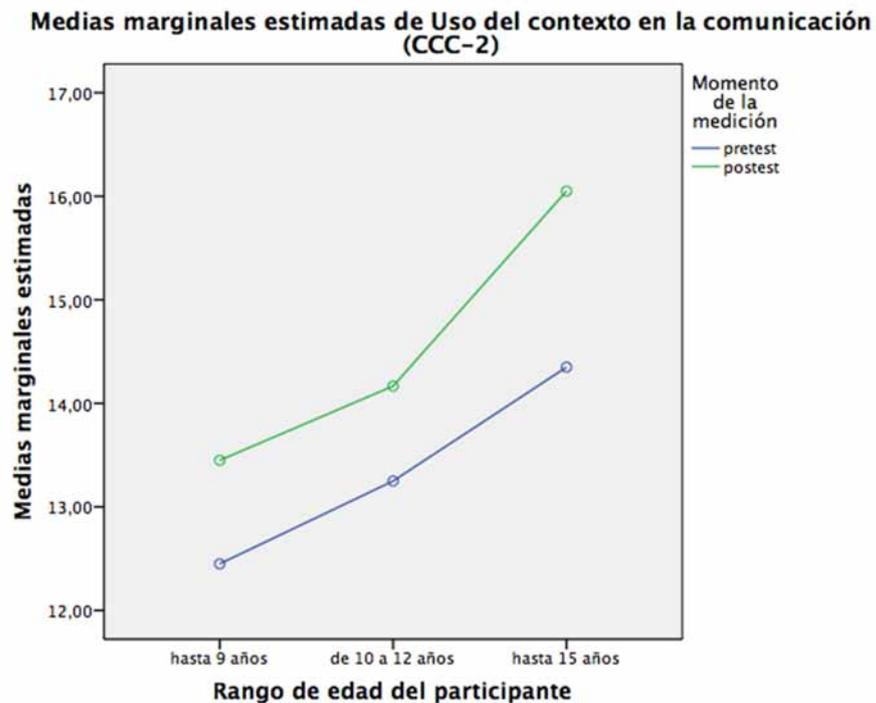
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (15,20) y la media del grupo de edad 10-12 años (13,70), con $t = (1,49)$ y $p = (0,22)$; así como para la media del grupo de edad 10-12 años (13,70) y la media del grupo de edad 7-9 años (12,95), con $t = (0,75)$ y $p = (0,68)$, para el **Uso del Contexto**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

Por tanto, el grupo de edad 13-14 años ha sido el que ha mostrado un mayor uso del contexto después de haber recibido el tratamiento ESC, así como con respecto al grupo de edad de 7-9 años, en la variable **Uso del Contexto**, según la percepción de los padres.

De forma específica, se ha encontrado un aumento en la variable Uso del Contexto en el grupo de intervención 7-9 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 12,45$ vs $M = 13,45$).

Se aprecia una mejoría en la variable en la Uso del Contexto, en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 13,14$ vs $M = 14,16$).

Se ha encontrado una mejoría en la variable Uso del Contexto, en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 14,35$ vs $M = 16,05$).



- **Coherencia en la Comunicación:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,202$ y $p = 0,312$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (14,35) y la media del grupo de edad 10-12 (14,95), con $t = (-0,60)$ y $p = (0,76)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (14,35) y la media del grupo de edad 7-9 años (13,82), con $t(0,52)$ y $p = (0,83)$, para la variable **Coherencia en la Comunicación**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (14,95) y la media del grupo de edad 7-9 años (13,82), con $t= (1,13)$ y $p= (0,39)$, para la variable **Coherencia en la Comunicación**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

Existen diferencias –no significativas- entre el grupo de 13-14 años y el grupo 7-9 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M=14,35$ vs $M=13,82$). Entre el grupo de 13-14 años y el de 10-12 años, prácticamente no existen diferencias ($M=14,35$ vs $M=14,95$). Por lo que ambos grupos han mejorado respecto al grupo de menor edad, en la variable **Coherencia en la Comunicación**.

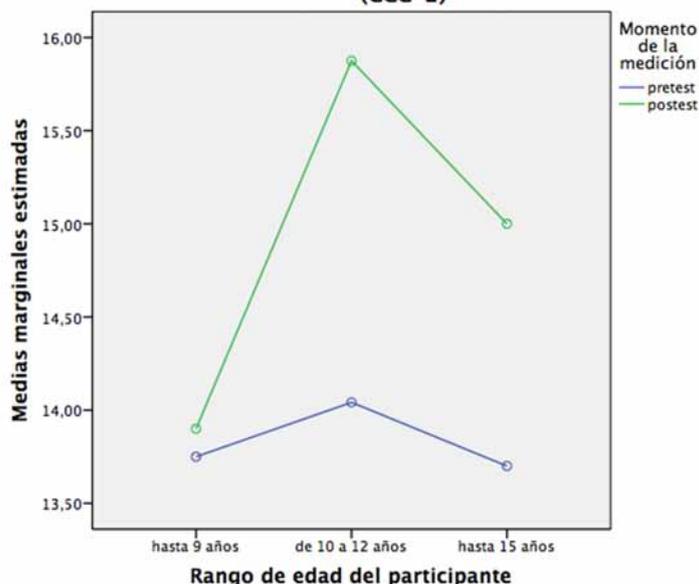
Por tanto, el grupo de edad 10-12 años ha sido el que ha mostrado una mayor Coherencia en la Comunicación después de haber recibido el tratamiento ESC, según la percepción de los padres.

En concreto, se ha encontrado un aumento en la variable Coherencia en la Comunicación en el grupo de intervención 7-9 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 13,75$ vs $M= 13,90$).

Se aprecia una mejoría en la variable en la Coherencia en la Comunicación, en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 14,04$ vs $M= 15,87$).

Se ha encontrado una mejoría en la variable Coherencia en la Comunicación en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 13,70$ vs $M=15,00$).

Medias marginales estimadas de Nivel de coherencia de la comunicación (CCC-2)



- Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

HIPÓTESIS 17.2:

A) HIPÓTESIS 17.2. –Habilidades Socio/comunicativas: Pragmática-, según la información aportada por los padres:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

- **Inicio Inapropiado en la Comunicación:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,913$ y $p = 0,343$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (12,02) y la media del grupo control (11,86), con $t(62) = 0,14$ y $p = 0,88$, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M =$

12,02 vs $M = 11,86$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mayores puntuaciones en la variable **Inicio Inapropiado en la Comunicación**, según las opiniones de los padres.

- **Comunicación No Verbal:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$\begin{array}{l} H_0: \sigma_1^2 = \sigma_3^2 \\ H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_3^2 \end{array}$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,076$ y $p = 0,783$

Diferencias entre medias:

$$\begin{array}{l} H_0: \mu_1 = \mu_3 \\ H_1: \mu_1 \neq \mu_3 \end{array}$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (13,50) y la media del grupo control (13,45), con $t(62) = 0,04$ y $p = 0,96$, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 13,50$ vs $M = 13,45$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene menores puntuaciones en la variable **Comunicación no Verbal**, según las opiniones de los padres.

- **Uso del contexto:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$\begin{array}{l} H_0: \sigma_1^2 = \sigma_3^2 \\ H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_3^2 \end{array}$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,478$ y $p = 0,492$

Diferencias entre medias:

$$\begin{array}{l} H_0: \mu_1 = \mu_3 \\ H_1: \mu_1 \neq \mu_3 \end{array}$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (14,59) y la media del grupo control (13,68), con $t(62) = 0,88$ y $p = 0,38$.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas-, siendo el primer grupo el que mayor media presenta (M = 14,59 vs M = 13,68). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mejores resultados en la variable **Uso del Contexto**, según las opiniones de los padres.

• **Coherencia en la Comunicación:**

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una F = 2,723 y p= 0,104

Diferencias entre medias:

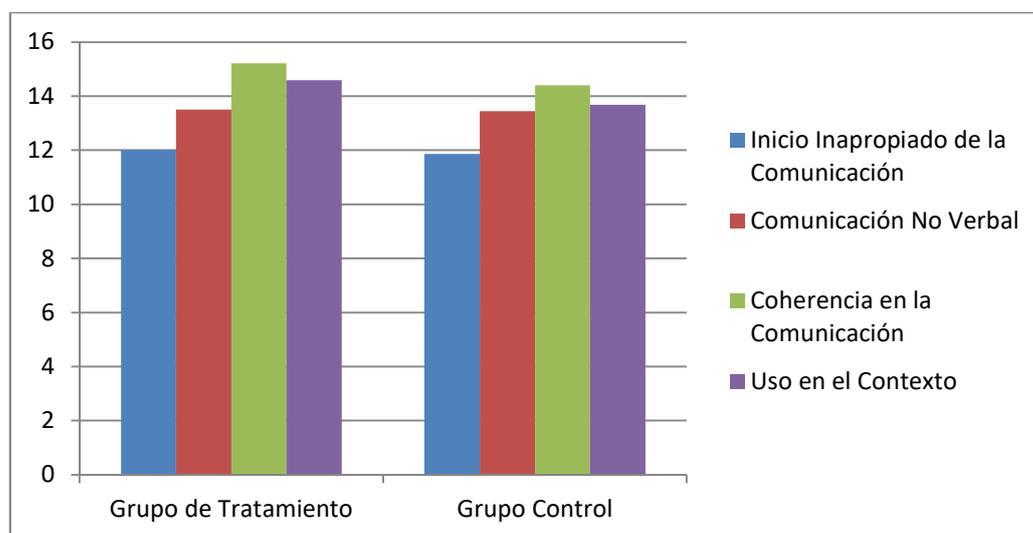
$H_0: \mu_1 = \mu_3$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_3$
--

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (15,21) y la media del grupo control (14,40), con t(62) = 0,87 y p= 0,38.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas-, siendo el primer grupo el que mayor media presenta (M = 15,21 vs M = 14,40). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mejores resultados en la variable **Coherencia en la comunicación**, según las opiniones de los padres.

	Grupo1 Inicio Inapropiado de la Com.	Grupo1 Comunicación no Verbal	Grupo1 Uso del Contexto	Grupo1 Coherencia en el Discurso
Grupo de Tratamiento	12,02	13,50	14,59	15,21
Grupo Control	11,86	13,45	13,68	14,40
Diferencia de medias	0,16	0,04	0,91	0,80
t	0,14	0,78	0,88	0,87
gl	62	62	62	62
Significación	0,88	0,96	0,38	0,38

Gráfico Hipótesis 17.1. Habilidades Pragmáticas, Grupo de Tratamiento y Grupo Control:



7.1.3. DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA FASE PRETEST Y POSTEST, CONDICIÓN EMPÍRICA (TRATAMIENTO), RANGO DE EDAD Y GRUPO CONTROL, DE LOS PARTICIPANTES Y DE SUS FAMILIAS, PARA EL GRUPO DE VARIABLES 3:

HIPÓTESIS	SUBHIPÓTESIS y VARIABLES
HIPÓTESIS 10 (Identificación de Pensamientos)	HIPÓTESIS 10.1. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en TOM) HIPÓTESIS 10.2. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Identificación de Pensamientos).
HIPÓTESIS 11 (Identificación de Pensamientos. Tipo de Tratamiento)	HIPÓTESIS 11.1. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en TOM) HIPÓTESIS 11.2. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Identificación de Pensamientos)
HIPÓTESIS 12 (Identificación de Pensamientos. Edad)	HIPÓTESIS 12.1. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en TOM) HIPÓTESIS 12.2. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Identificación de Pensamientos)
HIPÓTESIS 16.3 (Identificación de Pensamientos. Grupos: Control- Tratamiento)	HIPÓTESIS 16.3. (VVII Programa ESC/Grupo control-grupo tratamiento, VVDD Puntuaciones en: TOM Identificación de Pensamientos)

VARIABLES DEL GRUPO 3:

- Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

HIPÓTESIS 10:

A) HIPÓTESIS 10.1. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los *participantes*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -8,34$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en **teoría de la mente verbal** según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (15,39), que la media del postest (18,79), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo 1
Pretest	15,39
Postest	18,79
Diferencia de medias	-3,40
t	-8,34
gl	63
Significación	0,00

B) HIPÓTESIS 10.2. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los *participantes*:

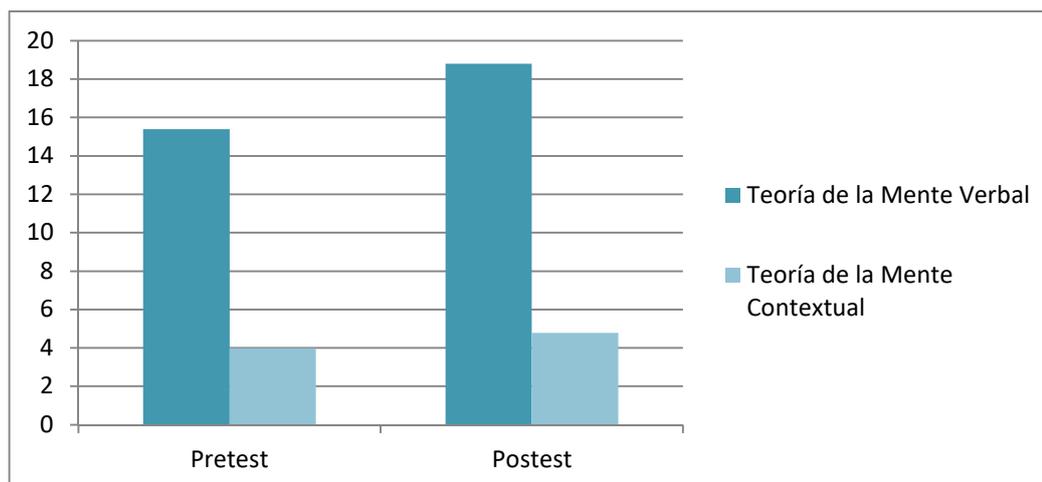
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -3,54$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en **teoría de la mente contextual** según sea el momento pretest o postest, siendo menor la media del pretest (3,98), que la media del postest (4,79), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	3,98
Posttest	4,79
Diferencia de medias	-0,81
t	-3,54
gl	63
Significación	0,01

Gráfico Hipótesis 10.1. Habilidades Mentalistas, pre-post tratamiento ESC:



C) HIPÓTESIS 10.3. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los *participantes*:

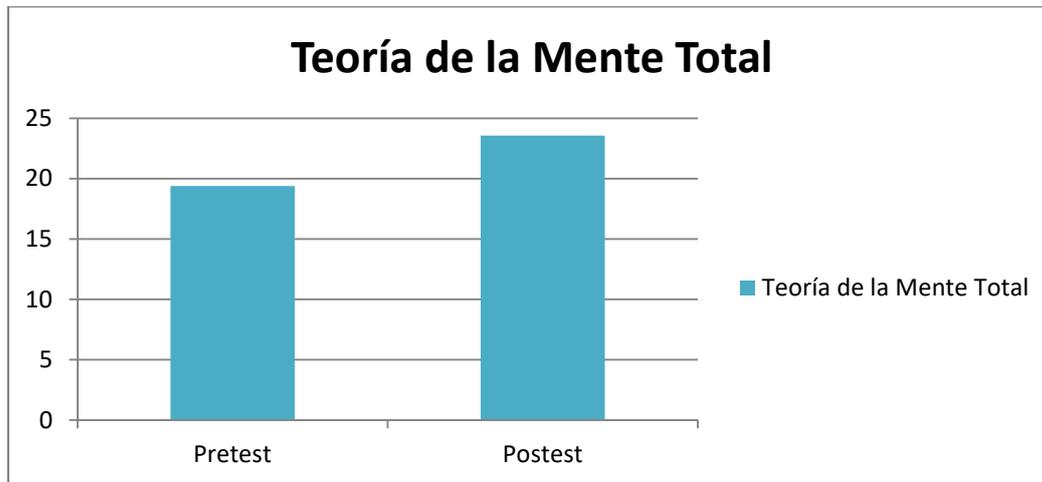
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -8,25$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en **teoría de la mente total** según sea el momento pretest o posttest, siendo menor la media del pretest (19,39), que la media del posttest (23,56), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	19,39
Posttest	23,56
Diferencia de medias	-4,17
t	-8,25
gl	63
Significación	0,00

Gráfico Hipótesis 10.3. Habilidades Mentalistas, pre-post tratamiento ESC:



C) HIPÓTESIS 10.3. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (Sesión de Evaluación del Programa ESC)-, según pruebas realizadas a los participantes:

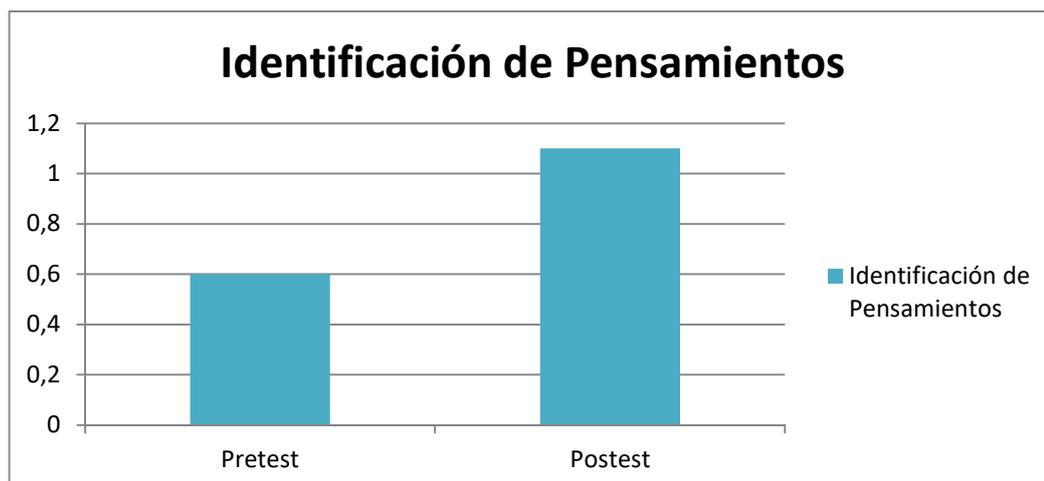
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -6,22$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en **identificación de pensamientos** según sea el momento pretest o posttest, siendo menor la media del pretest (0,60), que la media del posttest (1,10), en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo 1
Pretest	0,60
Posttest	1,10
Diferencia de medias	-0,50
t	-6,22
gl	63
Significación	0,00

Gráfico Hipótesis 10.3. Habilidades Mentalistas, sesión de evaluación pre-post tratamiento ESC:



HIPÓTESIS 11:

A) HIPÓTESIS 11.1 –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según las pruebas realizadas por los *participantes*: Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	16,18	14,27	15,22	15,39
Puntuación Media Posttest (b2)	19,09	18,54	18,67	18,79
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	17,63	16,40	16,94	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	24,52	2	12,26	0,57	0,56
Error (Factor A)	1301,35	61	21,33		
Factor B (pre-post)	335,27	1	335,27	0,63	0,53

test)					
A x B	6,88	2	3,44	0,63	0,53
Error (A * B)	328,83	61	5,39		

Diferencias entre medias:

Factor A

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$ $H_1: \text{No } H_0$
--

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,57$ y $p = 0,56$. No existen diferencias significativas en la variable **Teoría de la Mente Verbal**, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

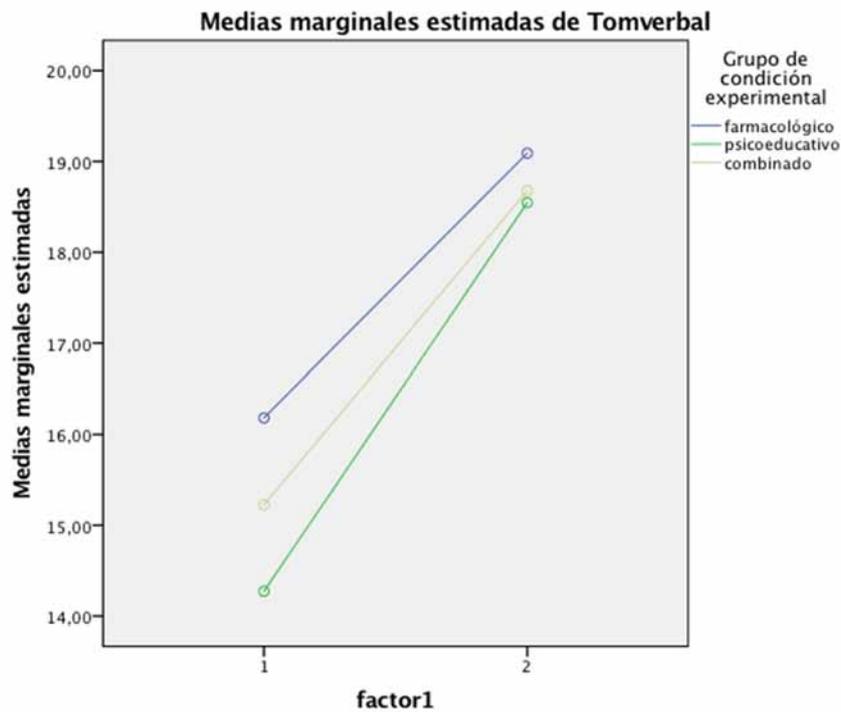
$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$ $H_1: \text{No } H_0$
--

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 0,63$ y $p = 0,53$. No existen diferencias significativas en la **Teoría de la Mente Verbal**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$ $H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 0,63$ y $p = 0,53$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “teoría de la mente verbal”.



B) HIPÓTESIS 11.2 –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según las pruebas realizadas por los *participantes*: Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$ $H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$
--

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	4,54	2,90	3,96	3,98
Puntuación Media Postest (b2)	4,90	4,45	4,83	4,79
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	4,72	3,67	4,39	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	16,04	2	8,02	3,41	0,03
Error (Factor A)	143,41	61	2,35		
Factor B (pre-post test)	22,91	1	22,91	13,88	0,00
A x B	5,22	2	2,61	1,58	0,21
Error (A * B)	100,65	61	1,65		

Diferencias entre medias:

Factor A

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$ $H_1: \text{No } H_0$
--

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 3,41$ y $p = 0,03$. Existen diferencias significativas en la variable **Teoría de la Mente Contextual**, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

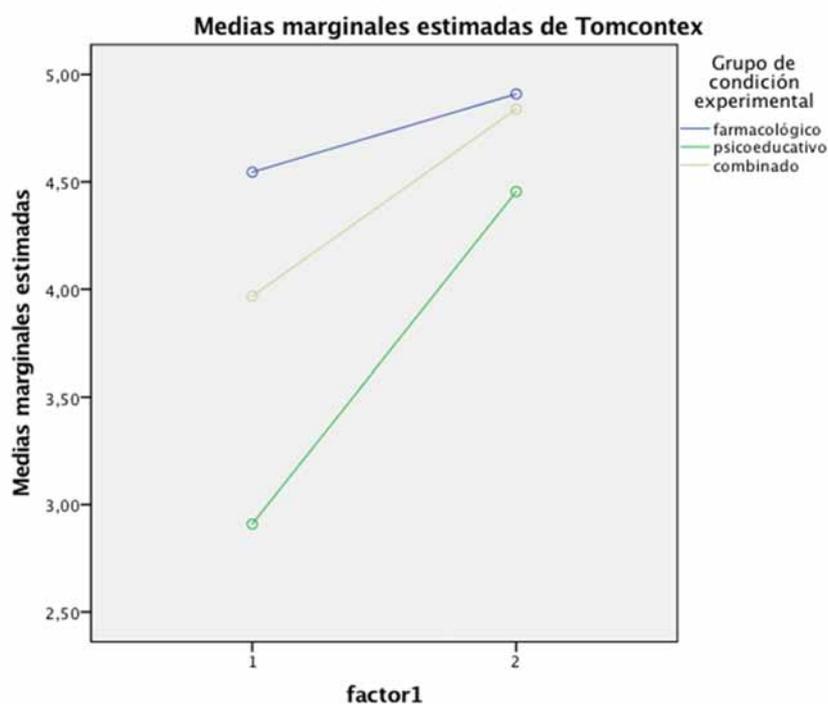
$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$ $H_1: \text{No } H_0$
--

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61) = 13,88$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en la **Teoría de la Mente Contextual**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$ $H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61) = 1,58$ y $p = 0,21$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “teoría de la mente contextual”.



C) HIPÓTESIS 11.3 –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según las pruebas realizadas por los *participantes*: Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (*tratamiento*):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	20,72	17,27	19,19	19,39
Puntuación Media Postest (b ₂)	24,00	22,72	23,54	23,56
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	22,36	19,99	21,36	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	83,28	2	41,64	1,46	0,23
Error (Factor A)	1730,15	61	28,36		
Factor B (pre-post test)	507,47	1	507,47	62,27	0,00
A x B	18,46	2	9,23	1,13	0,32
Error (A * B)	497,09	61	8,14		

Diferencias entre medias:

Factor A

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$ $H_1: \text{No } H_0$
--

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61)= 1,46$ y $p=0,23$. No existen diferencias significativas en la variable **Teoría de la Mente Total**, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

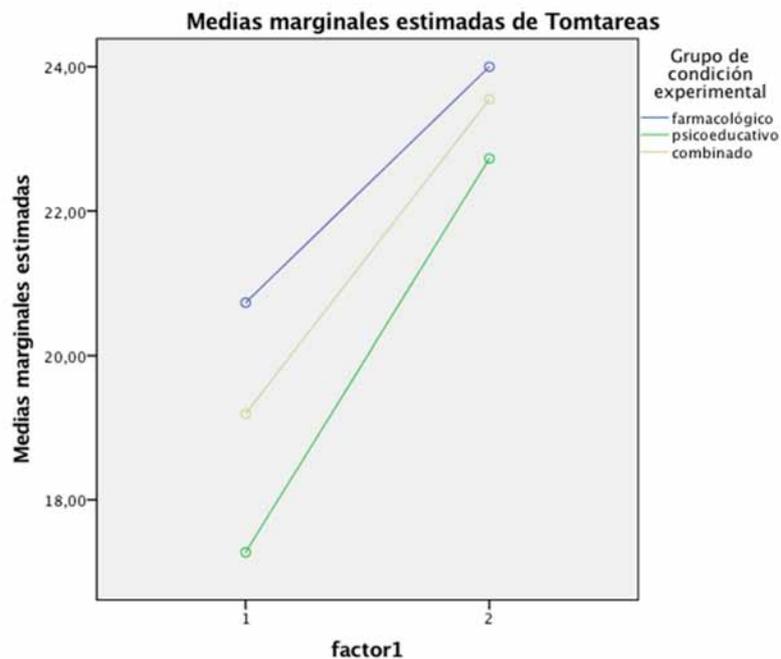
$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$ $H_1: \text{No } H_0$
--

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=62,27$ y $p= 0,00$. Existen diferencias significativas en la **Teoría de la Mente Total**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$ $H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)=1,13$ y $p= 0,32$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “teoría de la mente total”.



- Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

HIPÓTESIS 12:

A) HIPÓTESIS 12.1. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los *participantes*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 6,632$ y $p = 0,000$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (19,02) y la media del grupo de edad 7-9 (14,00), con $t = (4,47)$ y $p = (0,00)$; así como entre la media del grupo de edad 10-12 años (17,60) y

la media del grupo de edad 7-9 años (14,00), con $t= (3,05)$ y $p= (0,00)$, para la variable **Teoría de la Mente Verbal**.

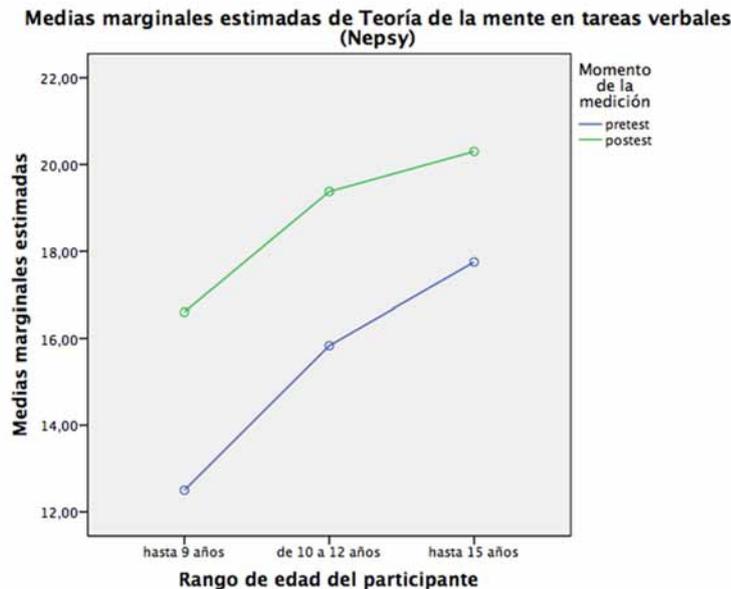
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (19,02) y la media del grupo de edad 10-12 años (17,60), con $t= (1,42)$ y $p= (0,11)$, para la variable **Teoría de la Mente Verbal**.

Por lo que, tanto el grupo de edad 10-12 años como el grupo de edad 13-14 años han mejorado significativamente en la variable **Teoría de la Mente Verbal**, con respecto al grupo de edad 7-9 años.

En concreto, se ha encontrado un aumento en la variable Teoría de la Mente Verbal en el grupo de intervención 7-9 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 12,50$ vs $M= 16,60$).

Se aprecia una mejoría en la variable Teoría de la Mente Verbal, en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 15,83$ vs $M= 19,37$).

Se ha encontrado una mejoría en la variable Teoría de la Mente Verbal en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M= 17,75$ vs $M=20,30$).



B) HIPÓTESIS 12.2. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los *participantes*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:**Evaluación del supuesto de homogeneidad:**

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 8,613$ y $p = 0,000$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (4,45) y la media del grupo de edad 10-12 (4,56), con $t = (-0,11)$ y $p = (0,93)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (4,45) y la media del grupo de edad 7-9 años (4,12), con $t = (0,32)$ y $p = (0,60)$, para la variable **Teoría de la Mente Contextual**.

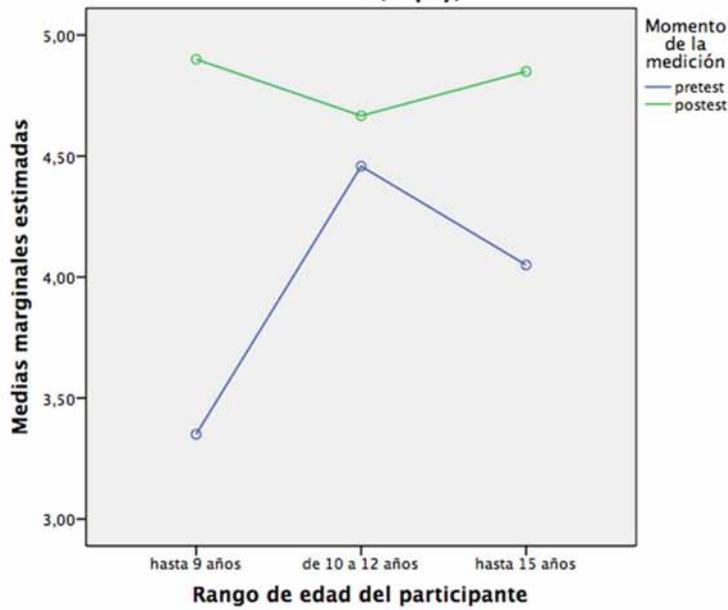
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (4,56) y la media del grupo de edad 7-9 años (4,12), con $t = (1,42)$ y $p = (0,36)$, para la variable **Teoría de la Mente Contextual**.

En concreto, se ha encontrado un aumento en la variable Teoría de la Mente Contextual en el grupo de intervención 7-9 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 3,35$ vs $M = 4,90$).

Se aprecia un aumento en la variable Teoría de la Mente Contextual, en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 4,45$ vs $M = 4,66$).

Se ha encontrado una mejoría en la variable Teoría de la Mente Contextual en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 4,05$ vs $M = 4,85$).

Medias marginales estimadas de Teoría de la mente en tareas contextuales (Nepsy)



C) HIPÓTESIS 12.3. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los *participantes*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 5,594$ y $p = 0,000$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

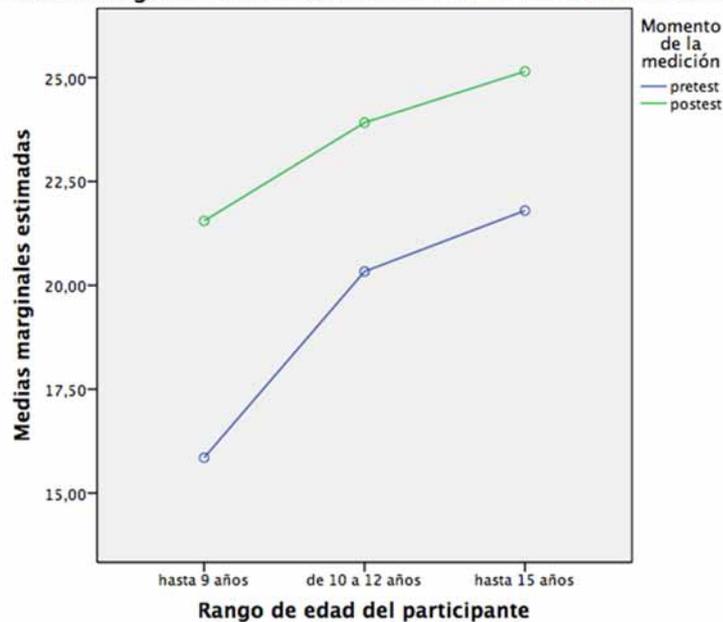
Existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (23,47) y la media del grupo de edad 7-9 (18,70), con $t = (4,77)$ y $p = (0,00)$, así como entre la media del grupo de edad 10-12 años (22,12) y la media del grupo de edad 7-9 años (18,70), con $t = (3,42)$ y $p = (0,00)$, para la variable **Teoría de la MenteTotal**.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (23,47) y la media del grupo de edad 10-12 años (22,12), con $t= (1,35)$ y $p= (0,26)$, para la variable **Teoría de la Mente Total**.

En concreto, los grupos de edad 13-14 años y 10-12 años son los que presentan un mejor desempeño en tareas de **Teoría de la Mente**, con respecto al grupo de menor edad.

Sin embargo, se aprecia una mejoría en el rendimiento en tareas relacionadas con dicha variable después de llevar a cabo el tratamiento ESC, en los tres grupos: 7-9 años ($M= 15,85$ vs $M=21,55$), 10-12 años ($M= 20,33$ vs $M=23,91$), así como 13-14 años ($M= 21,80$ vs $M=25,15$).

Medias marginales estimadas de Índice de TM en el total de tareas (Nepsy)



- Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

HIPÓTESIS 17.3:

A) HIPÓTESIS 17.3. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los participantes:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 8,41$ y $p = 0,00$

Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_3$
--

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (19,09) y la media del grupo control (15,27), con $t(62) = 4,22$ y $p = 0,00$, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 19,09$ vs $M = 15,27$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mejores resultados en la variable **Teoría de la Mente Verbal**, en las tareas realizadas.

	Grupo 1
Grupo de Tratamiento	19,09
Grupo Control	15,27
Diferencia de medias	3,82
t	4,22
gl	62
Significación	0,00

B) HIPÓTESIS 17.3. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los *participantes*:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 8,22$ y $p = 0,00$

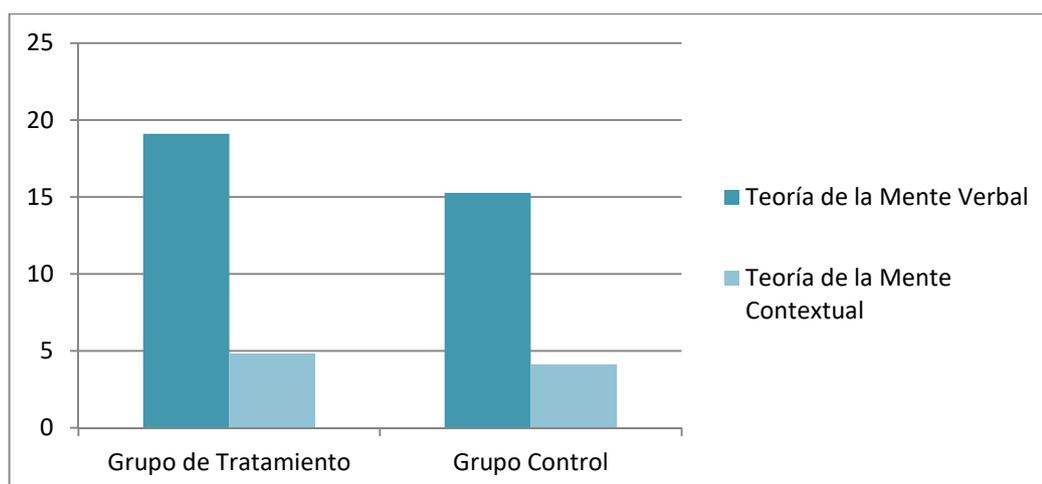
Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_3$
--

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (4,83) y la media del grupo control (4,13), con $t(62) = 2,29$ y $p = 0,02$, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 4,83$ vs $M = 4,13$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mejores resultados en la variable **Teoría de la Mente Contextual**, en las tareas realizadas.

	Grupo1
Grupo de Tratamiento	4,83
Grupo Control	4,13
Diferencia de medias	0,69
t	2,29
gl	62
Significación	0,02

Gráfico Hipótesis 17.3. Habilidades Mentalistas, Grupo de Tratamiento y Grupo Control:



B) HIPÓTESIS 17.3. –Identificación de Pensamientos: Teoría de la Mente (NEPSY-II)-, según pruebas realizadas a los participantes:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 10,03$ y $p = 0,00$

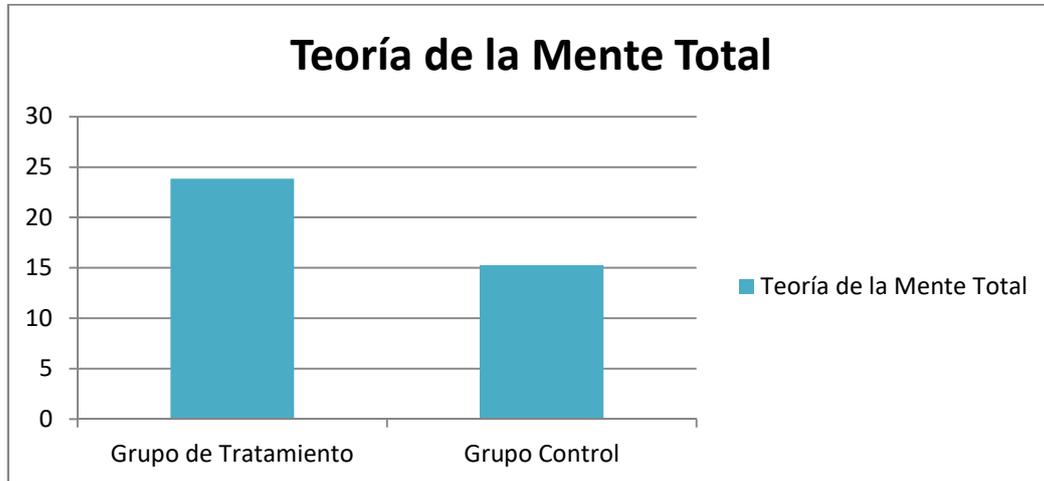
Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$
$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (23,85) y la media del grupo control (19,40), con $t(62) = 4,22$ y $p= 0,00$, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 23,85$ vs $M = 19,40$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mejores resultados en la variable **Teoría de la Mente Total**, en las tareas realizadas.

	Grupo 1
Grupo de Tratamiento	23,85
Grupo Control	19,40
Diferencia de medias	4,44
t	4,22
gl	62
Significación	0,00

Gráfico Hipótesis 17.3. Habilidades Mentalistas, Grupo de Tratamiento y Grupo Control:



7.1.4. DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA FASE PRETEST Y POSTEST, CONDICIÓN EMPÍRICA (TRATAMIENTO), RANGO DE EDAD Y GRUPO CONTROL, DE LOS PARTICIPANTES Y DE SUS FAMILIAS, PARA EL GRUPO DE VARIABLES 4:

HIPÓTESIS	SUBHIPÓTESIS y VARIABLES
HIPÓTESIS 13 (HHRC)	HIPÓTESIS 13.1. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Habilidades Sociales) HIPÓTESIS 13.2. (VVII Programa ESC, VVDD Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos)
HIPÓTESIS 14 (HHRC. Tipo de Tratamiento)	HIPÓTESIS 14.1. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Habilidades Sociales) HIPÓTESIS 14.2. (VVII Programa ESC/Tratamiento, VVDD Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos)
HIPÓTESIS 15 (HHRC. Edad)	HIPÓTESIS 15.1. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Habilidades Sociales) HIPÓTESIS 15.2. (VVII Programa ESC/Edad, VVDD Puntuaciones en Habilidades de Resolución de Conflictos)
HIPÓTESIS 16.4 (HHRC Emocional. Grupos: Control- Tratamiento)	HIPÓTESIS 16.4. (VVII Programa ESC/Grupo control-grupo tratamiento, VVDD Puntuaciones en: Habilidades Sociales. Habilidades de Resolución de Conflictos)

VARIABLES DEL GRUPO 4:

- Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

HIPÓTESIS 13:

A) HIPÓTESIS 13.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales (BASC)-, según la información aportada por los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = 0,94$ y $p = 0,34$. No existen diferencias significativas en **Relaciones Interpersonales** en opinión de los participantes del programa, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del pretest (46,78) que la del postest (45,51) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo 1
Pretest	46,78
Postest	45,51
Diferencia de medias	1,26
t	0,94
gl	63
Significación	0,34

B) HIPÓTESIS 13.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales (SENA)-, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) =$ y $p = 0,34$. Existen diferencias significativas en **Integración y Competencia Social** en opinión de los padres, según sea el momento pretest o postest,

siendo mayor la media del postest (40,01) que la del pretest (36,64) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	36,64
Postest	40,01
Diferencia de medias	-3,37
t	-1,95
gl	63
Significación	0,05

C) HIPÓTESIS 13.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales (CCC-2)-, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$

$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -2,42$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en **Relaciones Sociales** en opinión de los padres, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del postest (14,14) que la del pretest (12,89) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	12,89
Postest	14,14
Diferencia de medias	-1,25
t	-2,42
gl	63
Significación	0,01

D) HIPÓTESIS 13.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales (BASC)-, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$$

$$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -2,42$ y $p = 0,01$. Existen diferencias significativas en **Habilidades Sociales** en opinión de los padres, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del postest (41,81) que la del pretest (39,34) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	39,34
Postest	41,81
Diferencia de medias	-2,46
t	-2,27
gl	63
Significación	0,02

E) HIPÓTESIS 13.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales (BASC)-, según la información aportada por los padres:

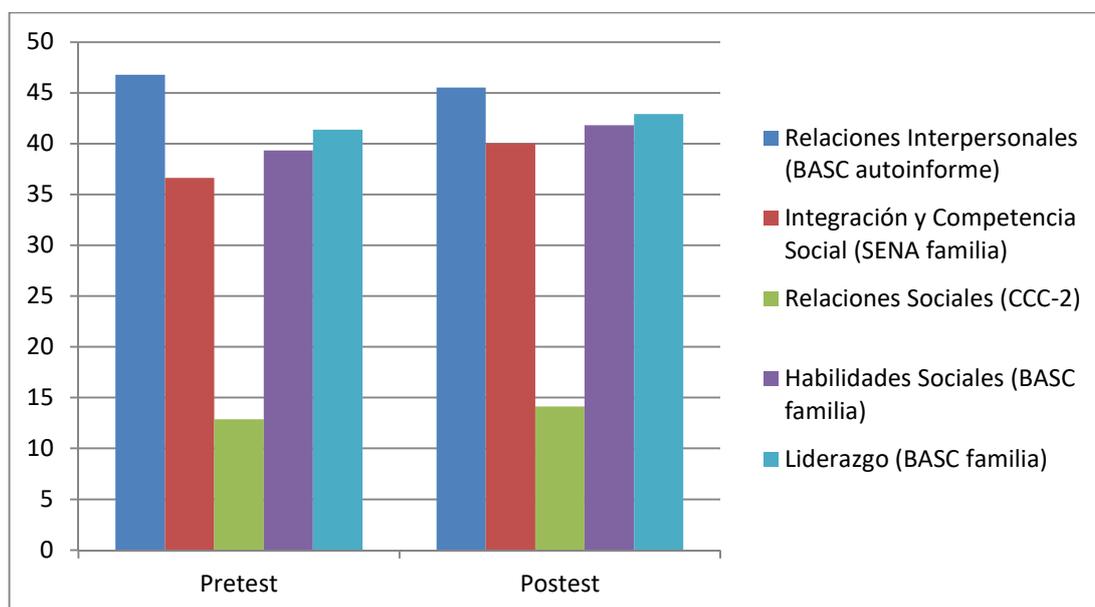
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -2,42$ y $p = 0,01$. No existen diferencias significativas en **Liderazgo** en opinión de los padres, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del postest (42,92) que la del pretest (41,37) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	41,37
Postest	42,92
Diferencia de medias	-1,54
t	-1,46
gl	63
Significación	0,02

Gráfico Hipótesis 13.1. Habilidades Sociales, pre-post tratamiento ESC:



F) HIPÓTESIS 13.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos (SENA)-, según la información aportada por los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -0,82$ y $p = 0,41$. No existen diferencias significativas en **Problemas de Conducta** en opinión de los participantes del programa, según sea el momento pretest o posttest, siendo mayor la media del posttest (53,64) que la del pretest (52,46) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo 1
Pretest	52,46
Posttest	53,64
Diferencia de medias	-1,17
t	-0,82
gl	63
Significación	0,41

**G) HIPÓTESIS 13.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos (SENA)-
, según la información aportada por los *participantes*:**

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63)= 3,68$ y $p= 0, 00$. Existen diferencias significativas en **Problemas con los Compañeros** en opinión de los participantes del programa, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del pretest (53,93) que la del postest (44,15) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo 1
Pretest	53,93
Postest	44,15
Diferencia de medias	9,77
t	3,68
gl	63
Significación	0,00

**H) HIPÓTESIS 13.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos (SENA)-
, según la información aportada por los *padres*:**

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-postest:

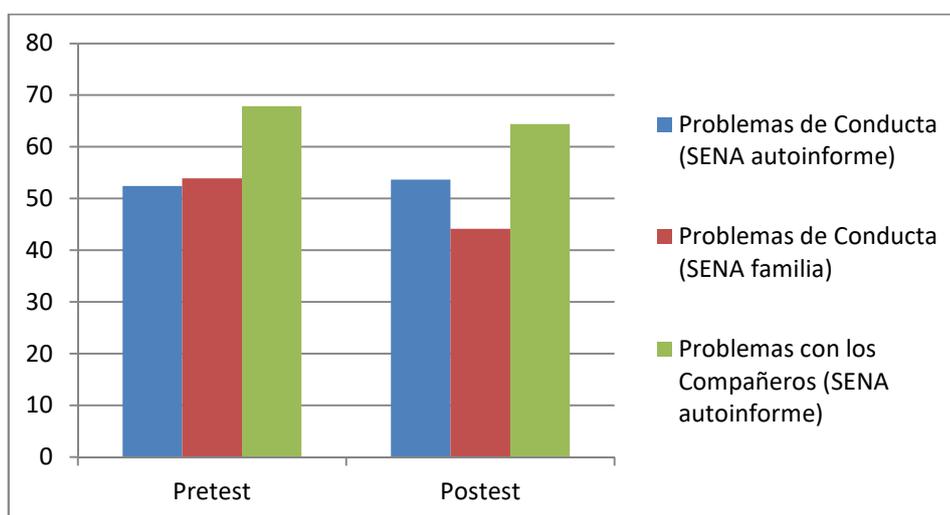
$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63)= 3,68$ y $p= 0, 00$. Existen diferencias significativas en **Problemas con los Compañeros** en opinión de los padres de los participantes del programa, según sea el momento pretest o postest, siendo mayor la media del pretest (53,93) que la del postest (44,15) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo 1
Pretest	67,90
Postest	64,43
Diferencia de medias	3,46
t	2,50

gl	63
Significación	0,01

Gráfico Hipótesis 13.2. Habilidades de Resolución de Conflictos, pre-post tratamiento ESC:



I) HIPÓTESIS 13.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos (Sesión de Evaluación del Programa ESC)-, según las pruebas realizadas por los participantes:

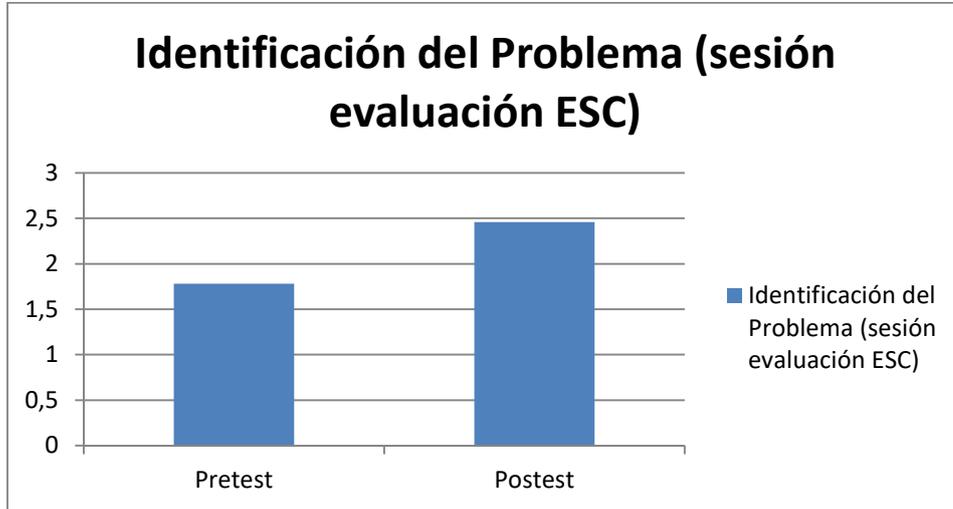
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -5,38$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en **Identificación del Problema**, según sea el momento pretest o posttest, siendo menor la media del pretest (1,78) que la del posttest (2,46) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	1,78
Posttest	2,46
Diferencia de medias	-0,68
t	-5,38
gl	63
Significación	0,00

Gráfico Hipótesis 13.2. Habilidades de Resolución de Conflictos, sesión de evaluación pre-post tratamiento ESC:



J) HIPÓTESIS 13.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos (Sesión de Evaluación del Programa ESC)-, según las pruebas realizadas por los participantes:

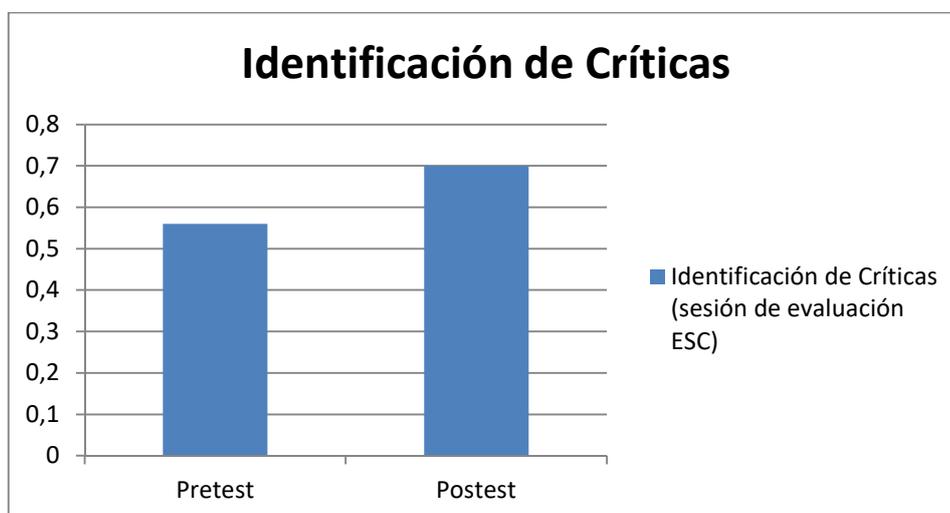
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$
$H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -1,91$ y $p = 0,06$. Existen diferencias significativas en **Identificación de Críticas**, según sea el momento pretest o posttest, siendo menor la media del pretest (0,56) que la del posttest (0,70) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo 1
Pretest	0,56
Posttest	0,70
Diferencia de medias	-0,14
t	-1,91
gl	63
Significación	0,06

Gráfico Hipótesis 13.2. Habilidades de Resolución de Conflictos, sesión de evaluación pre-post tratamiento ESC:



J) HIPÓTESIS 13.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos (Sesión de Evaluación del Programa ESC)-, según las pruebas realizadas por los participantes:

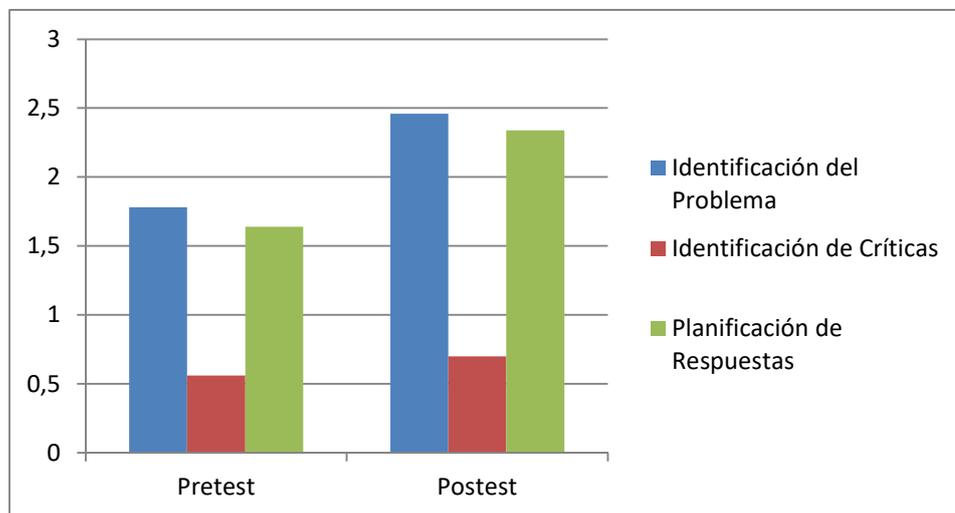
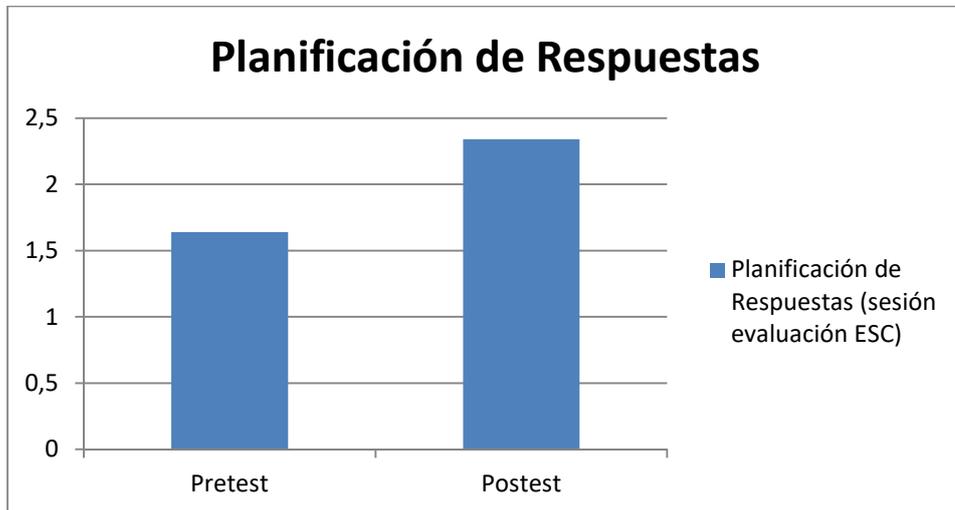
Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), pretest-posttest:

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2}$ $H_1: \mu_{a1} \neq \mu_{a2}$
--

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias con $t(63) = -5,36$ y $p = 0,00$. Existen diferencias significativas en **Planificación de Respuestas**, según sea el momento pretest o posttest, siendo mayor la media del pretest (1,64) que la del posttest (2,34) en el grupo 1 de tratamiento ESC.

	Grupo1
Pretest	1,64
Posttest	2,34
Diferencia de medias	-0,70
t	-5,36
gl	63
Significación	0,00

Gráfico Hipótesis 13.2. Habilidades de Resolución de Conflictos, sesión de evaluación pre-post tratamiento ESC:



HIPÓTESIS 14:

A) HIPÓTESIS 14.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos/Habilidades Sociales-, según la información aportada por los participantes:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	51,68	45,72	43,67	46,78
Puntuación Media Postest (b ₂)	46,36	47,18	44,32	45,51
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	49,02	46,45	43,99	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	651,74	2	325,87	1,31	0,27
Error (Factor A)	15083,93	61	247,27		
Factor B (pre-post test)	30,71	1	30,71	0,56	0,45
A x B	277,94	2	138,97	2,55	0,08
Error (A * B)	3315,29	61	54,34		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 1,31$ y $p = 0,27$. No existen diferencias significativas en la variable **Relaciones Interpersonales** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$

$H_1: \text{No } H_0$

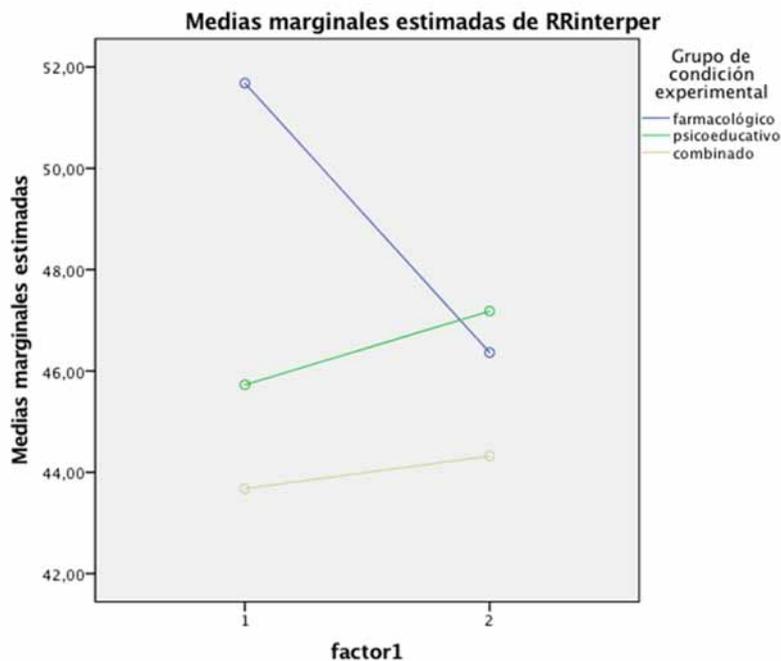
Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=0,56$ y $p= 0,45$. No existen diferencias significativas en la variable **Relaciones Interpersonales**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B

H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(1,61)=2,25$ y $p= 0,08$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “relaciones interpersonales”.



B) HIPÓTESIS 14.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos/Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *padres*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	39,59	34,54	35,29	36,64
Puntuación Media Postest (b ₂)	38,45	37,90	41,87	40,01
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	39,02	36,22	38,58	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	122,28	2	61,14	0,17	0,84
Error (Factor A)	21382,93	61	350,54		
Factor B (pre-post test)	230,04	1	230,04	2,48	0,12
A x B	383,15	2	191,57	2,07	0,135
Error (A * B)	5645,34	61	92,54		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,17$ y $p = 0,84$. No existen diferencias significativas en la variable **Integración y Competencia Social** de acuerdo con las opiniones de los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$

$H_1: \text{No } H_0$

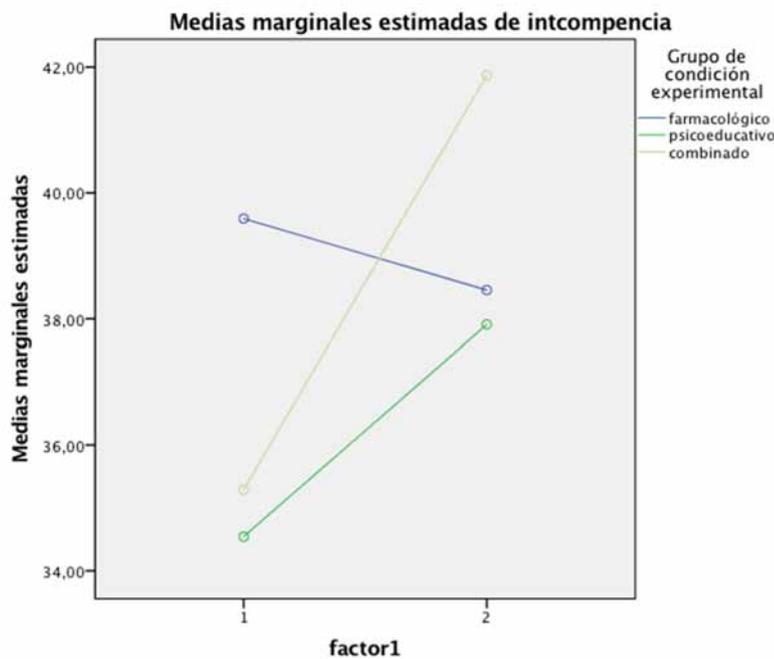
Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=2,48$ y $p= 0,12$. No existen diferencias significativas en la variable **Integración y Competencia Social**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B

H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)=2,07$ y $p= 0,13$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental e “integración y competencial social”.



C) HIPÓTESIS 14.3 –Habilidades de Resolución de Conflictos/Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *padres*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	14,59	9,63	12,83	12,89
Puntuación Media Postest (b2)	15,63	12,36	13,70	14,14
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	15,11	10,99	13,26	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	255,19	2	127,59	5,36	0,00
Error (Factor A)	1451,77	61	23,80		
Factor B (pre-post test)	63,94	1	63,94	7,46	0,00
A x B	14,69	2	7,34	0,85	0,42
Error (A * B)	522,31	61	8,56		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 5,36$ y $p=0,00$. Existen diferencias significativas en la variable **Relaciones Sociales**, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

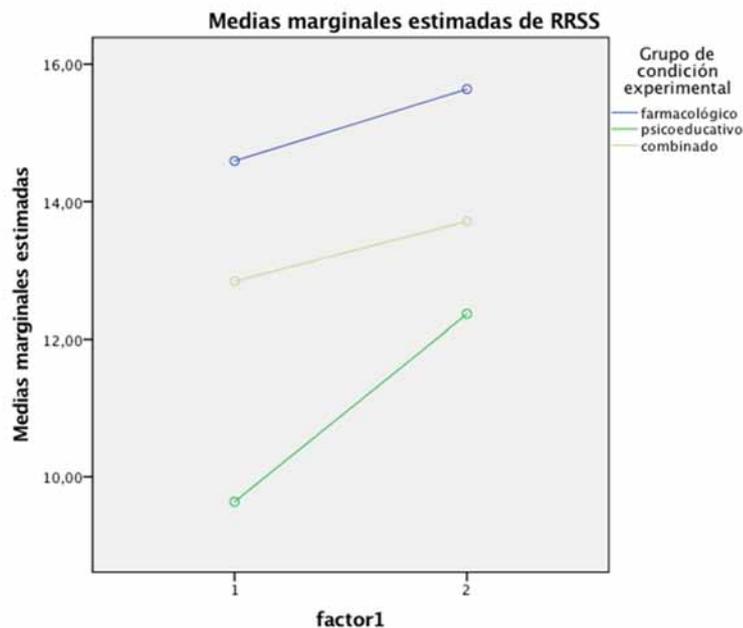
Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=7,46$ y $p= 0,00$. Existen diferencias significativas en la variable **Relaciones Sociales**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

$$H_0: \text{No existe interacción entre el factor A y el B}$$

$$H_1: \text{Existe interacción entre el factor A y el B}$$

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)=0,85$ y $p= 0,42$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “relaciones sociales”.



D) HIPÓTESIS 14.4 –Habilidades de Resolución de Conflictos/Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *padres*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico o (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	39,68	37,36	39,80	39,34
Puntuación Media Postest (b2)	41,81	41,90	41,77	41,81
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	40,74	39,63	40,78	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	23,60	2	11,80	0,05	0,95
Error (Factor A)	14441,61	61	236,74		
Factor B (pre-post test)	221,84	1	221,84	0,37	0,68
A x B	28,82	2	14,41	0,37	0,68
Error (A * B)	2342,14	61	38,39		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,05$ y $p = 0,95$. No existen diferencias significativas en la variable **Habilidades Sociales** de acuerdo con la información aportada por los padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

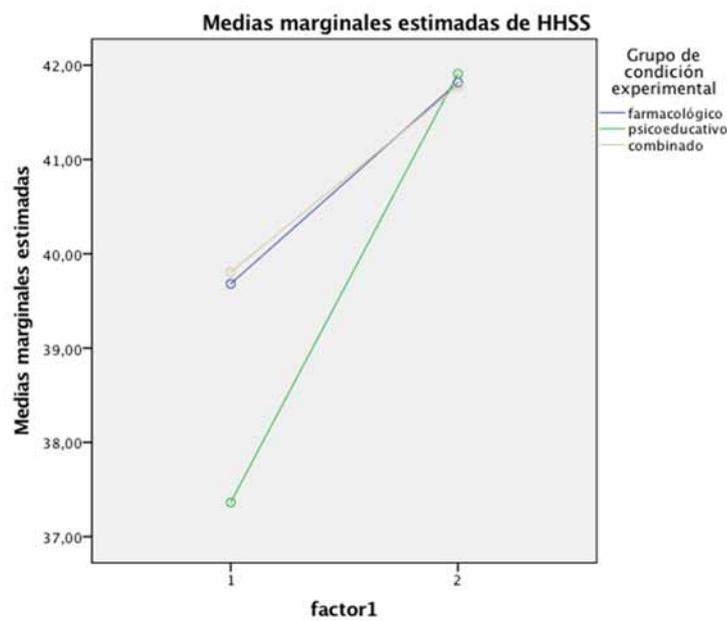
$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=0,37$ y $p= 0,68$. No existen diferencias significativas en la variable **Habilidades Sociales**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B
 H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)=0,37$ y $p= 0,68$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “habilidades sociales”.



E) HIPÓTESIS 14.5 –Habilidades de Resolución de Conflictos/Habilidades Sociales–, según la información aportada por los padres:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición	Tto.	Tto.	Tto.	Medias
--------------------	------	------	------	--------



Experimental	Farmacológico o (N=22)	Psicoeducativo (N=11)	Combinado (N=31)	Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	41,77	39,54	41,74	41,37
Puntuación Media Postest (b ₂)	44,13	44,00	41,67	42,92
Medias Marginales (Factor: Pre- post test)	42,95	41,77	41,70	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	43,63	2	21,81	0,12	0,88
Error (Factor A)	10636,04	61	174,36		
Factor B (pre-post test)	135,24	1	135,24	3,84	0,05
A x B	94,08	2	47,04	1,36	0,27
Error (A * B)	2147,84	61	35,21		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,12$ y $p = 0,88$. No existen diferencias significativas en la variable **Liderazgo**, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

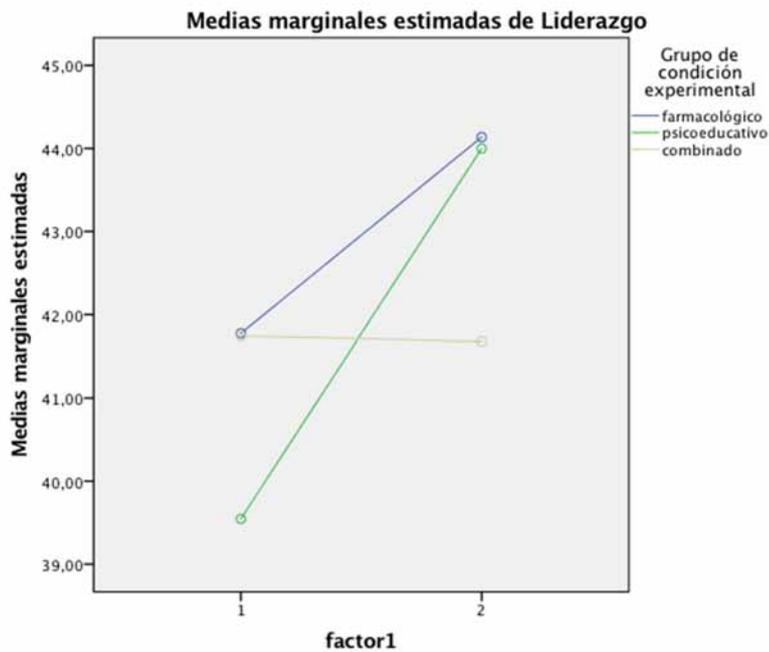
$$H_1: \text{No } H_0$$

Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=3,84$ y $p= 0,05$. Existen diferencias significativas en la **Liderazgo**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

<p>H_0: No existe interacción entre el factor A y el B</p> <p>H_1: Existe interacción entre el factor A y el B</p>
--

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)=1,36$ y $p= 0,27$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “liderazgo”.



F) HIPÓTESIS 14.6 –Habilidades de Resolución de Conflictos/Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *participantes*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico	Tto. Psicoeducativo	Tto. Combinado	Medias Marginales

	O (N=22)	(N=11)	(N=31)	(Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b1)	51,22	49,90	54,25	52,46
Puntuación Media Postest (b2)	51,77	50,27	56,16	53,64
Medias Marginales (Factor: Pre- post test)	51,49	50,08	55,20	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	587,25	2	293,76	1,02	0,36
Error (Factor A)	17453,59	61	286,12		
Factor B (pre-post test)	23,45	1	23,45	0,35	0,55
A x B	16,20	2	8,10	0,12	0,88
Error (A * B)	4061,35	61	66,58		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 1,02$ y $p = 0,36$. No existen diferencias significativas en la variable **Problemas de Conducta** de acuerdo con la información aportada por los participantes, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

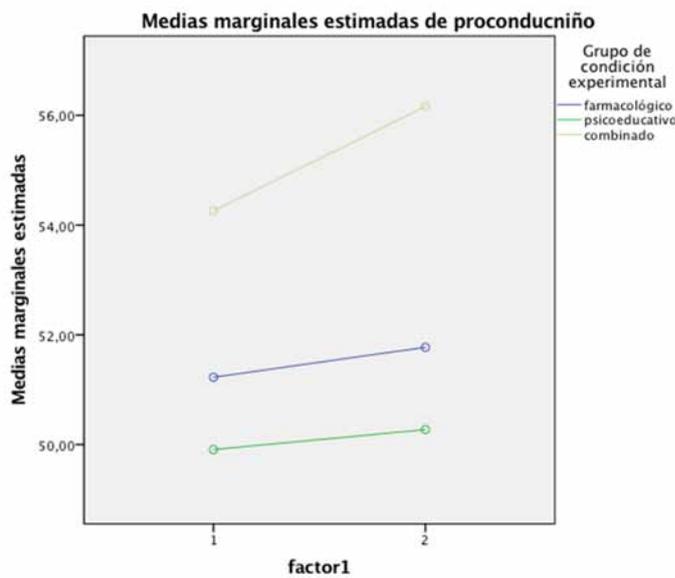
$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=0,35$ y $p= 0,55$. No existen diferencias significativas en la variable **Problemas de Conducta**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B
 H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)=0,12$ y $p= 0,88$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “problemas de conducta”.



G) HIPÓTESIS 14.7 –Habilidades de Resolución de Conflictos/Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *participantes*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):



Grupo de Condición	Tto.	Tto.	Tto.	Medias
--------------------	------	------	------	--------

Experimental	Farmacológico o (N=22)	Psicoeducativo (N=11)	Combinado (N=31)	Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	49,40	64,90	53,23	53,93
Puntuación Media Postest (b ₂)	47,72	43,63	41,73	44,15
Medias Marginales (Factor: Pre- post test)	48,56	54,26	47,48	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	757,57	2	378,78	2,91	0,06
Error (Factor A)	7809,14	60	130,152		
Factor B (pre-post test)	3497,75	1	3497,75	17,16	0,00
A x B	1492,21	2	746,10	3,66	0,03
Error (A * B)	12227,22	60	203,78		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 2,91$ y $p = 0,06$. No existen diferencias significativas en la variable **Problemas con los Compañeros** de acuerdo con la información aportada por los participantes, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

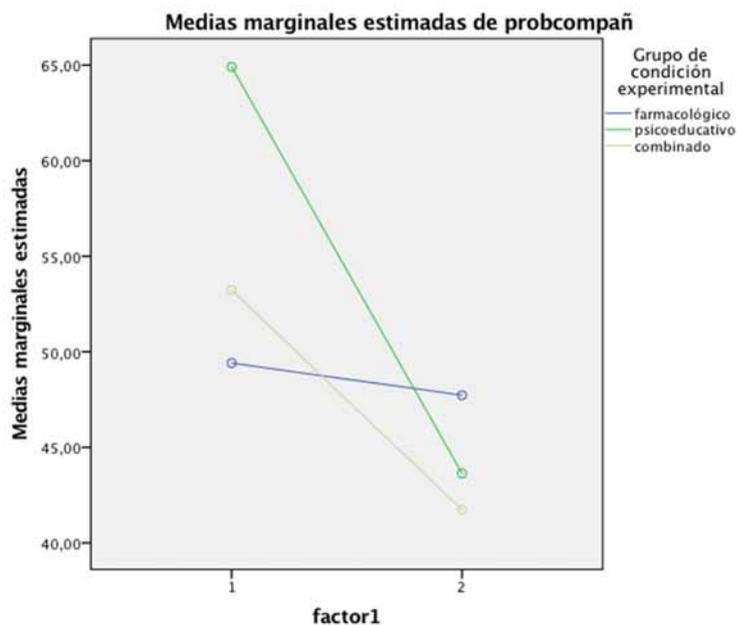
Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=17,16$ y $p= 0,00$. Existen diferencias significativas en la variable **Problemas con los Compañeros**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B

H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se rechaza la hipótesis nula con $F(2,61)=3,66$ y $p= 0,03$. Existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “problemas con los compañeros”.



H) HIPÓTESIS 14.8 –Habilidades de Resolución de Conflictos/Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *participantes*:

Grupo 1 de tratamiento ESC (64 sujetos), según la condición experimental (tratamiento):

Grupo de Condición Experimental	Tto. Farmacológico o (N=22)	Tto. Psicoeducativo (N=11)	Tto. Combinado (N=31)	Medias Marginales (Factor: Condición Experimental)
Puntuación Media Pretest (b ₁)	66,86	68,72	68,35	67,90
Puntuación Media Postest (b ₂)	64,86	66,18	63,51	64,43
Medias Marginales (Factor: Pre-post test)	65,86	64,45	65,93	

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	Sig.
Factor A (condición experimental)	43,84	2	21,92	0,04	0,95
Error (Factor A)	31177,37	61	511,10		
Factor B (pre-post test)	261,12	1	261,12	4,19	0,04
A x B	57,50	2	28,75	0,46	0,63
Error (A * B)	3794,46	61	62,20		

Diferencias entre medias:

Factor A

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

Se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor A con $F(2,61) = 0,04$ y $p = 0,95$. No existen diferencias significativas en la variable **Problemas de Conducta** de acuerdo con la información aportada por padres, según el tipo de tratamiento recibido.

Factor B

$$H_0: \mu_{a1} = \mu_{a2} = \mu_{a3}$$

$$H_1: \text{No } H_0$$

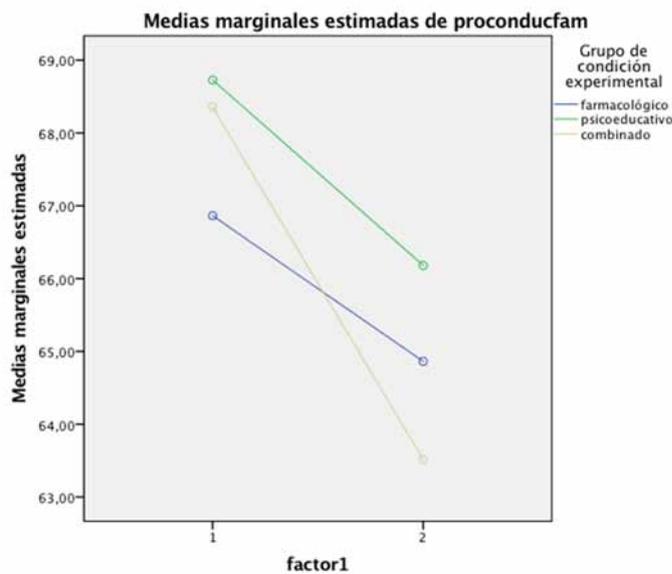
Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias marginales del factor B con $F(1,61)=4,19$ y $p= 0,04$. Existen diferencias significativas en la variable **Problemas de Conducta**, antes y después de la intervención.

Interacción AxB

H_0 : No existe interacción entre el factor A y el B

H_1 : Existe interacción entre el factor A y el B

Se acepta la hipótesis nula con $F(2,61)=0,46$ y $p= 0,63$. No existe efecto de interacción entre los factores “condición experimental y “problemas de conducta”.



Diferencias entre medias según rangos de edad:

5. HIPÓTESIS 15:

J) **HIPÓTESIS 15.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-**, según la información aportada por los *participantes*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 3,194$ y $p = 0,010$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (41,55) y la media del grupo de edad 10-12 (49,27), con $t = (-7,72)$ y $p = (0,01)$, para la variable **Relaciones Interpersonales**, según la percepción de los sujetos que participan en la investigación.

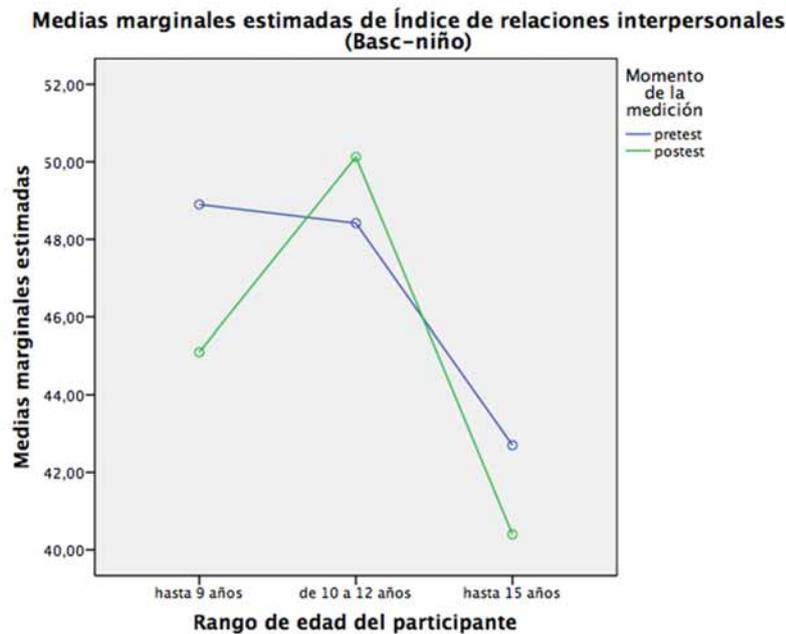
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (41,55) y la media del grupo de edad 7-9 años (47,00), con $t = (-5,45)$ y $p = (0,13)$, así como entre la media del grupo de edad 10-12 años (49,27) y la media del grupo de edad 7-9 años (47,00), con $t = (2,27)$ y $p = (0,68)$, para la variable **Relaciones Interpersonales**, según la percepción de los sujetos que participan en la investigación.

En concreto, se ha encontrado una reducción en la variable Relaciones Interpersonales en el grupo de intervención 7-9 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 48,90$ vs $M = 45,10$), según la percepción de los participantes en el programa.

Se aprecia un aumento en la variable Relaciones Interpersonales, en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 48,41$ vs $M = 50,12$), según la percepción de los participantes en el programa.

Se ha encontrado una reducción en la variable Relaciones Interpersonales en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 46,78$ vs $M = 45,51$), según la percepción de los participantes en el programa.

Por tanto, el grupo de edad 10-12 años ha mejorado la percepción que tiene sobre sus Relaciones Interpersonales después de llevar a cabo el programa, mientras que el resto de grupos la ha empeorado.



K) HIPÓTESIS 15.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *padres*:
Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 2,021$ y $p = 0,080$.

Diferencias entre medias:

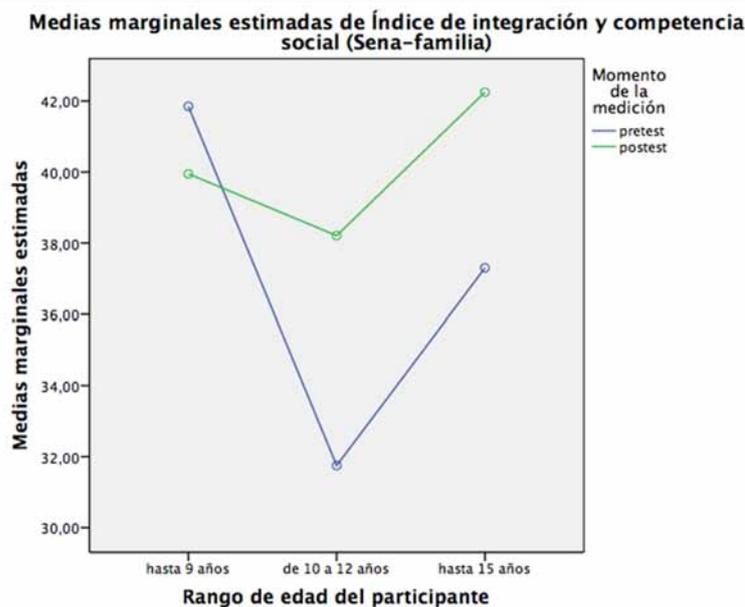
$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (39,77) y la media del grupo de edad 10-12 (34,97), con $t = (4,79)$ y $p = (0,31)$; así como para la media del grupo de edad 13-14 años (39,77) y la media del grupo de edad 7-9 (40,90), con $t = (-1,12)$ y $p = (0,94)$ para la variable **Integración y Competencia Social**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (34,97) y la media del grupo de edad 7-9 años (40,90), con $t = (-5,92)$ y $p = (0,17)$, para la variable **Integración y Competencia Social**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

Se han encontrado diferencias –aunque no estadísticamente significativas- entre el cambio producido en el grupo de 13-14 años y el grupo 10-12 años, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 39,77$ vs $M = 34,97$). Del mismo modo, existen diferencias –no significativas- entre el grupo de 10-12 años y el grupo 7-9 años, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 34,97$ vs $M = 39,77$). Por tanto, los grupos de edad de 13-14 y 7-9 años.



L) HIPÓTESIS 15.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *padres*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 2,704$ y $p = 0,024$.

Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$
$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (13,40) y la media del grupo de edad 10-12 (13,66), con $t = (-0,26)$ y $p = (0,95)$; así como para la media del grupo de edad 13-14 años (13,40) y la media del grupo de edad 7-9 (13,45), con $t = (-0,05)$ y $p = (0,99)$ para la variable **Relaciones Sociales**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

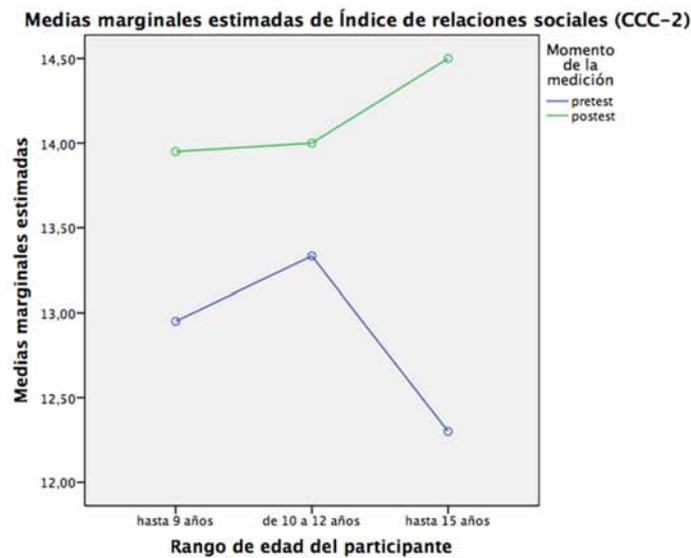
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (13,66) y la media del grupo de edad 7-9 años (13,45), con $t = (0,21)$ y $p = (0,97)$, para la variable **Relaciones Sociales**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

En concreto, se ha encontrado un aumento en la variable Relaciones Sociales, según la opinión de los padres de los participantes en el programa, en el grupo de intervención 7-9 años después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 12,95$ vs $M = 13,95$).

Se aprecia una mejoría en la variable Relaciones Sociales, según la opinión de los padres de los participantes en el programa, en el grupo de intervención 10-12 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 13,33$ vs $M = 14,00$).

Se ha encontrado una mejoría en la variable Relaciones Sociales, según la opinión de los padres de los participantes en el programa, en el grupo de intervención 13-14 años, después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 12,30$ vs $M = 14,50$).

Por lo que, tanto el grupo de edad 13-14 años ha sido el que más ha mejorado –dicha mejora no resulta significativa– en la variable **Relaciones Sociales**, según la opinión de los padres de los participantes en el programa.



M) HIPÓTESIS 15.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *padres*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,943$ y $p = 0,456$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (40,20) y la media del grupo de edad 10-12 (39,89), con $t = (0,30)$ y $p = (0,99)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (40,20) y la media del grupo de edad 7-9 años (41,77), con $t = (-1,54)$ y $p = (0,84)$, para la variable **Habilidades Sociales**, según la información aportada por los padres de los sujetos que participan en la investigación.

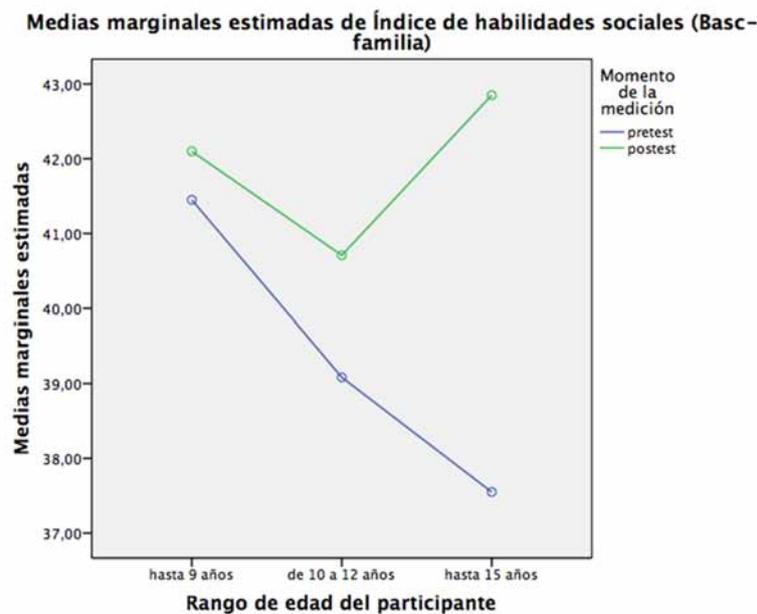
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (39,89) y la media del grupo de edad 7-9 años (41,77), con $t = (-1,87)$ y $p = (0,75)$, para la variable **Habilidades Sociales**, según la

información aportada por los padres de los sujetos que participan en la investigación.

En concreto, se ha encontrado una mejoría en las Habilidades Sociales de los niños, según la información aportada por padres del grupo de edad de 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 41,45 vs M= 42,10).

Se aprecia un aumento en las Habilidades Sociales de los niños, según la información aportada por padres del grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 39,08 vs M=40,70).

Se ha encontrado un aumento en el nivel de Habilidades Sociales de los niños, según la información aportada por padres del grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 37,55 vs M=42,85).



N) HIPÓTESIS 15.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *padres*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,702$ y $p = 0,139$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (40,65) y la media del grupo de edad 10-12 (41,50), con $t = (-0,85)$ y $p = (0,96)$; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (40,65) y la media del grupo de edad 7-9 años (44,42), con $t = (-3,77)$ y $p = (0,25)$, para la variable **Liderazgo**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

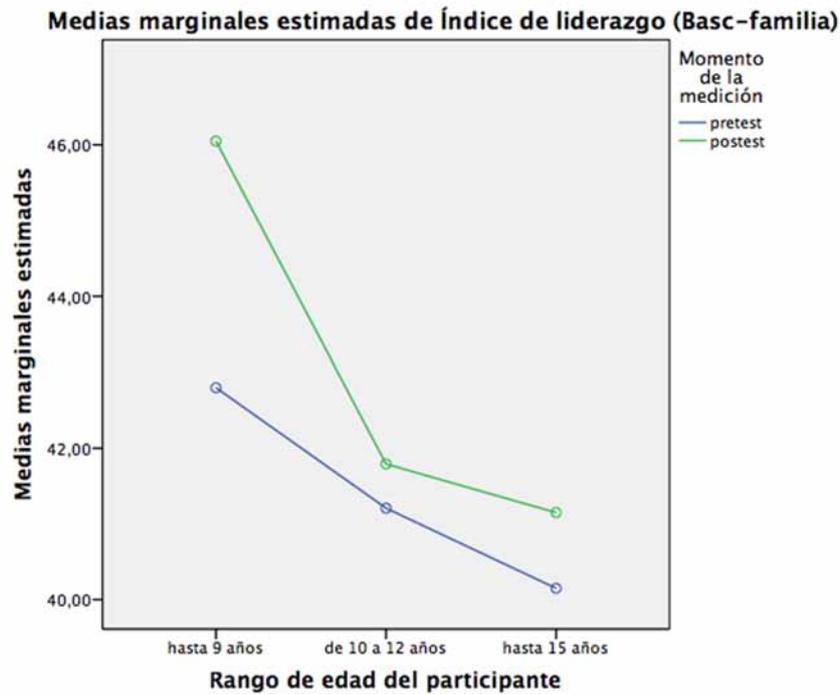
No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (41,50) y la media del grupo de edad 7-9 años (44,42), con $t = (-2,92)$ y $p = (0,40)$, para la variable **Liderazgo**, según la percepción de los padres de los sujetos que participan en la investigación.

Se ha encontrado un aumento en la variable Liderazgo, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 42,80$ vs $M = 46,05$).

Se aprecian diferencias mínimas en la variable Liderazgo, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 41,20$ vs $M = 41,79$).

Se aprecia un aumento en la variable Liderazgo, según las percepciones de los padres del grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 40,15$ vs $M = 41,15$).

Por tanto, el grupo de edad 7-9 años ha sido el que ha obtenido mayor mejoría –no ha sido significativa–, en la variable Liderazgo, según las percepciones de los padres, después de llevar a cabo el tratamiento ESC.



Ñ) HIPÓTESIS 15.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos-, según la información aportada por los participantes:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 4,44$ y $p = 0,001$.

Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_3$
--

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (49,17) y la media del grupo de edad 7-9 (56,80), con $t = (-7,62)$ y $p = (0,03)$, en la variable **Problemas de Conducta**, según la información aportada por los participantes de la investigación. No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (49,17) y la media del grupo de edad 10-12 años (53,16), con $t = (-3,99)$ y $p = (0,36)$, para

la variable **Problemas de Conducta**, según la información aportada por los participantes.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (53,16) y la media del grupo de edad 7-9 años (56,80), con $t = (-3,63)$ y $p = (0,43)$, para la variable **Problemas de Conducta**, según la información aportada por los participantes.

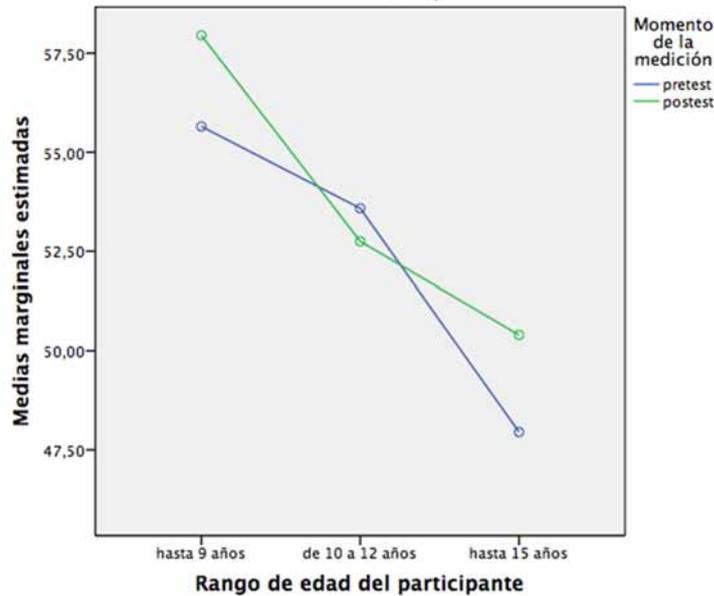
Se ha encontrado un aumento en la variable Problemas de Conducta, según la información aportada por los participantes del grupo de intervención 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 55,65$ vs $M = 57,95$).

Se aprecia una reducción en la variable Problemas de Conducta, según la información aportada por los participantes del grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 53,58$ vs $M = 52,75$).

Se aprecia un aumento en la variable Problemas de Conducta, según la información aportada por los participantes del grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 47,95$ vs $M = 50,40$).

Por tanto, el grupo de edad 13-14 años ha sido el que ha obtenido mayor empeoramiento en la variable Problemas de Conducta según su propia percepción y con respecto al resto de grupos, después de llevar a cabo el tratamiento ESC.

Medias marginales estimadas de Índice de problemas de conducta (Sena-
niño)



O) HIPÓTESIS 15.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos-, según la información aportada por los participantes:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,896$ y $p = 0,486$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

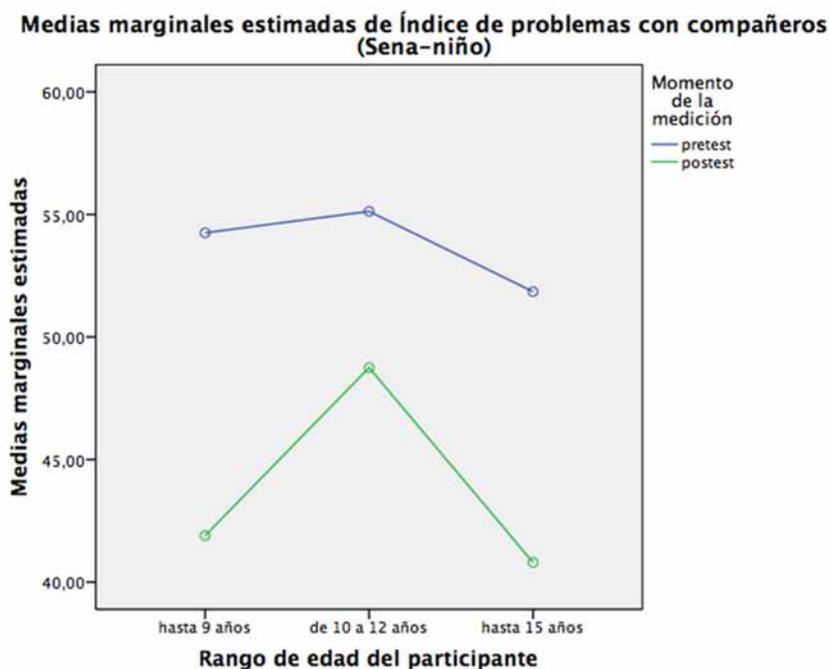
$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (40,80) y la media del grupo de edad 10-12 (48,75), con $t = (-5,61)$ y $p = (0,14)$, en la variable **Problemas con los Compañeros**, según la información aportada por los participantes de la investigación; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (40,80) y la media del grupo de edad 7-9 años (41,89), con $t = (-1,90)$ y $p = (0,81)$.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (48,75) y la media del grupo de edad 7-9 años (41,89), con $t= (3,70)$ y $p= (0,43)$, para la variable **Problemas con los Compañeros**, según la información aportada por los participantes.

En concreto, se ha encontrado una reducción en la variable Problemas con los Compañeros, según la información aportada por los participantes del grupo de intervención 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 54,25 vs M= 41,89), así como en el grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 55,12 vs M= 48,75), y en el grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC (M= 51,85 vs M= 40,80).,

Por tanto, el grupo de edad 7-9 años ha sido el que ha obtenido mayor mejoría (no significativa) en la variable Problemas con los Compañeros según su propia percepción, después de llevar a cabo el tratamiento ESC.



P) HIPÓTESIS 15.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos-, según la información aportada por los *padres*:

Grupos de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años:

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,455$ y $p = 0,809$.

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años (66,25) y la media del grupo de edad 10-12 (64,02), con $t = (2,22)$ y $p = (0,82)$, en la variable **Problemas con los Compañeros**, según la información aportada por los padres de los participantes de la investigación; así como entre la media del grupo de edad 13-14 años (66,25) y la media del grupo de edad 7-9 años (68,67), con $t = (-2,42)$ y $p = (0,81)$.

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 10-12 años (64,02) y la media del grupo de edad 7-9 años (68,67), con $t = (-4,65)$ y $p = (0,43)$, para la variable **Problemas con los Compañeros**, según la información aportada por los padres de los participantes de la investigación .

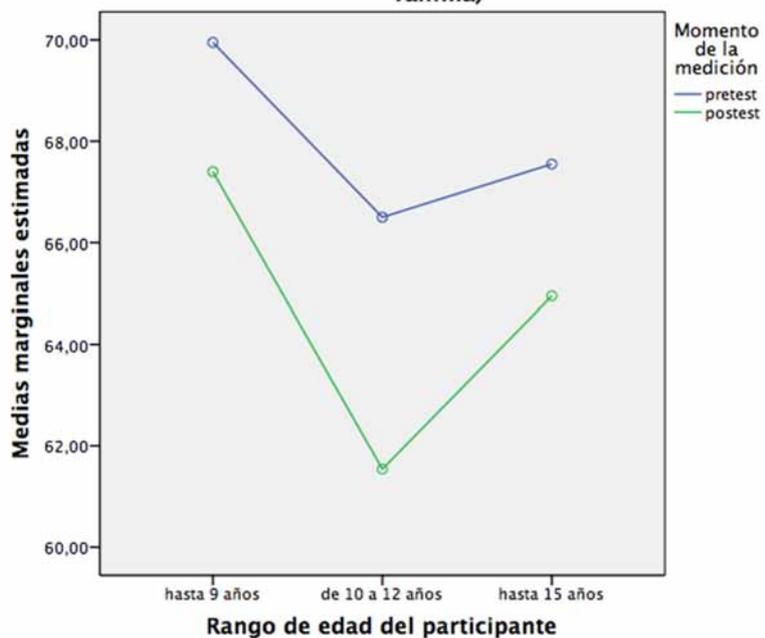
En concreto, se ha encontrado una reducción en la variable Problemas de Conducta, según la información aportada por los padres de los participantes del grupo de intervención 7-9 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 69,95$ vs $M = 67,40$).

Se aprecia una reducción en la variable Problemas de Conducta, según la información aportada por los padres de los participantes del grupo de intervención 10-12 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 66,50$ vs $M = 61,54$).

Se aprecia una reducción en la variable Problemas de Conducta, según la información aportada por los padres de los participantes del grupo de intervención 13-14 años, antes y después de llevar a cabo el tratamiento ESC ($M = 67,55$ vs $M = 64,95$),

Por tanto, el grupo de edad 10-12 años ha sido el que ha obtenido mayor mejoría (no significativa) en la variable Problemas con los Compañeros según la percepción de su familia, después de llevar a cabo el tratamiento ESC.

Medias marginales estimadas de Índice de problemas de conducta (Sena-familia)



Diferencias entre medias (grupo control):

4. HIPÓTESIS 17.4:

J) HIPÓTESIS 17.4 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-, según la información aportada por los participantes:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$
$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 3,123$ y $p = 0,082$

Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$
$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (47,35) y la media del grupo control (45,09), con $t(62) = 0,69$ y $p = 0,49$.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas-, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 47,35$ vs $M = 45,09$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mejores resultados en la variable **Relaciones Interpersonales**, según su propia opinión.

	Grupo 1
Grupo de Tratamiento	47,35
Grupo Control	45,09
Diferencia de medias	2,26
t	0,69
gl	62
Significación	0,49

K) HIPÓTESIS 13.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-, según la información aportada por los padres:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,147$ y $p = 0,288$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (41,71) y la media del grupo control (38,36), con $t(62) = 0,83$ y $p = 0,40$.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas–, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 41,71$ vs $M = 38,36$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene una mayor puntuación en la variable **Integración y Competencia Social**, según las opiniones de los padres.

	Grupo1
Grupo de Tratamiento	41,71
Grupo Control	38,36
Diferencia de medias	3,35
t	0,83
gl	62
Significación	0,40

L) HIPÓTESIS 17.4. –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales–, según la información aportada por los *padres*:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F =$ y $p = 0,288$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (13,78) y la media del grupo control (13,45), con $t(62) = 0,58$ y $p = 0,44$.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas-, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 13,78$ vs $M = 13,45$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene una mayor puntuación en la variable **Relaciones Sociales**, según las opiniones de los padres.

	Grupo1
Grupo de Tratamiento	13,78
Grupo Control	13,45
Diferencia de medias	0,33
t	0,58
gl	62
Significación	0,44

M) HIPÓTESIS 17.4. –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-, según la información aportada por los padres:
Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):
Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 1,296$ y $p = 0,259$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (41,90) y la media del grupo control (39,77), con $t(62) = 0,65$ y $p = 0,51$.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas-, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 41,90$ vs $M = 39,77$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento

específico ESC es el que obtiene una mayor puntuación en la variable **Habilidades Sociales**, según las opiniones de los padres.

	Grupo1
Grupo de Tratamiento	41,90
Grupo Control	39,77
Diferencia de medias	2,13
t	0,65
gl	62
Significación	0,51

N) HIPÓTESIS 13.1 –Habilidades de Resolución de Conflictos: Habilidades Sociales-, según la información aportada por los *padres*:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,091$ y $p = 0,763$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

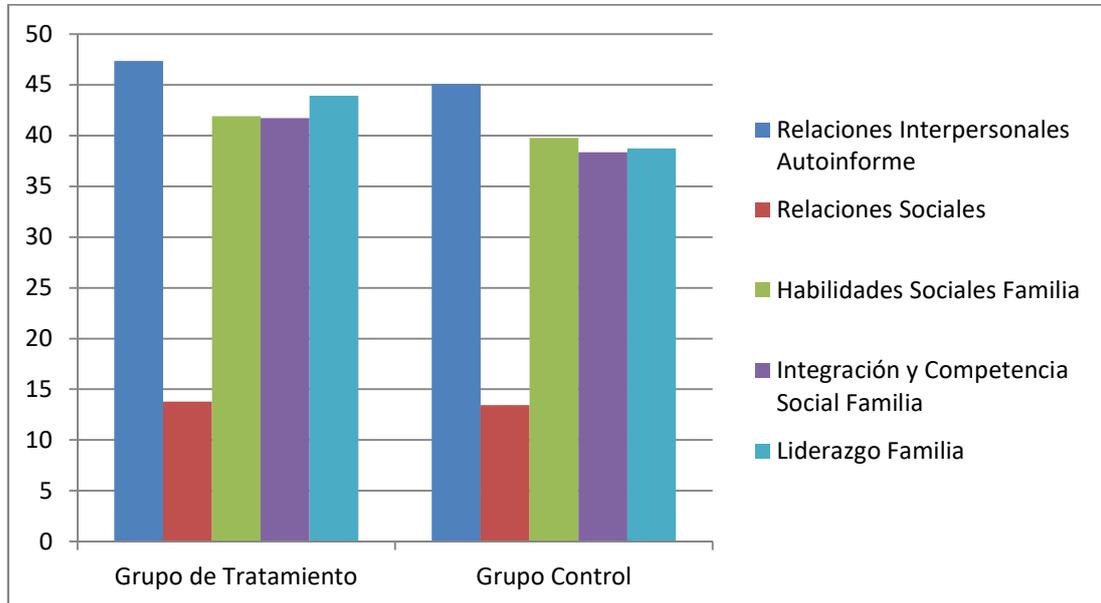
$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (43,92) y la media del grupo control (38,72), con $t(62) = 1,93$ y $p = 0,05$.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas-, siendo el primer grupo el que mayor media presenta ($M = 43,92$ vs $M = 38,72$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene una mayor puntuación en la variable **Liderazgo**, según las opiniones de los padres.

	Grupo1
Grupo de Tratamiento	43,92
Grupo Control	38,72
Diferencia de medias	5,20
t	1,93
gl	62
Significación	0,05

Gráfico Hipótesis 17.4. Habilidades Sociales, Grupo de Tratamiento y Grupo Control:



Ñ) HIPÓTESIS 17.4. –Habilidades de Resolución de Conflictos-, según la información aportada por los participantes:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,129$ y $p = 0,720$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (53,45) y la media del grupo control (53,90), con $t(62) = -0,13$ y $p = 0,89$.

Existen diferencias –aunque no resultan estadísticamente significativas-, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M =$

53,45 vs $M = 53,90$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene una mayor puntuación en la variable **Problemas de Conducta**, según sus propias opiniones.

	Grupo1
Grupo de Tratamiento	53,45
Grupo Control	53,90
Diferencia de medias	-0,45
t	-0,13
gl	62
Significación	0,89

O) HIPÓTESIS 17.4. –Habilidades de Resolución de Conflictos-, según la información aportada por los participantes:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$$

$$H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$$

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,651$ y $p = 0,423$

Diferencias entre medias:

$$H_0: \mu_1 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_3$$

Existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (43,95) y la media del grupo control (52,04), con $t(62) = -2,57$ y $p = 0,01$, siendo el primer grupo el que menor media presenta. Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene mejores puntuaciones en la variable **Problemas de con los Compañeros**, según sus propias opiniones.

	Grupo1
Grupo de Tratamiento	43,95
Grupo de Control	52,04
Diferencia de medias	-8,07
t	-2,57
gl	62
Significación	0,01

P) HIPÓTESIS 13.2 –Habilidades de Resolución de Conflictos-, según la información aportada por los padres:

Grupo de tratamiento ESC (62 sujetos) y Grupo de Control (22 sujetos):

Evaluación del supuesto de homogeneidad:

$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_3$ $H_1: \sigma^2_1 \neq \sigma^2_3$
--

Se ha encontrado homogeneidad de varianza, según la prueba de Levene con una $F = 0,000$ y $p = 0,984$

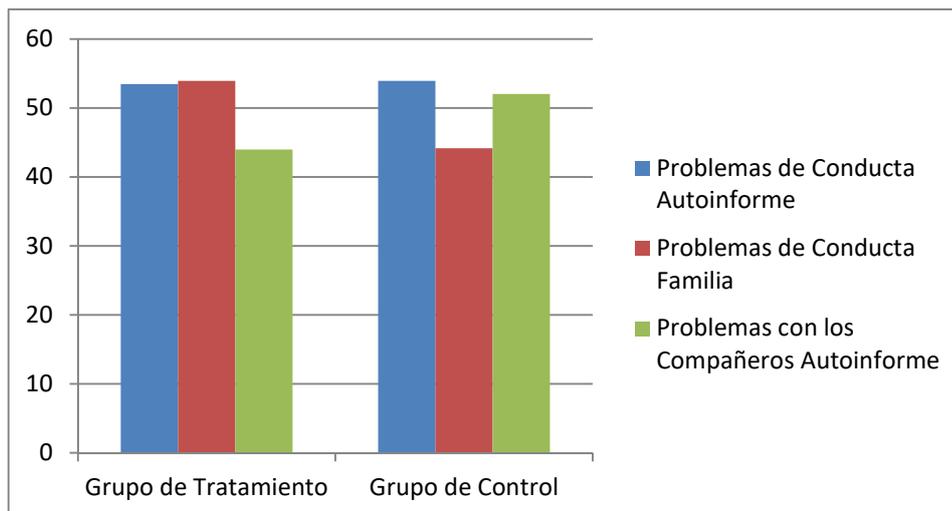
Diferencias entre medias:

$H_0: \mu_1 = \mu_3$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_3$
--

No existen diferencias significativas entre la media del grupo de tratamiento ESC (63,00) y la media del grupo control (69,36), con $t(62) = -1,50$ y $p = 0,13$, siendo el primer grupo el que menor media presenta ($M = 63,00$ vs $M = 69,36$). Por tanto, el grupo que ha recibido el tratamiento específico ESC es el que obtiene puntuaciones inferiores en la variable **Problemas con los Compañeros**, según las opiniones de las familias.

	Grupo 1
Grupo de Tratamiento	63,00
Grupo de Control	69,36
Diferencia de medias	-6,36
t	-1,50
gl	62
Significación	0,13

Gráfico Hipótesis 17.1. Habilidades de Resolución de Conflictos, Grupo de Tratamiento y Grupo Control:



7.1.5. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Debido a la cantidad de variables medidas en nuestro estudio y con el objetivo de esclarecer los datos encontrados, a continuación se muestran resumidamente los resultados obtenidos en cada una de las variables analizadas antes y después de llevar a cabo el Programa de Intervención ESC con todo el grupo de intervención (64 sujetos), así como en función del tipo de tratamiento recibido (farmacológico, psicoeducativo, combinado), del rango de edad de los sujetos (7-9 años, 10-12 años, 13-14 años); y comparando los resultados del postest del primer grupo (N=42) con el que se inició la intervención, con los resultados del pretest del segundo grupo (N=22), (se incluyen, tanto las variables recogidas en los cuestionarios – información aportada los participantes y por los padres-; como en las pruebas psicométricas realizadas por los participantes; y las medidas con la sesión de evaluación del programa de intervención ESC).

VARIABLES DEL GRUPO 1 (Problemas Emocionales)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
Problemas Emocionales (SENA, autoinforme/familia), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	51,03	50,97	0,06	0,95
	<i>Padres</i>	62,10	58,67	3,43	0,01 *
Problemas Emocionales (SENA, autoinforme), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,70
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,62
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,35
Problemas Emocionales (SENA, familia), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,31
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,01 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,93
Problemas Emocionales (SENA, autoinforme), rango edad	<i>13-14/10-12</i>	48,30	51,52	-3,22	0,36
	<i>13-14/7-9</i>	48,30	53,07	-4,77	0,13
	<i>10-12/7-9</i>	51,52	53,07	-1,55	0,79
Problemas Emocionales (SENA, familia), rango edad	<i>13-14/10-12</i>	57,40	61,70	-4,30	0,20
	<i>13-14/7-9</i>	57,40	61,80	-4,40	0,22
	<i>10-12/7-9</i>	61,70	61,80	-0,09	0,99
Problemas Emocionales (SENA, autoinforme), grupo de intervención-grupo control		49,69	53,22	-3,53	0,15
Problemas Emocionales (SENA, familia), grupo de intervención-grupo control		56,42	65,54	-9,11	0,03 *
VARIABLES DEL GRUPO 1 (Identificación Emocional)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
Identificación de Emociones (NEPSY-II, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	23,15	25,85	-2,70	0,00 *
Identificación de Emociones (Sesión Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	4,15	5,67	-1,51	0,00 *
Identificación de Emociones (NEPSY-II, sujetos), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,45
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,24
Identificación de Emociones (NEPSY-II, sujetos), rango edad	<i>13-14/10-12</i>	25,65	25,14	0,50	0,88
	<i>13-14/7-9</i>	25,65	22,60	3,05	0,01 *
	<i>10-12/7-9</i>	25,14	22,60		

Identificación de Emociones (NEPSY-II, sujetos), grupo de intervención-grupo control	25,85	23,86	1,99	0,13
---	-------	-------	------	------

VARIABLES DEL GRUPO 1 (Expresión Emocional)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), pretest-postest	<i>Expresión Interna</i>	6,54	6,03	0,51	0,08
	<i>Expresión Externa</i>	6,43	6,65	-0,21	0,52
	<i>Control Interno</i>	8,46	9,20	-0,73	0,06
	<i>Control Externo</i>	8,43	8,28	0,15	0,71
Expresión Emocional (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	1,23	1,56	-0,32	0,01 *
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Expresión Interna, tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,88
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,20
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,68
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Expresión Externa, tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,99
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,14
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,07
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Control Interno, tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,47
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,14
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,73
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Control Externo, tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,46
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,76
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,05 *
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Expresión Interna, rango edad	<i>13-14/10-12</i>	6,15	6,50	-0,35	0,84
	<i>13-14/7-9</i>	6,15	7,00	-0,85	0,39
	<i>10-12/7-9</i>	6,50	7,00	-0,50	0,70
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Expresión Externa, rango edad	<i>13-14/10-12</i>	6,45	6,58	-0,13	0,97
	<i>13-14/7-9</i>	6,45	6,25	0,20	0,95
	<i>10-12/7-9</i>	6,58	6,45	0,33	0,87
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Control	<i>13-14/10-12</i>	8,90	8,00	0,90	0,42

Interno, rango edad	13-14/7-9	8,90	8,50	0,40	0,85
	10-12/7-9	8,00	8,50	-0,50	0,76
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Control Externo, rango edad	13-14/10-12	9,20	8,08	1,11	0,28
	13-14/7-9	9,20	8,20	1,00	0,39
	10-12/7-9	8,08	8,20	-0,11	0,98
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Expresión Interna, grupo de intervención-grupo control		5,92	6,36	-0,43	0,40
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Expresión Externa, grupo de intervención-grupo control		6,80	5,90	0,90	0,07
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Control Interno, grupo de intervención-grupo control		9,02	7,95	-0,73	0,11
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Control Externo, grupo de intervención-grupo control		8,19	8,13	0,15	0,93

VARIABLES DEL GRUPO 1 (Regulación Emocional)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
Problemas de Regulación Emocional (SENA, familia), pretest-postest	<i>Padres</i>	66,15	61,07	5,07	0,00 *
Problemas de Control de la Ira (SENA, familia), pretest-postest	<i>Padres</i>	66,56	63,01	3,54	0,02 *
Regulación Emocional (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	0,82	1,45	-0,62	0,00 *
Problemas de Regulación Emocional (SENA, familia), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,83
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,01 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,80
Problemas de Control de la Ira (SENA, familia), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,88
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,08
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,52
Problemas de Regulación Emocional (SENA,	13-14/10-12	61,05	63,93	-2,88	0,57
	13-14/7-9	61,05	65,80	4,70	0,25

<i>familia), rango edad</i>	10-12/7-9	63,93	65,80	-1,86	0,79
<i>Problemas de Control de la Ira (SENA, familia), rango edad</i>	13-14/10-12	64,42	62,16	2,25	0,80
	13-14/7-9	64,42	68,30	-3,87	0,55
	10-12/7-9	62,16	68,30	-6,13	0,20
<i>Problemas de Regulación Emocional (SENA, familia), grupo de intervención-grupo control</i>		58,95	70,09	-11,13	0,01 *
<i>Problemas de Control de la Ira (SENA, familia), grupo de intervención-grupo control</i>		9,02	7,95	1,06	0,05 *

En resumen, después de analizar los resultados recogidos para cada una de las variables del Grupo 1: Emociones; a través de cuestionarios, pruebas psicométricas y tareas realizadas en la sesión de evaluación del Programa de Intervención ESC, podemos concluir que:

- a. En la variable **Problemas Emocionales -PE-** (SENA autoinforme/familia):
 - i. **Pretest-Posttest:** No se dan mejoras significativas en la variable *PE* después de recibir el Programa de Intervención ESC, según la percepción de los propios participantes; sin embargo, sí que se encuentra una reducción en la misma en la fase posttest. Sí existen mejoras significativas en dicha variable, según la información recogida por los padres de los participantes; por lo tanto, el índice de *Problemas Emocionales* se reduce después de haber llevado a cabo el tratamiento específico emocional, socio, cognitivo, para los 64 sujetos.
 - ii. **Condición Experimental (tratamiento):** Analizando los resultados en función del tipo de tratamiento que recibían los sujetos en el momento de iniciar las sesiones de intervención (farmacológico, psicoeducativo y

combinado), no existen diferencias significativas entre los grupos (según las percepciones de padres y de los propios participantes), a pesar de que sí existen antes y después de llevar a cabo el programa. De acuerdo con la información aportada por los participantes, se da una reducción de problemas emocionales para el grupo de tratamiento farmacológico y psicoeducativo, pero no para el combinado (aumenta dicho índice). De acuerdo con los datos que aportan los padres, los tres grupos obtienen un índice inferior de *PE* después de llevar a cabo el tratamiento ESC, siendo el grupo psicoeducativo el que más reduce sus *PE* después de llevar a cabo el programa.

- iii. **Rango de Edad:** No se encuentran diferencias significativas entre grupos según el criterio “rango de edad”. Sin embargo, al analizar los resultados de cada grupo antes y después de la intervención, encontramos que: de acuerdo con las percepciones de los sujetos, el grupo de menor edad es el que obtiene un mayor índice de *Problemas Emocionales* antes de llevar a cabo la intervención, que se reduce al finalizar la misma; el grupo de 10-12 años muestra diferencias en el índice de *PE* entre la fase pre y postest; mientras que el grupo de mayor edad considera que tiene más problemas emocionales después de llevar a cabo el tratamiento ESC. De acuerdo con la información aportada por la familia, los tres grupos reducen su nivel de *PE* tras la intervención, siendo el grupo de menor edad los que mayores problemas muestran, y los de mayor edad los que presentan un menor nivel, siendo los mayores los que más diferencia obtienen con respecto al inicio de la intervención.
- iv. **Grupo de tratamiento-grupo control:** Al comparar las puntuaciones de la fase postest del primer grupo con el que se llevó a cabo la intervención, con las de la fase pretest del segundo grupo, encontramos que; de acuerdo con la información aportada por los propios participantes, no existen diferencias significativas entre grupos (a pesar de que el grupo que ha recibido el tratamiento obtiene puntuaciones inferiores que aquellos que

aún no han sido intervenidos). Sin embargo, atendiendo a las afirmaciones de las familias, sí que se presentan diferencias significativas en *PE*, a favor del grupo de intervención.

- b. En la variable **Identificación de Emociones -IE-** (NEPSY-II/Sesión de Evaluación ESC):
- i. **Pretest-Postest:** Se encuentran diferencias significativas para la variable *IE*, tanto en la realización de pruebas psicométricas (NEPSY-II), como en las tareas realizadas en la sesión de evaluación del programa de intervención ESC. Por tanto, se produce una mejoría en la capacidad de reconocimiento de emociones primarias para los 64 sujetos, después de llevar a cabo el tratamiento ESC.
 - ii. **Condición Experimental (tratamiento):** No se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones recogidas a través de la prueba NEPSY-II, en la variable *IE*, en función del tipo de tratamiento recibido por los sujetos que forman parte de la muestra. De los tres grupos, el que recibe tratamiento psicoeducativo es el que obtiene mayor diferencia entre las puntuaciones del pretest y posttest, seguido del que recibe tratamiento combinado.
 - iii. **Rango de Edad:** Se encuentran diferencias significativas entre los resultados del el grupo de mayor edad (13-14 años), y el grupo de menor edad (7-9 años). El grupo 7-9 años es el que ha obtenido un rendimiento inferior en las tareas de *IE* medidas con la NEPSY-II, mientras que el grupo de mayor edad (13-14 años), ha sido el que ha obtenido mejores puntuaciones, seguido del grupo que se encuentra en el rango de edad 10-12 años.
 - iv. **Grupo de tratamiento-grupo control:** No existen diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control para la variable *IE*; sin embargo, el primer grupo obtiene mayores puntuaciones en las tareas de dicha variable medidas con NEPSY-II, por lo que su rendimiento en tareas de identificación de emociones es mejor que el de aquellos sujetos que aún no han sido tratados.

- c. En la variable **Expresión de Emociones -EE-** (NEPSY-II/Sesión de Evaluación ESC):
- i. **Pretest-Postest:** No se han encontrado diferencias significativas para ninguna de las sub-variables medidas con el cuestionario STAXY-NA (*Expresión Interna/Externa, Control Interno/Externo, de la Ira*), antes y después de llevar a cabo el programa de tratamiento ESC. La media de cada una de las variables medidas mantiene una puntuación similar en la fase pretest y posttest, excepto en la variable *Control Interno* (donde se aprecia un leve aumento, después de llevar a cabo la intervención), según las percepciones de los sujetos. Se encuentran diferencias significativas en la variable *Expresión Emocional*, medida con las tareas que forman la sesión de evaluación del programa ESC, después de llevar a cabo el mismo, para los 64 sujetos.
 - ii. **Condición Experimental (tratamiento):** De acuerdo con la condición experimental, no se han encontrado diferencias significativas en las sub-variables del cuestionario STAXY-NA. Las medias del pretest y posttest muestran puntuaciones similares, observando mayores diferencias en: *Expresión Interna* (grupo de tratamiento combinado reduce su puntuación en el posttest), *Expresión Externa* (grupo de tratamiento psicoeducativo aumenta su puntuación en el posttest), *Control Interno* (grupo de tratamiento farmacológico aumenta su puntuación en la fase posttest), *Control Externo* (grupo de tratamiento combinado reduce su puntuación tras llevar a cabo el tratamiento).
 - iii. **Rango de Edad:** Atendiendo a los resultados encontrados en función del rango de edad de los sujetos, no se encuentran diferencias significativas entre grupos para ninguna de las sub-variables medidas con el STAXY-NA, mostrando puntuaciones similares en cada una de ellas entre grupos.
 - iv. **Grupo de tratamiento-grupo control:** No se encuentran diferencias significativas entre los resultados encontrados al medir las sub-variables del cuestionario STAXY-NA, en el grupo de tratamiento y grupo

control. Sin embargo, se observa que el grupo de tratamiento ha obtenido puntuaciones superiores en la variable *Expresión Externa de la Ira* y *Control Interno de la Ira*.

- d. En la variable **Regulación de Emociones -RE-** (SENA -familia-/Sesión de Evaluación ESC):
- i. **Pretest-Posttest:** Se encuentran diferencias significativas en las variables *Problemas de Regulación Emocional* y *Problemas de Control de la Ira*, de acuerdo con las percepciones de los padres, después de llevar a cabo el Programa de Intervención ESC. Las puntuaciones en ambas variables disminuyen en la fase posttest, por tanto, se reducen las dificultades para regular emociones y controlar la ira, en los 64 sujetos. Se encuentran diferencias significativas en la variable RE, medida con las tareas de la sesión de evaluación del programa ESC realizadas por los propios participantes del estudio, después de llevar a cabo el mismo; por tanto, se produce una mejora en la capacidad de regulación emocional para los 64 sujetos, después de llevar a cabo dicho programa.
 - ii. **Condición Experimental (tratamiento):** No se encuentran diferencias significativas según la condición experimental, para ninguno de los grupos, en las variables *Problemas de Regulación Emocional* y *Problemas con el Control de la Ira*, según la información aportada por los padres. Todos los grupos mejoran después de llevar a cabo la intervención, siendo el grupo combinado el que mayor diferencia obtiene, y muestran puntuaciones similares en la fase pretest en la variable *Problemas de Regulación Emocional*. En la variable *Problemas de Control de la Ira*, el grupo que presenta una puntuación más alta en el pretest es el farmacológico (un índice mayor de problemas), y el que más diferencia tiene con respecto al posttest es el combinado (en el que más se reducen los problemas para controlar la ira).

- iii. **Rango de Edad:** No existen diferencias significativas entre grupos de edad para las variables *Problemas de Regulación de Emociones* y *Problemas de Control de la Ira*. El grupo de mayor edad (13-14 años), es el que muestra un nivel inferior de problemas para regular sus emociones en la fase pretest, seguido del grupo 10-12 años (el grupo de menor edad muestra un mayor índice de problemas emocionales). Del mismo modo, en la variable *Problemas de Control de la Ira*, el grupo de los pequeños es el que muestra un mayor índice de problemas. El grupo de 10-12 años, es el que tiene mayor variación (reducción), en dicha variable después de llevar a cabo el tratamiento ESC.
- iv. **Grupo de tratamiento-grupo control:** Se encuentran diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las variables *Problemas de Regulación Emocional* y *Problemas de Control de la Ira*. El grupo de tratamiento obtiene un menor nivel de problemas de regulación de emociones, mientras que la capacidad para controlar la ira tienen mayores dificultades que el grupo control.

A continuación, se recogen resumidamente aquellas variables del grupo 1 (Emociones), que han obtenido puntuaciones significativas:

VARIABLES DEL GRUPO 1 (Significación)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
<i>Problemas Emocionales (SENA, autoinforme), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	62,10	58,67	3,43	0,01 *
<i>Problemas Emocionales (SENA, familia), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,31
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,01 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,93

Problemas Emocionales (SENA, familia), grupo de intervención-grupo control		56,42	65,54	-9,11	0,03 *
Identificación de Emociones (NEPSY-II, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	23,15	25,85	-2,70	0,00 *
Identificación de Emociones (Sesión Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	4,15	5,67	-1,51	0,00 *
Identificación de Emociones (NEPSY-II, sujetos), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,45
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,24
Identificación de Emociones (NEPSY-II, sujetos), rango edad	13-14/10-12	25,65	25,14	0,50	0,88
	13-14/7-9	25,65	22,60	3,05	0,01 *
	10-12/7-9	25,14	22,60		
Expresión Emocional (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	1,23	1,56	-0,32	0,01 *
Expresión Emocional (Staxy-Na, sujetos), Control Externo, tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,46
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,76
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,05 *
Problemas de Regulación Emocional (SENA, familia), pretest-postest	<i>Padres</i>	66,15	61,07	5,07	0,00 *
Problemas de Control de la Ira (SENA, familia), pretest-postest	<i>Padres</i>	66,56	63,01	3,54	0,02 *
Regulación Emocional (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	0,82	1,45	-0,62	0,00 *
Problemas de Regulación Emocional (SENA, familia), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,83
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,01 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,80
Problemas de Regulación Emocional (SENA, familia), grupo de intervención-grupo control		58,95	70,09	-11,13	0,01 *
Problemas de Control de la Ira (SENA, familia), grupo de intervención-grupo control		9,02	7,95	1,06	0,05 *

VARIABLES DEL GRUPO 2 (Habilidades Socio-Comunicativas/Pragmática)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
Pragmática (CCC-2, familia), pretest-postest	<i>Inicio Inap. Comun.</i>	11,60	12,14	-0,53	0,29
	<i>Comun. No Verbal</i>	13,60	13,93	-0,32	0,53
	<i>Uso Contexto</i>	13,34	14,53	-1,18	0,02 *
	<i>Coherencia Comun.</i>	13,84	14,98	-1,14	0,01 *
Habilidades Socio-Comunicativas (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Identif. Pasos Saludos</i>	0,65	0,85	-0,20	0,00 *
	<i>Identif. Pasos Convers.</i>	0,50	0,75	-0,25	0,00 *
	<i>Planif./Ejec. Pas. Salud.</i>	0,70	0,85	-0,15	0,01 *
	<i>Planif./Ejec. Pas. Convers.</i>	0,64	0,68	-0,04	0,51
Pragmática (CCC-2, familia), Inicio Inapropiado de la Comunicación, tratamiento	<i>Con. Exp. (A)</i>				0,44
	<i>Pretest-postest (B)</i>				0,16
	<i>Interacción (AxB)</i>				0,51
Pragmática (CCC-2, familia), Comunicación No Verbal, tratamiento	<i>Con. Exp. (A)</i>				0,35
	<i>Pretest-postest (B)</i>				0,21
	<i>Interacción (AxB)</i>				0,28
Pragmática (CCC-2, familia), Uso del Contexto, tratamiento	<i>Con. Exp. (A)</i>				0,50
	<i>Pretest-postest (B)</i>				0,00 *
	<i>Interacción (AxB)</i>				0,37
Pragmática (CCC-2, familia), Coherencia en el Discurso, tratamiento	<i>Con. Exp. (A)</i>				0,28
	<i>Pretest-postest (B)</i>				0,03 *
	<i>Interacción (AxB)</i>				0,71
Pragmática (CCC-2, familia), Inicio Inapropiado de la Comunicación, rango edad	<i>13-14/10-12</i>	12,50	11,70	0,79	0,67
	<i>13-14/7-9</i>	12,50	11,45	1,05	0,52
	<i>10-12/7-9</i>	11,70	11,45	0,25	0,95
Pragmática (CCC-2, familia), Comunicación No Verbal, rango edad	<i>13-14/10-12</i>	14,67	12,91	1,75	0,09
	<i>13-14/7-9</i>	14,67	13,90	0,77	0,64
	<i>10-12/7-9</i>	12,91	13,90	-0,98	0,46
Pragmática (CCC-2, familia), Uso del Contexto,	<i>13-14/10-12</i>	15,20	13,70	1,49	0,22
	<i>13-14/7-9</i>	15,20	12,95	2,25	0,04 *

rango edad	10-12/7-9	13,70	12,95	0,75	0,68
Pragmática (CCC-2, familia), Coherencia en el Discurso, rango edad	13-14/10-12	14,35	14,95	-0,60	0,76
	13-14/7-9	14,35	13,82	0,52	0,83
	10-12/7-9	14,95	13,82	1,13	0,39
Pragmática (CCC-2, familia), Inicio Inapropiado de la Comunicación, grupo de intervención-grupo control		12,02	11,86	0,16	0,88
Pragmática (CCC-2, familia), Comunicación No Verbal, grupo de intervención-grupo control		13,50	13,45	0,04	0,96
Pragmática (CCC-2, familia), Uso del Contexto, grupo de intervención-grupo control		15,21	14,40	0,80	0,38
Pragmática (CCC-2, familia), Coherencia en el Discurso, grupo de intervención-grupo control		14,59	13,68	0,91	0,38

En resumen, después de analizar los resultados recogidos para cada una de las variables del Grupo 2: Habilidades Socio/comunicativas-Pragmática; a través de cuestionarios y tareas realizadas en la sesión de evaluación del Programa de Intervención ESC, podemos concluir que:

a. En la variable **Pragmática** (CCC-2, familia):

- i. **Pretest-Postest:** No se han encontrado diferencias significativas entre la fase pre y postest para las sub-variables *Inicio Inapropiado de la Comunicación* y *Comunicación No verbal* del cuestionario CCC-2, cumplimentado por las familias, según las percepciones de los padres de los sujetos que forman parte de la intervención. Las medias en ambas variables se mantienen similares antes y después de realizar las sesiones de tratamiento. Se encuentran diferencias significativas en las sub-variables *Uso del Contexto* y *Coherencia en el Discurso*, obteniendo una mejora en ambas, después del tratamiento, para los 64 sujetos.

- ii. Condición Experimental (tratamiento):** De acuerdo con la condición experimental, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las sub-variables del cuestionario CCC-2, a pesar de que sí se dan entre la fase pre y post para *Uso del Contexto* y *Coherencia en el Discurso*. El grupo de tratamiento farmacológico es el que obtiene mayores puntuaciones en las sub-variables *Inicio Inapropiado de la Comunicación*, *Comunicación no Verbal* y *Uso del Contexto* en el momento pretest. Sin embargo, el grupo de tratamiento psicoeducativo es el que mayor diferencia obtiene en las diferentes variables entre el momento inicial y final del estudio (aun así, existe poca variación entre las puntuaciones de los grupos, así como antes y después de llevar a cabo el tratamiento).
- iii. Rango de Edad:** No se encuentran diferencias significativas entre los grupos de edad para las sub-variables: *Inicio Inapropiado de la Comunicación*, *Comunicación No Verbal* y *Coherencia en el Discurso*, del cuestionario CCC-2. Se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones del grupo de menor edad (7-9 años) y el de mayor edad (13-14 años), a favor de este último, en la variable *Uso del Contexto*. El grupo de mayor edad (13-14 años), obtiene peores resultados en la variable *Inicio Inapropiado de la Comunicación* en la fase pretest, sin embargo, tanto el grupo de 7-9 años como el de 10-12 años, puntúa más alto después de llevar a cabo la intervención. En la variable *Comunicación No Verbal*, el grupo de 10-12 años no mejora sus resultados tras la intervención. En la variable *Coherencia en la Comunicación*, los tres grupos mejoran, siendo el de 10-12 años el que más diferencia obtiene, seguido del grupo de mayor edad. En *Uso del Contexto* los tres grupos mejoran, siendo el grupo de mayor edad el que mejores resultados obtiene con respecto al resto, así como antes y después de aplicar el programa.

iv. **Grupo de tratamiento-grupo control:** No existen diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo control para las sub-variables del cuestionario CCC-2. Las medias resultan similares para las variables *Inicio Inapropiado de la Comunicación* y *Comunicación no verbal*. El grupo que ha recibido tratamiento obtiene mejores resultados que el grupo control en las variables *Coherencia en el Discurso* y *Uso del Contexto* (sin que las diferencias lleguen a ser significativas).

b. En la variable **Habilidades Socio/Comunicativas** (Sesión de Evaluación ESC):

i. **Pretest-Posttest:** Se encuentran diferencias significativas en las variables *Identificación de Pasos para el Saludo*, *Identificación de Pasos para las Conversaciones*, *Planificación/Ejecución de Pasos para el Saludo*, por lo que existe mejoría en cada una de ellas, para los 64 sujetos. No se encuentran diferencias significativas en la variable *Planificación/Ejecución de Pasos para las Conversaciones* (a pesar de que las puntuaciones en la fase posttest mejoran en dicha variable).

A continuación, se recogen resumidamente aquellas variables del grupo 2 (Habilidades Socio/comunicativas), que han obtenido puntuaciones significativas:

VARIABLES DEL GRUPO 2 (Significación)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
Pragmática (CCC-2, familia), pretest-posttest	<i>Inicio Inap. Comun.</i>	11,60	12,14	-0,53	0,29
	<i>Comun. No Verbal</i>	13,60	13,93	-0,32	0,53
	<i>Uso Contexto</i>	13,34	14,53	-1,18	0,02 *
	<i>Coherencia Comun.</i>	13,84	14,98	-1,14	0,01 *
Habilidades Socio-Comunicativas (Sesión de	<i>Identif. Pasos Saludos</i>	0,65	0,85	-0,20	0,00 *
	<i>Identif. Pasos Convers.</i>	0,50	0,75	-0,25	0,00 *

Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Planif./Ejec. Pas. Salud.</i>	0,70	0,85	-0,15	0,01 *
	<i>Planif./Ejec. Pas. Convers.</i>	0,64	0,68	-0,04	0,51
Pragmática (CCC-2, familia), Uso del Contexto, rango edad	<i>13-14/10-12</i>	15,20	13,70	1,49	0,22
	<i>13-14/7-9</i>	15,20	12,95	2,25	0,04 *
	<i>10-12/7-9</i>	13,70	12,95	0,75	0,68

VARIABLES DEL GRUPO 3 (Identificación de Pensamientos/Teoría de la Mente)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
Teoría de la Mente (NEPSY-II, sujetos), pretest-postest	<i>TOM Verbal</i>	15,39	18,79	-3,40	0,00 *
	<i>TOM Contextual</i>	3,98	4,79	-0,81	0,01 *
	<i>TOM Total</i>	19,39	23,56	-4,17	0,00 *
Identificación de Pensamientos (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest		0,60	1,10	-0,50	0,00 *
Teoría de la Mente Verbal (NEPSY-II, sujetos), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,56
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,53
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,53
Teoría de la Mente Contextual (NEPSY-II, sujetos), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,03 *
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,21
Teoría de la Mente Total (NEPSY-II, sujetos), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,23
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,32
Teoría de la Mente Verbal (NEPSY-II, sujetos), rango edad	<i>13-14/10-12</i>	19,02	17,60	1,42	0,11
	<i>13-14/7-9</i>	19,02	14,00	4,47	0,00 *
	<i>10-12/7-9</i>	17,60	14,00	3,05	0,00 *
Teoría de la Mente Contextual (NEPSY-II, sujetos), rango edad	<i>13-14/10-12</i>	4,45	4,56	-0,11	0,93
	<i>13-14/7-9</i>	4,45	4,12	0,32	0,60
	<i>10-12/7-9</i>	4,56	4,12	1,42	0,36
Teoría de la Mente Total (NEPSY-II, sujetos), rango edad	<i>13-14/10-12</i>	23,47	22,12	1,35	0,26
	<i>13-14/7-9</i>	23,47	18,70	-4,77	0,00 *
	<i>10-12/7-9</i>	22,12	18,70	-3,42	0,00 *
Teoría de la Mente Verbal (NEPSY-II, sujetos), grupo de intervención-grupo control		19,09	15,27	3,82	0,00 *
Teoría de la Mente Contextual (NEPSY-II, sujetos), grupo de intervención-grupo control		4,83	4,13	0,69	0,02 *

<i>Teoría de la Mente Total (NEPSY-II, sujetos), grupo de intervención-grupo control</i>	23,85	19,40	4,44	0,00 *
---	-------	-------	------	--------

En resumen, después de analizar los resultados recogidos para cada una de las variables del Grupo 3: Identificación de Pensamientos/Teoría de la Mente; a través pruebas psicométricas y tareas realizadas en la sesión de evaluación del Programa de Intervención ESC, podemos concluir que:

- a. En la variable **Identificación de Pensamientos/Teoría de la Mente** (NEPSY-II/Sesión de Evaluación ESC):
 - ii. **Pretest-Posttest:** Se encuentran diferencias significativas para las variables *Teoría de la Mente Verbal*, *Contextual* y *Total*, medidas con las tareas de la batería NEPSY-II, realizadas por los 64 sujetos, después de llevar a cabo el Programa ESC. Del mismo modo, se encuentran diferencias significativas en la tarea de *Identificación de Pensamientos*, llevada a cabo por los sujetos en la sesión de evaluación del programa de intervención. Por tanto, se dan mejoras en todas las sub-variables, después de haber sido intervenidos.
 - iii. **Condición Experimental (tratamiento):** No se encuentran diferencias significativas para la variable *Teoría de la Mente Verbal* según la condición experimental de los sujetos que han formado parte de la investigación. El grupo de tratamiento farmacológico obtuvo mejores resultados para esta variable en la fase pretest; sin embargo, el grupo psicoeducativo fue el que obtuvo mayor mejoría después de llevar a cabo la intervención. Se encuentran diferencias significativas en la variable *Teoría de la Mente Contextual* en función de la condición experimental. El grupo de tratamiento psicoeducativo ha sido el que ha obtenido una mayor mejoría en dicha variable, seguido del combinado. No se encuentran diferencias significativas en la variable *Teoría de la Mente*

Total atendiendo a la condición experimental de los sujetos. El grupo de tratamiento psicoeducativo ha obtenido una mayor mejoría después de llevar a cabo la intervención.

- iv. **Rango de Edad:** Existen diferencias significativas para la variable *Teoría de la Mente Verbal*, en los grupos 13-14 años y 7-9 años (a favor del primer grupo). Por tanto, el grupo de mayor edad es el que realiza un mejor desempeño en tareas que corresponden a dicha variable, seguido del grupo 10-12 años. No existen diferencias significativas para la variable *Teoría de la Mente Contextual* en función del rango de edad de los sujetos, a pesar de que sí se dan tales diferencias cuando se compara a todo el grupo antes y después de llevar a cabo la intervención. El grupo de menor obtiene un peor desempeño en este tipo de tareas en la fase pretest, pero también obtiene una mayor diferencia entre la fase inicial y final, con respecto al resto de los grupos. Existen diferencias significativas entre la media del grupo de edad 13-14 años y la media del grupo de edad 7-9, así como entre la media del grupo de edad 10-12 años y la media del grupo de edad 7-9 años, para la variable *Teoría de la Mente Total*. Por lo que el grupo de menor edad muestra un peor rendimiento en dicha variable, con respecto al resto de sujetos de edad superior.
- v. **Grupo de tratamiento-grupo control:** Existen diferencias significativas para las variables *Teoría de la Mente Verbal*, *Teoría de la Mente Contextual* y *Teoría de la Mente Total*, al comparar los resultados en la fase pretest del control con los de la fase postest del grupo de tratamiento, a favor de este último. Por tanto, el tratamiento específico ESC mejora el desempeño en este tipo de tareas, con respecto a sujetos que no han sido intervenidos.

A continuación, se recogen resumidamente aquellas variables del grupo 3 (Identificación de Pensamientos/Teoría de la Mente), que han obtenido puntuaciones significativas:

VARIABLES DEL GRUPO 3 (Significación)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
<i>Teoría de la Mente (NEPSY-II, sujetos), pretest-postest</i>	<i>TOM Verbal</i>	15,39	18,79	-3,40	0,00 *
	<i>TOM Contextual</i>	3,98	4,79	-0,81	0,01 *
	<i>TOM Total</i>	19,39	23,56	-4,17	0,00 *
<i>Identificación de Pensamientos (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest</i>		0,60	1,10	-0,50	0,00 *
<i>Teoría de la Mente Contextual (NEPSY-II, sujetos), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,03 *
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,21
<i>Teoría de la Mente Total (NEPSY-II, sujetos), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,23
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,32
<i>Teoría de la Mente Verbal (NEPSY-II, sujetos), rango edad</i>	<i>13-14/10-12</i>	19,02	17,60	1,42	0,11
	<i>13-14/7-9</i>	19,02	14,00	4,47	0,00 *
	<i>10-12/7-9</i>	17,60	14,00	3,05	0,00 *
<i>Teoría de la Mente Total (NEPSY-II, sujetos), rango edad</i>	<i>13-14/10-12</i>	23,47	22,12	1,35	0,26
	<i>13-14/7-9</i>	23,47	18,70	-4,77	0,00 *
	<i>10-12/7-9</i>	22,12	18,70	-3,42	0,00 *
<i>Teoría de la Mente Verbal (NEPSY-II, sujetos), grupo de intervención-grupo control</i>		19,09	15,27	3,82	0,00 *
<i>Teoría de la Mente Contextual (NEPSY-II, sujetos), grupo de intervención-grupo control</i>		4,83	4,13	0,69	0,02 *
<i>Teoría de la Mente Total (NEPSY-II, sujetos), grupo de intervención-grupo control</i>		23,85	19,40	4,44	0,00 *

VARIABLES DEL GRUPO 4 (Habilidades Sociales)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
<i>Relaciones Interpersonales (BASC, autoinforme), pretest-postest</i>	<i>Sujetos</i>	46,78	45,51	1,26	0,34
<i>Integración y Competencia Social (SENA, familia), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	36,40	40,01	-3,37	0,05 *
<i>Relaciones Sociales (CCC-2, familia), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	12,89	14,14	-1,25	0,01 *
<i>Habilidades Sociales (BASC, familia), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	39,34	41,81	-2,46	0,02 *
<i>Liderazgo (BASC, familia), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	41,37	42,92	-1,54	0,02 *
<i>Relaciones Interpersonales (BASC, autoinforme), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,27
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,45
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,08
<i>Integración y Competencia Social (SENA, familia), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,84
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,12
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,13
<i>Relaciones Sociales (CCC-2, familia), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,00 *
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,42
<i>Habilidades Sociales (BASC, familia), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,95
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,68
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,68
<i>Liderazgo (BASC, familia), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,88
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,05 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,27
<i>Relaciones Interpersonales (BASC, autoinforme), rango edad</i>	<i>13-14/10-12</i>	41,55	49,27	-7,72	0,01 *
	<i>13-14/7-9</i>	41,55	47,00	-5,45	0,13
	<i>10-12/7-9</i>	49,27	47,00	2,27	0,68
<i>Integración y Competencia Social (SENA, familia), rango edad</i>	<i>13-14/10-12</i>	39,77	34,97	4,79	0,31
	<i>13-14/7-9</i>	39,77	40,90	-1,12	0,94
	<i>10-12/7-9</i>	34,97	40,90	-5,92	0,17
<i>Relaciones Sociales (CCC-2, familia), rango edad</i>	<i>13-14/10-12</i>	13,40	13,66	-0,26	0,95

	13-14/7-9	13,40	13,45	-0,05	0,99
	10-12/7-9	13,66	13,45	0,21	0,97
Habilidades Sociales (BASC, familia), rango edad	13-14/10-12	40,20	39,89	0,30	0,99
	13-14/7-9	40,20	41,77	-1,54	0,84
	10-12/7-9	39,89	41,77	-1,87	0,75
	13-14/10-12	40,65	41,50	-0,85	0,96
Liderazgo (BASC, familia), rango edad	13-14/7-9	40,65	44,42	-3,77	0,25
	10-12/7-9	41,50	44,42	-2,92	0,40
		47,35	45,09	2,26	0,49
Relaciones Interpersonales (BASC, autoinforme), grupo de intervención-grupo control					
Integración y Competencia Social (SENA, familia), grupo de intervención-grupo control		41,71	38,36	3,35	0,40
Relaciones Sociales (CCC-2, familia), grupo de intervención-grupo control		13,78	13,45	0,33	0,44
Habilidades Sociales (BASC, familia), grupo de intervención-grupo control		41,90	39,77	2,13	0,51
Liderazgo (BASC, familia), grupo de intervención-grupo control		43,92	38,72	5,20	0,05*

VARIABLES DEL GRUPO 4 (Habilidades de Resolución de Conflictos)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
Problemas de Conducta (SENA, autoinforme), pretest-postest	Sujetos	52,46	53,24	-1,17	0,41
Problemas con los Compañeros (SENA, autoinforme), pretest-postest	Sujetos	53,93	44,15	9,77	0,00 *
Problemas con los Compañeros (SENA, familia), pretest-postest	Padres	67,90	64,43	3,46	0,01 *
Identificación del Problema (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	Sujetos	1,78	2,46	-0,68	0,00 *
Identificación de Críticas (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	Sujetos	0,56	0,70	-0,14	0,06
Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación, P. ESC,	Sujetos	1,64	2,34	-0,70	0,00 *

<i>sujetos), pretest-postest</i>							
Problemas de Conducta (SENA, autoinforme), tratamiento				Con. Exp. (A)		0,36	
				Pretest-postest (B)		0,55	
				Interacción (AxB)		0,88	
Problemas con los Compañeros (SENA, autoinforme), tratamiento				Con. Exp. (A)		0,06	
				Pretest-postest (B)		0,00 *	
				Interacción (AxB)		0,03 *	
Problemas con los Compañeros (SENA, familia), tratamiento				Con. Exp. (A)		0,95	
				Pretest-postest (B)		0,04 *	
				Interacción (AxB)		0,63	
Problemas de Conducta (SENA, autoinforme), rango edad		13-14/10-12	49,17	53,16	-3,99	0,36	
		13-14/7-9	49,17	56,80	-7,62	0,03 *	
		10-12/7-9	53,16	56,80	-3,63	0,43	
Problemas con los Compañeros (SENA, familia), rango edad		13-14/10-12	40,80	48,75	-5,61	0,14	
		13-14/7-9	40,80	41,89	-1,90	0,81	
		10-12/7-9	48,75	41,89	3,70	0,43	
Problemas con los Compañeros (SENA, familia), rango edad		13-14/10-12	66,25	64,02	2,22	0,82	
		13-14/7-9	66,25	68,87	-2,42	0,81	
		10-12/7-9	64,02	68,87	-4,65	0,43	
Problemas de Conducta (SENA, autoinforme), grupo de intervención-grupo control				53,45	53,90	-0,45	0,89
Problemas con los Compañeros (SENA, autoinforme), grupo de intervención-grupo control				43,95	52,04	-8,70	0,01 *
Problemas con los Compañeros (SENA, familia), grupo de intervención-grupo control				63,00	69,36	-6,36	0,13

En resumen, después de analizar los resultados recogidos para cada una de las variables del Grupo 4: Habilidades Sociales/Resolución de Conflictos; a través pruebas psicométricas y tareas realizadas en la sesión de evaluación del Programa de Intervención ESC, podemos concluir que:

- a. En la variable **Habilidades Sociales** (BASC -autoinforme/familia-, SENA -familia-, CCC-2/Sesión de Evaluación ESC):
 - i. **Pretest-Postest:** No se encuentran diferencias significativas en la variable *Relaciones Interpersonales* antes y después de llevar a cabo el programa de intervención. De acuerdo con las percepciones de los sujetos, los resultados en dicha variable resultan inferiores después de llevar a cabo el tratamiento. Se encuentran diferencias significativas en las variables *Integración y Competencia Social*, *Relaciones Sociales*, *Habilidades Sociales* y *Liderazgo*, entre la fase pretest y postest, de acuerdo con la información aportada por los padres. Los sujetos, por tanto, mejoran en dichas habilidades después de llevar a cabo el tratamiento ESC.
 - ii. **Condición Experimental (tratamiento):** No se encuentran diferencias significativas para la variable *Relaciones Interpersonales*, según las percepciones de los sujetos que han participado en la intervención, en función de la condición experimental. El grupo de tratamiento farmacológico inicia la intervención con una puntuación superior al resto de los grupos, pero finaliza la misma con peores resultados que en la fase pretest. El grupo de tratamiento psicoeducativo es el que obtiene mejores resultados con respecto al pretest. No se encuentran diferencias significativas en la variable *Integración y Competencia Social*, así como en *Habilidades Sociales* y en *Liderazgo*, según las percepciones de los padres de los participantes. Atendiendo a la variable *Integración y Competencia Social*, el grupo de tratamiento combinado es el que mayor diferencia presenta entre la fase pretest y postest, seguido del psicoeducativo. En cuanto a las variables *Habilidades Sociales* y

- Liderazgo*, el grupo de tratamiento psicoeducativo es el que muestra mayor diferencia entre la fase pretest y postest. Se encuentran diferencias significativas en la variable *Relaciones Sociales*, según las percepciones de las familias de los sujetos intervenidos. El grupo de tratamiento psicoeducativo es el que inicia la fase pretest con peores resultados, mientras que el farmacológico lo hace con las puntuaciones más elevadas. Sin embargo, la mayor diferencia entre los resultados del pretest y postest las obtiene el grupo de tratamiento psicoeducativo.
- iii. Rango de Edad:** Existen diferencias significativas entre el grupo de edad 13-14 años y el grupo 10-12 años (a favor del segundo grupo), en la variable *Relaciones Interpersonales*, según las percepciones de los participantes en la investigación. El grupo 10-12 años es el que mejores puntuaciones obtiene en esta variable, seguido del grupo de menor edad (7-9 años). No existen diferencias significativas entre grupos para el resto de variables: *Integración y Competencial Social*, *Relaciones Sociales*, *Habilidades Sociales* y *Liderazgo*, según las percepciones de los padres de los sujetos, en función de la condición experimental. En la variable *Integración y Competencia Social*, el grupo 10-12 años es el que ha obtenido mayor diferencia (mejoría), antes y después de recibir el tratamiento ESC, seguido del grupo 13-14 años. Atendiendo a la variable *Relaciones Sociales* y *Habilidades Sociales*, el grupo 13-14 años es el que ha obtenido un mayor aumento en la fase postest, con respecto a las puntuaciones obtenidas al inicio de la intervención y respecto al resto de grupos. Para la variable *Liderazgo*, el grupo que obtiene peores resultados es el de mayor edad (13-14 años), mientras que el grupo de menor edad (7-9 años), es el que obtiene una mayor diferencia antes y después de llevar a cabo el programa de intervención ESC, así como con respecto al resto de grupos.
- iv. Grupo de tratamiento-grupo control:** No existen diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo control en la variable *Relaciones Interpersonales*, de acuerdo con la información aportada por los

participantes (a pesar de que el grupo de tratamiento obtiene mejores resultados en la misma). No existen diferencias significativas entre ambos grupos para las variables *Integración y Competencia Social, Relaciones Sociales y Habilidades Sociales*, según las percepciones de los padres de los sujetos. En las tres variables, el grupo de tratamiento obtiene mejores resultados que el grupo que aún no ha iniciado la intervención. Existen diferencias significativas para la variable *Liderazgo*, según las percepciones de los padres de los participantes, a favor del grupo de tratamiento, con respecto al grupo control.

b. En la variable **Resolución de Conflictos** (BASC SENA/Sesión de Evaluación ESC):

- i. **Pretest-Posttest:** No se encuentran diferencias significativas en la variable *Problemas de Conducta* entre la fase pretest y posttest. De acuerdo con la información aportada por los propios sujetos, sus problemas de conducta aumentan después de haber llevado a cabo el programa de intervención ESC. Se encuentran diferencias significativas en la variable *Problemas con los Compañeros*, ya sea desde el punto de vista de los participantes del programa como de sus familias, antes y después de llevar a cabo el programa de intervención ESC. En ambas variables, los sujetos reducen el nivel de problemas con sus compañeros, después del tratamiento recibido.
- ii. **Condición Experimental (tratamiento):** No se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones de los grupos según el tipo de tratamiento recibido, para la variable *Problemas de Conducta* (de acuerdo con las percepciones de los sujetos intervenidos). Las medias para cada uno de los grupos son similares entre la fase pretest y postes, encontrando un leve aumento del índice de problemas de conducta para el grupo de tratamiento combinado, después de llevar a cabo el programa específico ESC. No se dan diferencias significativas entre grupos de tratamiento para la variable *Problemas con los Compañeros*, de acuerdo con la

información aportada por los participantes; sin embargo, sí que existe una interacción entre los factores “condición experimental” -tipo de tratamiento-, y “momento de la evaluación”-pretest-posttest-. El grupo de tratamiento psicoeducativo es el que muestra mayores diferencias (mejoras), entre la fase pretest y posttest, seguido del grupo de tratamiento combinado. No se encuentran diferencias significativas entre grupos para la variable *Problemas con los Compañeros* según las percepciones de los padres, según el tipo de tratamiento recibido por los sujetos. El grupo de tratamiento combinado es el que obtiene una mayor reducción en el índice de *Problemas con los Compañeros* después de recibir dicho programa ESC, seguido del farmacológico.

- iii. **Rango de Edad:** Existen diferencias significativas entre el grupo de edad 13-14 años y el grupo de edad 7-9 años (el grupo de menor edad es el que considera que tiene más *Problemas de Conducta*, seguido del grupo de 10-12 años), según su propia percepción. No existen diferencias significativas entre grupos de edad para la variable *Problemas con los Compañeros* (ya sea medida con la información aportada por los propios participantes o por sus familias). En la variable *Problemas con los Compañeros*, según las percepciones de los sujetos, el grupo mayor edad (13-14 años), es el que obtiene una mayor diferencia (reducción del índice de problemas), seguido del grupo de menor edad, antes y después de llevar a cabo el programa de intervención ESC. Según las percepciones de las familias de los participantes, el grupo de edad 10-12 años, es el que obtiene una mayor diferencia entre la fase pretest y posttest, y por tanto, el que menos problemas presenta en dicho índice.
- iv. **Grupo de tratamiento-grupo control:** No existen diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo control, para las variables *Problemas de Conducta*, medida con la información aportada por los sujetos; así como para la variable *Problemas con los Compañeros*, de acuerdo con la información aportada por la

familia. En la variable *Problemas de Conducta*, apenas se aprecian diferencias entre las medias de ambos grupos. En la variable *Problemas con los Compañeros*, a pesar de no encontrar diferencias significativas, el grupo de tratamiento presenta un menor índice que el grupo control. Se encuentran diferencias significativas en la variable *Problemas con los Compañeros*, de acuerdo con las percepciones de los participantes, a favor del grupo de tratamiento (presenta un menor índice de problemas en las relaciones con sus compañeros).

A continuación, se recogen resumidamente aquellas variables del grupo 4 (Habilidades Sociales/Resolución de Conflictos), que han obtenido puntuaciones significativas:

VARIABLES DEL GRUPO 4 (Significación)		μ_a	μ_b	$\mu_a - \mu_b$	T
<i>Integración y Competencia Social (SENA, familia), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	36,40	40,01	-3,37	0,05 *
<i>Relaciones Sociales (CCC-2, familia), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	12,89	14,14	-1,25	0,01 *
<i>Habilidades Sociales (BASC, familia), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	39,34	41,81	-2,46	0,02 *
<i>Liderazgo (BASC, familia), pretest-postest</i>	<i>Padres</i>	41,37	42,92	-1,54	0,02 *
<i>Relaciones Sociales (CCC-2, familia), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,00 *
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,42
<i>Liderazgo (BASC, familia), tratamiento</i>		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,88
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,05 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,27
<i>Relaciones Interpersonales (BASC, autoinforme), rango edad</i>	<i>13-14/10-12</i>	41,55	49,27	-7,72	0,01 *
	<i>13-14/7-9</i>	41,55	47,00	-5,45	0,13
	<i>10-12/7-9</i>	49,27	47,00	2,27	0,68

Liderazgo (BASC, familia), grupo de intervención-grupo control		43,92	38,72	5,20	0,05*
Problemas con los Compañeros (SENA, autoinforme), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	53,93	44,15	9,77	0,00 *
Problemas con los Compañeros (SENA, familia), pretest-postest	<i>Padres</i>	67,90	64,43	3,46	0,01 *
Identificación del Problema (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	1,78	2,46	-0,68	0,00 *
Planificación de Respuestas (Sesión de Evaluación, P. ESC, sujetos), pretest-postest	<i>Sujetos</i>	1,64	2,34	-0,70	0,00 *
Problemas con los Compañeros (SENA, autoinforme), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,06
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,00 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,03 *
Problemas con los Compañeros (SENA, familia), tratamiento		<i>Con. Exp. (A)</i>			0,95
		<i>Pretest-postest (B)</i>			0,04 *
		<i>Interacción (AxB)</i>			0,63
Problemas de Conducta (SENA, autoinforme), rango edad	<i>13-14/10-12</i>	49,17	53,16	-3,99	0,36
	<i>13-14/7-9</i>	49,17	56,80	-7,62	0,03 *
	<i>10-12/7-9</i>	53,16	56,80	-3,63	0,43
Problemas con los Compañeros (SENA, autoinforme), grupo de intervención-grupo control		43,95	52,04	-8,70	0,01 *

7.2. DISCUSIÓN

La investigación de campo que hemos presentado a lo largo del capítulo anterior nace con el objetivo principal de *aplicar un Programa de Intervención Emocional, Socio, Cognitivo (ESC), y comprobar su eficacia para potenciar elementos del Sistema Ejecutivo: emociones, procesos psicológicos superiores y funciones ejecutivas; para favorecer la adquisición de habilidades emocionales, sociales y comunicativas*, en una muestra de 64 niños y niñas con TDAH, de edades comprendidas entre los 7 y 14 años, con el fin de mejorar su capacidad de adaptación al entorno.

Para ello, se han diseñado sesiones que han sido aplicadas al grupo de intervención (grupo 1); y como comentamos en el apartado anterior, se han comparado los resultados obtenidos por los participantes antes y después de llevar a cabo la misma. En segundo lugar, se ha realizado una comparación de medidas de cada una de las variables del primer grupo de intervención con un grupo control (que todavía no había recibido el tratamiento). A su vez, dentro del grupo 1 de intervención se han desglosado grupos que se diferencian por rango de edad y por tipo de tratamiento recibido (farmacológico/ESC, psicoeducativo/ESC, combinado/ESC). Para comprobar los cambios experimentados por los participantes, se ha recogido información a través de pruebas de evaluación psicométrica realizadas por los sujetos (NEPSY-II), y por las propias sesiones de evaluación del programa ESC; así como de cuestionarios de valoración que han sido cumplimentados por los propios sujetos (BASC, SENA, STAXY-NA) y sus familias (BASC, SENA, CCC-2).

Después de haber realizado los análisis de datos en función de las variables estudiadas, a continuación llevaremos a cabo la discusión de los resultados encontrados, agrupados como sigue:

- En primer lugar, analizamos y discutimos las mejorías encontradas en las variables de los cuatro grupos, después de haber llevado a cabo el programa específico de intervención ESC, comenzando por

aquellos datos recogidos a través de la información aportada por los participantes en los diferentes cuestionarios, así como en las pruebas psicométricas y sesión de evaluación del programa ESC; a continuación, analizaremos los datos obtenidos en los cuestionarios cumplimentados por los padres de los sujetos. Por último, analizamos y discutimos los resultados encontrados al comparar al grupo de tratamiento con el grupo control, a través de pruebas psicométricas realizadas a los propios sujetos, así como de la información aportada por ellos mismos y sus padres, en los diferentes cuestionarios.

- En segundo lugar, revisamos aquellas variables que no han obtenido mejoras después de llevar a cabo el tratamiento ESC, en función de si la información ha sido recogida a través de las pruebas realizadas por los participantes, o de los cuestionarios cumplimentados por los sujetos y/o sus familias. Se recogen, además, aquellos resultados que no muestran mejoras en función de la condición experimental y el rango de edad de los sujetos.
- En tercer lugar, revisamos los resultados obtenidos según la condición experimental de los sujetos (tipo de tratamiento recibido: farmacológico, psicoeducativo, combinado), obtenidos a partir de cuestionarios cumplimentados por los sujetos y sus familias, y pruebas psicométricas.
- Por último, se discuten los datos hallados en función del rango de edad de los sujetos (grupo de edad 7-9 años, 10-12 años, 13-14 años), a partir de pruebas psicométricas y cuestionarios.

7.2.1. Resultados que muestran mejoras en las variables de los cuatro grupos, después de llevar a cabo el Programa Específico de Intervención ESC, así como entre el grupo de tratamiento vs el grupo control:

Los datos obtenidos en las *variables del primer grupo*: Problemas Emocionales, Problemas de Regulación Emocional y Problemas de Control de la Ira (información aportada por la familia), Identificación de Emociones (pruebas psicométricas y tareas realizadas por los participantes), Expresión de Emociones y Regulación de Emociones (tareas realizadas por los participantes en el programa ESC), muestran mejoras significativas después de llevar a cabo las sesiones específicas de intervención del programa Emocional, Socio, Cognitivo. Las variables: Problemas Emocionales, Expresión Interna de la Ira y Control Interno de la Ira (información aportada por los participantes en los cuestionarios), a pesar de no mostrar diferencias significativas, mejoran su puntuación una vez llevado a cabo el paquete de intervención ESC. Por tanto, el programa de intervención ESC mejora la capacidad de los sujetos diagnosticados con TDAH para identificar, expresar y regular sus emociones, así como reduce los problemas para controlar emociones negativas.

Para asegurarnos de que el programa de intervención resulta un instrumento fiable en cuanto a las posibilidades de mejora en cada una de las variables medidas, se han comparado los resultados no solo del primer grupo de sujetos antes y después de llevar a cabo el programa (intra-sujetos), sino que se ha incluido la comparación de resultados de aquellos sujetos que habían sido intervenidos con los del grupo control, que aún no había recibido tratamiento ESC (inter-sujetos). En este segundo análisis, los datos recogidos para las *variables del primer grupo*: Problemas Emocionales, Problemas de Regulación Emocional y Problemas de Control de la Ira (información aportada por los padres en los cuestionarios), muestran mejoras significativas a favor del grupo de sujetos diagnosticados con TDAH que ha recibido tratamiento específico ESC. Las variables: Problemas Emocionales, Expresión Interna de la Ira, Control Interno y

Externo de la Ira (cuestionarios cumplimentados por los sujetos), así como Identificación de Emociones (pruebas psicométricas realizadas por los sujetos), obtienen mejor resultado en el grupo de tratamiento que en el grupo control (sin llegar a mostrar diferencias significativas).

La implementación de programas dirigidos a potenciar la identificación y comprensión de emociones en otros resulta un recurso exitoso a edades tempranas en niños que no padecen el trastorno. Ambrona, López y Márquez (2012), encontraron mejoras significativas para cada una de las variables medidas, después de llevar a cabo el paquete de tratamiento emocional en una muestra de niños normotípicos de Educación Primaria, mientras que no se observaron cambios para el grupo control. Sin embargo, coincidimos con la aportación realizada por Albert et al. (2008), en torno al reducido número de estudios que profundizan en el conocimiento de déficit socio-emocionales en personas con TDAH, y de las diferentes opciones para su diagnóstico y tratamiento. Algunos estudios descriptivos y conductuales sí que documentan los problemas que este colectivo manifiesta al respecto (principalmente aluden a síntomas que se consideran colaterales a los que lo caracterizan), pero, de acuerdo con la revisión que nosotros mismos hemos llevado a cabo para justificar nuestra investigación, la bibliografía de carácter experimental resulta aún más limitada.

En consonancia con nuestros resultados, trabajos como los de Arco et al. (2003), Miranda et al. (2000), o Montiel (2002), llevados a cabo con un diseño similar (aunque sin contar con los mismos instrumentos para la recogida de información), y que además incluyeron variables socio-emocionales (entre otras), así como la participación de padres y profesores de los sujetos diagnosticados con el trastorno; observaron ganancias estadísticamente significativas tras llevar a cabo la intervención para los diferentes grupos en las variables medidas (sujetos y familias). En concreto, y centrándonos en variables similares a las de nuestro objeto de estudio, la investigación llevada a cabo por Miranda et al. (2000), encontró una reducción significativa en las variables Conducta Antisocial y Retraimiento, según la información aportada por los padres de los sujetos que formaban la

muestra. De acuerdo con los profesores, se obtuvo una mejora significativa en Autocontrol y Habilidades Sociales.

El estudio llevado a cabo por Herrero et al. (2010), con 27 sujetos diagnosticados con TDAH, con el objeto de analizar los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH, y comparar los mismos en tres momentos: antes del tratamiento, después del mismo y a lo largo de su seguimiento; incluyó un programa específico para niños, otro para padres, y otro para profesores, donde se trabajaron técnicas de modificación de conducta, técnicas cognitivo-conductuales, adaptaciones académicas y habilidades sociales. En la variable Adaptación Emocional, se produjeron cambios significativos en los tres momentos, así como en Problemas de Ansiedad. Los datos aportados por los padres muestran mejorías significativas en la variable Timidez/Retraimiento. De acuerdo con la información aportada por los profesores, se dan mejoras significativas tras el tratamiento en las variables Conducta Antisocial y Agresividad.

Miranda et al. (2000, 2008), avalan la importancia de contar con la opinión y el entrenamiento de padres, de niños diagnosticados con el trastorno, en el proceso de intervención, ya que éstos pueden aportar información esencial sobre los efectos positivos que se ponen de manifiesto en casa, y consecuentemente, de la generalización de habilidades adquiridas a otros ambientes. Además, con el diseño de este tipo de programas aumentan las posibilidades de reducir el nivel de estrés, culpabilidad o inseguridad de los progenitores, otorgándoles la oportunidad de aprender a emplear estrategias adecuadas para la intervención con sus hijos. Todo ello va a favorecer las interacciones que el niño tiene día a día en los diferentes sistemas en los que se encuentra inmerso, y por tanto, va a otorgarle un mayor número de oportunidades para potenciar su desarrollo emocional.

Además, para futuras investigaciones consideramos una opción de interés incluir al profesorado como parte integrante de la muestra, ya que, como hemos referenciado a lo largo del capítulo 5, el tratamiento a personas diagnosticadas con TDAH debe encuadrarse dentro de los contextos en los

que éstas se desenvuelven (y en el caso de nuestro estudio, por tratarse de sujetos que se encuentran en edad escolar), implicando a las personas que más se relacionan con ellas. En este sentido, consideramos que maestros y profesores constituyen un elemento fundamental para aportar información del ámbito socio-emocional y para actuar como guía de su comportamiento no solo a nivel académico, ya que presencian gran parte de las interacciones que tiene el sujeto con sus iguales.

En cuanto a la variable Identificación de Emociones; Shapiro, Hughes, August y Bloomquist (1993), y Uekerman et al. (2010), coinciden con nuestra hipótesis en torno a que las personas con TDAH presentan más dificultades que los controles en la identificación emocional en otros. Ambos aluden, en concreto, al déficit en el reconocimiento emocional en caras humanas, especialmente, aquellos sujetos con TDAH que pertenecen a rangos de edad inferiores resultan ser menos precisos en el reconocimiento de las mismas. Uekerman et al. (2010), señalan las dificultades en el reconocimiento emocional, no solo de caras, sino de estados emocionales, prosodia..., especialmente en individuos de edad inferior. Otros estudios, sin embargo, encuentran menos diferencias entre la capacidad de identificación emocional en caras humanas en niños que presentan el trastorno respecto a niños normotípicos (Singh et al., 1998). En concreto, los sujetos con TDAH tienen más dificultades para reconocer las emociones cuando éstas son negativas (como el miedo o el enfado). Este hecho nos permite justificar la necesidad que planteábamos a la hora de diseñar nuestro paquete de intervención, de trabajar de manera específica sobre emociones primarias negativas (ira, tristeza, miedo, principalmente). De cara a futuras líneas de investigación, consideramos necesario llevar a cabo un análisis pormenorizado de las tareas de reconocimiento de caras (a través de la batería NEPSY-II), para poder determinar exactamente cuáles han sido las emociones peor reconocidas por los individuos con TDAH, así como para esclarecer en qué grado estas dificultades se relacionan con los problemas ejecutivos que manifiesta el trastorno, con el fin de determinar si dichas deficiencias constituirían síntomas primarios o secundarios. Estudios como

los de Rapport, Friedman, Tzelepis y Van Voorhis (2002), descartan que el origen de las dificultades en tareas de reconocimiento afectivo se encuentre en alteraciones relacionadas con los síntomas nucleares del trastorno, tras llevar a cabo tareas de control emocionalmente neutras que requerían de habilidades cognitivas propias de dicho dominio, y por tanto, argumentan la existencia de una discapacidad primaria en el reconocimiento y comprensión de expresiones faciales asociadas a emociones. Desde nuestro punto de vista, y en función de los datos encontrados, consideramos que, probablemente, las dificultades a la hora de identificar emociones a través de caras se deban a un desarrollo tardío de habilidades de procesamiento emocional, supeditado a los déficit ejecutivos que resultan centrales en el trastorno y que, con una intervención específica, se ven ciertamente mejorados, especialmente en aquellos sujetos de mayor edad.

Respecto a las variables Expresión y Regulación Emocional, a lo largo de todo el programa se han presentado y trabajado de manera conjunta. Como se comentó a lo largo del capítulo tres, el patrón de interacción de estos niños se caracteriza por una expresión emocional desajustada (reacciones excesivamente intensas), con episodios frecuentes de ira y agresión, y problemas de autorregulación (Wehmeier et al., 2010). Al diseñar el programa, consideramos que la adquisición de habilidades de regulación emocional aseguraría la mejora en la expresión de emociones negativas. Por ello, en las tareas realizadas, la secuencia de trabajo ha sido: en primer lugar, se ha analizado cómo se expresa la emoción negativa sobre la que se estaba incidiendo en ese momento, qué consecuencias ha tenido ese comportamiento así como la identificación de errores; y a continuación, qué estrategias pueden ser empleadas para regular estados somáticos y pensamientos asociados, así como sus consecuentes respuestas, en situaciones similares futuras. Al analizar los resultados encontrados en la variable Expresión de Emociones a través del programa de intervención, así como en las variables relacionadas con Regulación de Emociones, del propio programa y las recogidas en los cuestionarios cumplimentados por padres, obtenemos mejoras significativas después de llevar a cabo el mismo.

Sin embargo, las variables medidas con el Staxy-Na no muestran grandes cambios. De las cuatro sub-escalas de este inventario, ninguna ha mostrado diferencias significativas entre la fase pretest y posttest, sí hemos encontrado que, tanto para la expresión interna como para el control interno de la ira, se han obtenido mejoras después de llevar a cabo el programa, así como para la expresión interna y el control interno y externo del grupo de intervención respecto al grupo control. Nos ha llamado la atención la poca variabilidad que existe en las puntuaciones obtenidas en cada variable en los diferentes momentos de la evaluación. Creemos que es necesario resaltar el hecho de que este cuestionario está confeccionado en un solo formato destinado a sujetos de entre 8 y 17 años (mientras que el resto de autoinformes -SENA/BASC-, cuentan con modelos dirigidos y adaptados a diferentes rangos de edad), por lo que habría que analizar si los sujetos de menor edad comprenden adecuadamente cada uno de los ítems planteados para el índice de expresión emocional. Además, las respuestas se presentan en una escala numérica de 1 a 3 puntos, lo que puede dar lugar a que los sujetos tiendan a responder en los extremos, sin tomar el tiempo necesario para analizar objetivamente aquello que se les pregunta. López et al. (2012), llevaron a cabo un estudio con menores que habían sufrido maltrato, empleado dicho cuestionario como uno de los instrumentos de recogida de información. En el análisis de la fiabilidad del mismo, hacen referencia a la existencia de una consistencia interna adecuada para las dos escalas principales de la prueba (estado-rasgo), mientras que los coeficientes alfa para el resto de las escalas (expresión interna-externa y control de la ira), resultaron más moderados. Por ello, consideramos adecuado elegir otros instrumentos, que midieran índices similares y se presentaran en un formato aproximado a este (aunque han sido cumplimentados por los padres de los sujetos), con el objeto de comparar la información de dichas variables. Al analizar los datos aportados por los padres en la variable Control de la Ira, o el desempeño de los participantes en Expresión de Emociones, medida en el programa de intervención, sí que podemos afirmar las mejoras para todo el

grupo de sujetos que conforma la muestra, después de llevar a cabo el programa.

No hemos encontrado estudios que analizaran dichas variables con los mismos instrumentos empleados en nuestra investigación; sin embargo, trabajos como los de Wender, Reimherr, Wood y Ward (1985), Wender, Reimher y Wood (1993), Reimherr et al. (2005), observaron la presencia de problemas afectivos (labilidad emocional, excesiva reactividad emocional y carácter irritable), en una muestra de adultos diagnosticados con TDAH, que no presentaban otros trastornos afectivos, y cuyos síntomas respondieron al tratamiento psicoestimulante (metilfenidato, atomoxetina), de la misma manera que aquellos que resultaban categoriales para el trastorno (atención, hiperactividad, impulsividad). Este hecho, junto con las mejoras encontradas en nuestro estudio, nos permite justificar una vez más la necesidad de llevar a cabo una atención específica a los problemas que las personas con TDAH presentan para expresar y modular la valencia de estados emocionales negativos, y comenzar con la rehabilitación de tales procesos desde la niñez, para no correr el riesgo de que tales problemas continúen y se agudicen en la edad adulta. Como se ha comentado anteriormente, el trastorno suele tener una continuidad en la edad adulta en más del 50 % de los casos (Loro et al., 2015), de ahí la importancia de su diagnóstico temprano y de llevar a cabo una intervención continuada. Los sujetos con TDAH, sobre todo en edades escolares, tienen problemas con el manejo de emociones, especialmente cuando son negativas. Por ello, y siguiendo los resultados encontrados, deberíamos considerar en futuras investigaciones, la posibilidad de analizar en mayor profundidad si la ira constituye la emoción más compleja en cuanto a su reconocimiento, comprensión y manejo, para este colectivo.

Por otro lado, se produjo una reducción significativa en sus Problemas de Regulación Emocional, al igual que en Problemas con el Control de la Ira, después de llevar a cabo el programa de intervención, así como en el grupo de tratamiento respecto al control. Del mismo modo, se

observan mejoras en las tareas de regulación de emociones, medidas en la sesión de evaluación del programa, antes y después de llevarlo a cabo. Estudios como los de Kitchens, Rosen y Braaten (1999), Maedgen y Carlson (2000), Jensen y Rosén (2004), Bauermeister et al. (2005), y de Wemeier, Schacht y Barkley (2010); ponen de manifiesto las dificultades que experimentan las personas con TDAH para controlar sus emociones, especialmente cuando éstas resultan negativas (ira, miedo, tristeza), pues tienen reacciones más extremas y elevados niveles de agresividad, en comparación con la población general. A pesar de las mejorías que hemos observado en estas variables después de llevar a cabo nuestro programa, estudios como los de Walcott y Landau (2004), encontraron que estos niños presentan dificultades para regular sus emociones, incluso después de darles instrucciones específicas para hacerlo.

Siguiendo nuestro modelo, así como de acuerdo con algunas propuestas teóricas que hemos analizado: Barkley (2006), Lavigne y Romero (2010); la autorregulación constituye un proceso propio del SE que nos permite modular las emociones y que, debido a su disfunción, puede provocar en estos sujetos una serie de problemas como el aumento inadecuado de la respuesta emocional ante determinadas situaciones y problemas para regular y manejar estados emocionales. Diferentes estudios muestran como, tanto niños como adultos con TDAH, manifiestan problemas para expresar adecuadamente y controlar sus emociones. Los trabajos de Wender et al. (1985, 1993), y Reimherr et al. (2005), muestran cómo el tratamiento farmacológico mejora estos déficit en población adulta, mientras que no parece ocurrir lo mismo en niños (Jensen y Rosen, 2004; Johnson y Rosen, 2000; Schachter, Phan, King, Langford y Moher, 2001). Al comparar estos datos con los de nuestro estudio, resaltamos de nuevo la propuesta justificada a lo largo del capítulo cinco, de llevar a cabo una intervención multicomponente en la que se dé cabida no sólo al tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual, sino que comprenda aspectos relacionados con el control de emociones y pensamientos, así como con la

adquisición de estrategias conductuales para manejar situaciones de conflicto emocional y social.

Los datos obtenidos en las *variables del segundo grupo*: Uso del Contexto y Coherencia en la Comunicación (información aportada por la familia), Identificación de Pasos para el Saludo, Identificación de Pasos para las Conversaciones y Planificación/Ejecución de Pasos en el Saludo (tareas realizadas por los participantes), muestran mejorías significativas después de llevar a cabo el programa intervención Emocional, Socio, Cognitivo. Las variables Comunicación No verbal (cuestionarios cumplimentados por las familias) y Planificación/Ejecución de Pasos en las Conversaciones (tareas realizadas en la sesión de evaluación del programa ESC), no obtienen diferencias significativas entre la fase pretest y posttest, a pesar de que sí mejoran después de la fase de intervención. Del mismo modo, los datos recogidos para las *variables del segundo grupo*: Comunicación No Verbal, Uso del Contexto y Coherencia en el Discurso (información aportada por los padres en los cuestionarios), muestran mejoras a favor del grupo de sujetos diagnosticados con TDAH que ha recibido tratamiento específico ESC, sin que éstas resulten significativas.

De acuerdo con los estudios de Tannock et al. (1993), Miranda et al. (2004) y Vaquerizo et al. (2005), podemos afirmar que los niños con TDAH presentan alteraciones pragmáticas caracterizadas por una producción verbal excesiva, dificultades en aquellas tareas que requieren de organización semántica y problemas de cohesión en la narración oral que realizan de manera espontánea, así como en tareas más elaboradas. Además, no respetan los turnos de palabra, les cuesta comprender la intención comunicativa de su interlocutor y miden mal su comportamiento emocional durante las conversaciones (Vaquerizo, 2005). El trabajo de revisión llevado a cabo por Green, Johnson y Bretheron (2014), coincide con los síntomas ya citados, relacionados con el déficit pragmático que sufren estos sujetos, y añade algunos más: impulsividad en el lenguaje (además de inicios inadecuados, muletillas, repeticiones, etc.), dificultades para introducir y

cambiar de tópico, problemas para comprender ironías, dobles sentidos, etc. Roselló et al. (2016), afirman que los problemas pragmáticos en este colectivo se solapan con síntomas de hiperactividad/impulsividad (por ejemplo: habla excesiva, interrupciones durante conversaciones, etc). Nilsen, Mangal y MacDonald (2013), mostraron que las dificultades pragmáticas podían ser consecuentes a los síntomas categoriales del trastorno, correlacionando puntuaciones medidas en variables pragmáticas con tareas de inhibición. Los resultados mostraron que los síntomas propios del trastorno correlacionaban con los déficit que mostraron en el desempeño de tareas pragmáticas y con la información aportada por los padres de los sujetos hacia los mismos. Papaeliou, Maniadaki y Kakouros (2015), analizaron las narraciones de un grupo de sujetos diagnosticados con el trastorno, correlacionando su desempeño con variables propias del SE (se obtuvo una correlación con MT), así como comparando estos resultados con los de un grupo control (donde el grupo con TDAH mostró más déficit en dichas tareas). Como vemos, diferentes estudios coinciden con nuestra hipótesis en torno a la existencia de déficit pragmáticos en el trastorno, como consecuencia de las alteraciones en el SE. Además, algunas de estas propuestas han profundizado en el riesgo que tales déficit producen sobre las habilidades de adaptación social de estos sujetos (Leonard, Milich y Lorch, 2011), analizando y encontrando diferencias significativas entre las correlaciones de unas variables y otras.

Desafortunadamente, los estudios revisados realizan un análisis descriptivo de los déficit que estos niños manifiestan en el área comunicativa, pero no contamos con investigaciones que lleven a cabo intervenciones específicas (y comparen resultados antes y después de llevar a cabo las mismas), ni que hayan realizado un análisis de datos similar al nuestro. Sin embargo, creemos que es importante destacar cómo el tratamiento cognitivo-conductual ha provocado mejorías en las habilidades pragmáticas y socio/comunicativas de los niños, tanto a nivel de coherencia en su discurso como en el uso que realizan del contexto para llevar a cabo conversaciones, y en sus capacidades de identificar pautas básicas para

saludar y mantener una conversación. En futuros estudios, resultaría interesante contar con un grupo control, con el objetivo de comparar el desempeño de los niños que padecen el trastorno con aquellos que no cuentan con una etiqueta diagnóstica, antes y después de llevar a cabo este tipo de intervenciones.

Los datos obtenidos en las *variables del tercer grupo: Teoría de la Mente Verbal, Teoría de la Mente Contextual y Teoría de la Mente Total* (pruebas psicométricas realizadas por los sujetos), así como *Identificación de Pensamientos* (tareas realizadas por los sujetos en la sesión de evaluación del programa ESC), muestran mejoras significativas después de llevar a cabo el programa intervención ESC. Del mismo modo, los datos obtenidos en las *variables del tercer grupo: Teoría de la Mente Verbal, Teoría de la Mente Contextual y Teoría de la Mente Total* (pruebas psicométricas realizadas por los sujetos), muestran mejoras significativas a favor del grupo de tratamiento, tras cumplimentar el programa intervención ESC.

El trabajo realizado por Berenguer y Roselló (2016), contó con el mismo instrumento de recogida de información que el usado para nuestro estudio (aunque su objetivo se centró principalmente en comparar el rendimiento en este tipo de tareas en sujetos con TDAH y TEA), obteniendo resultados similares a los nuestros, además de comparar a los sujetos con un grupo control que no padecía el trastorno y encontrando un desempeño inferior en el grupo con TDAH en la tarea verbal y total. Del mismo modo, en la investigación de Thommer, Cartier, Guidoux y Weisendarger (2014), el grupo con TDAH mostró más fallos en la tarea verbal (se incluyen tareas de primer y segundo orden), mientras que en la tarea contextual obtuvo un desempeño similar al grupo con desarrollo típico.

El trabajo de revisión de Miranda, Baixauli, Colomer y Roselló (2013), analiza similitudes y diferencias en el funcionamiento ejecutivo y la teoría de la mente entre el Trastorno del Espectro Autista y el TDAH. En dicha revisión se encuentran datos que nos parecen especialmente relevantes en la programación adecuada de intervenciones para potenciar habilidades

mentalistas en sujetos que padecen el trastorno. En primer lugar, los niños con TDAH son capaces de realizar tareas que implican habilidades mentalistas a edades tempranas de manera adecuada (Perner, Kain y Barchfeld, 2002); sin embargo (y este hecho sería el que principalmente les diferencia de los niños con TEA en este dominio), dichos problemas aparecen en el TDAH en un periodo evolutivo más tardío, debido probablemente, en primer lugar a los déficit ejecutivos; y en segundo lugar, a los problemas en el establecimiento de relaciones sociales y al rechazo y exclusión social que experimentan a lo largo del tiempo, que tienen como consecuencia un número menor de oportunidades para aprender adecuadamente competencias mentales a partir de la experiencia en sus contextos cotidianos (Sinzing, Morsch y Lehmkuhi, 2008, Miranda et al., 2013). Después de analizar estos datos, las autoras abogan por la necesidad de diseñar programas de intervención que se centren en potenciar habilidades mentalistas, así como el control inhibitorio mediante autoinstrucciones, y en enseñar a los niños de manera específica técnicas destinadas al control de la ira, especialmente en situaciones de interacción con otros. En consonancia con nuestros resultados, podemos afirmar que este tipo de intervenciones favorecen las tres variables citadas, en niños que padecen el trastorno.

En esta misma línea, Orozco y Zuluaga (2015), después de llevar a cabo un estudio comparativo entre sujetos con TDAH y controles, en el que se analizó el desempeño de ambos grupos en tareas de primer y segundo orden; encontraron que los niños diagnosticados con el trastorno muestran un bajo rendimiento en las tareas de primer orden con respecto al grupo control. Los autores aluden a la necesidad de, a nivel terapéutico, establecer objetivos que impliquen el entrenamiento cognitivo para fortalecer habilidades mentalistas, lo que potenciará a su vez, el asentamiento de habilidades de interacción social y reconocimiento emocional en otros.

Debido a las mejoras encontradas después de llevar a cabo el programa de intervención Emocional, Social y Cognitivo, consideramos que es posible mejorar variables relacionadas con TOM en niños y adolescentes con TDAH, por lo que, siguiendo las propuestas de los autores citados, abogamos por la inclusión de este tipo de terapias en cualquier paquete de intervención dirigido a esta población.

Los datos obtenidos en las *variables del cuarto grupo*: Integración y Competencia Social, Relaciones Sociales, Habilidades Sociales, Liderazgo y Problemas con los Compañeros (información aportada por la familia), Problemas con los Compañeros (información aportada por los sujetos en los autoinformes/cuestionarios), así como Identificación del Problema y Planificación de Respuesta (tareas realizadas por los participantes en el programa de intervención ESC), muestran mejoras significativas después de llevar a cabo el programa intervención Emocional, Social y Cognitiva. Las variables Problemas de Conducta (cuestionarios cumplimentados por los sujetos) e Identificación de Críticas (tareas realizadas en la sesión de evaluación del programa ESC), no obtienen diferencias significativas entre la fase pretest y posttest, a pesar de que sí mejoran después de la fase de intervención. Así como los datos obtenidos en las *variables del cuarto grupo*: Liderazgo (información aportada por la familia a través de los cuestionarios), y Problemas con los Compañeros (información aportada por los sujetos en los autoinformes), muestran mejoras significativas a favor del grupo de intervención, después de llevar a cabo el programa intervención Emocional, Socio, Cognitivo. Las variables Relaciones Interpersonales, Problemas de Conducta y Problemas con los Compañeros (cuestionarios cumplimentados por los sujetos), así como Relaciones Sociales, Integración y Competencia Social, Habilidades Sociales y Problemas con los Compañeros (cuestionarios cumplimentados por los padres), obtienen mejores resultados a favor del grupo de tratamiento, aunque dichas diferencias no resultan significativas.

A lo largo de la parte teórica se ha referenciado que los sujetos con TDAH presentan un bajo grado de autocontrol y un número limitado de habilidades básicas para el funcionamiento social, así como una motivación inadecuada para desarrollar las mismas, lo que genera mayores tasas de conductas disruptivas, agresivas y/o opositoras (Fernández et al., 2011, Solanto et al., 2014). Los compañeros de niños y adolescentes con TDAH suelen calificarles como molestos, ruidosos, irritables..., lo que repercute en sus bajas posiciones sociométricas, a pesar de sus esfuerzos por ser aceptados en el grupo de iguales (Albert et al., 2008, Nijmeijer et al., 2008, García et al., 2012, Presentación et al., 2006). En esta misma línea, la investigación llevada a cabo por Lora y Moreno (2008), con un grupo de sujetos diagnosticados con TDAH y controles, usando como instrumento de medida el inventario BASC-3, mostró que el grupo que padecía el trastorno difería en la mayor parte de variables del ámbito social respecto al grupo control, excepto en ansiedad y timidez. Sin embargo, como puede apreciarse en los resultados obtenidos después de llevar a cabo el tratamiento específico ESC, y en comparación con los sujetos que aún no han recibido tratamiento, existe una cantidad considerable de variables del ámbito social que mejoran, aumentando la posibilidad de que se establezca un adecuado patrón de interacción en los niños y adolescentes con TDAH (habilidades sociales); así como que se reduzcan los posibles factores mitigadores de su capacidad para afrontar problemas con iguales (habilidades de resolución de conflictos).

Como se ha comentado al discutir los datos obtenidos para el primer grupo de variables, en relación a los resultados de otros trabajos que coinciden parcialmente con los nuestros, en el estudio llevado a cabo por Miranda et al. (2000), después de poner en práctica el programa de intervención con sujetos, padres y profesores, se encontraron mejoras significativas en Conducta Antisocial y Retraimiento (medidas según la información dada por los padres), así como Conducta Antisocial, Timidez, Autocontrol y Habilidades Sociales (de acuerdo con la valoración del profesorado). Herrero et al. (2010), encuentran que, acuerdo con la

información aportada por los padres, se obtuvo una reducción de la variable Conducta Antisocial tras el tratamiento, así como una mejora en la Capacidad de Adaptación Social; los profesores mostraron resultados similares, manifestando mejoras significativas en Agresividad, Conducta Antisocial e Inadaptación Escolar.

Investigaciones como la de McQuade et al. (2011), sostienen que los déficit ejecutivos que padecen los individuos con TDAH (muestran puntuaciones inferiores en flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y atención que los sujetos sin trastorno), pueden condicionar resultados positivos en variables del dominio social. Y por tanto, apuestan por el empleo de programas que combinen entrenamiento en diferentes componentes del SE, podrían ayudar a potenciar tanto el trabajo coordinado de estos elementos, como las habilidades sociales y emocionales de estos sujetos. Los estudios de Tseng y Gau (2013), Rinsky y Hinshaw (2011), y Chiang y Gau (2014), muestran las relaciones entre un peor rendimiento en procesos y funciones del SE (memoria de trabajo, planificación, inhibición, entre otros), y mayores problemas de relación con iguales, en niños y jóvenes con TDAH. En concreto, Rinsky y Hinshaw (2011), después de llevar a cabo un estudio longitudinal a lo largo de cinco años, relacionaron variables como la planificación e inhibición con un peor funcionamiento social durante la adolescencia, lo que demuestra la necesidad de incluir este tipo de técnicas dentro de los paquetes de tratamiento multimodal dirigidos a niños con TDAH, con el fin de asegurarnos de que la intervención tiene un carácter no únicamente paliativo, sino además preventivo.

Estos hechos apoyan la hipótesis en torno a la que hemos reflexionado a lo largo del marco teórico: presumiblemente, la disfunción de las vías de neurotransmisores implicadas en procesos cognitivos, emocionales y motivacionales, constituyen la base del trastorno (Pardos et al., 2009), por lo que el tratamiento con medicación psicoestimulante ayuda a reducir de forma considerable sus síntomas categoriales (inatención, hiperactividad, impulsividad), y junto con la terapia psicoeducativa, reduce problemas asociados (aprendizaje, problemas de

conducta, etc.) (Escobar et al., 2005; Miranda et al., 2000; Valdizán, 2004). Sin embargo, la creación (e inclusión en los paquetes de intervención clásicos), de programas de entrenamiento en habilidades sociales, reconocimiento y ajuste emocional, así como comportamientos verbales y no verbales en situaciones de comunicación, resultan necesarios para asegurar la adecuada adaptación de las personas con TDAH a los diferentes contextos en los que se desenvuelve.

Otros autores, sin embargo, consideran que los programas de entrenamiento en habilidades sociales resultan menos eficaces en las personas con TDAH. Estos programas tienen una alta eficacia en niños que no padecen el trastorno (en torno al 80%), mientras que en niños diagnosticados los resultados resultan algo menores (en torno al 50%) (Pardos et al., 2009). A pesar de que los comportamientos disruptivos y/o agresivos se reducen gracias al tratamiento farmacológico o combinado, estos sujetos continúan manifestando problemas para regular su comportamiento de acuerdo a las demandas de la situación (aunque han sido entrenados, tienen problemas para identificar las pistas ambientales que les permitirían guiar su comportamiento social, así como para generalizar las estrategias adquiridas a los diferentes contextos en los que se ven inmersos). Nuestros resultados, sin embargo, muestran mejoras en la mayoría de las variables medidas. Sería interesante, en investigaciones futuras, volver a medir cada una de las variables que hemos analizado, con el fin de analizar si dichas estrategias han sido interiorizadas y generalizadas.

De acuerdo con la investigación realizada por Miranda y Soriano (2010), los programas de entrenamiento psicosocial para niños y adolescentes con TDAH se dividen en programas de entrenamiento neurocognitivo, técnicas de modificación de conducta, estrategias de autocontrol, adaptaciones académicas y entrenamiento en habilidades sociales principalmente. El entrenamiento en habilidades sociales se centra en la enseñanza y práctica de habilidades de conversación, establecimiento y mantenimiento de amistad y resolución de conflictos. Después de analizar los resultados encontrados en nuestra investigación, creemos que

sería adecuado destinar, además, una parte de dichos programas al entrenamiento en identificación, comprensión, expresión y regulación emocional, para llegar a obtener un modelo de intervención integral.

Por otro lado, estudios como el MTA (The MTA Cooperative Group, 1999), han tenido en cuenta posibles mediadores en la respuesta de los sujetos que participan en la intervención según los grupos de tratamiento a los que son asignados, por ejemplo: las atribuciones y expectativas de los padres, comorbilidad o el estatus sociométrico, entre otros. Sería interesante contar, para futuras investigaciones, con subgrupos en los que se defina la comorbilidad con otros trastornos, ya que las mejoras experimentadas entre uno y otro grupo parecen mostrar mucha variabilidad.

7.2.2. Variables que obtienen puntuaciones inferiores, en los cuatro grupos, después de llevar a cabo el Programa Específico de Intervención ESC, así como entre el grupo de tratamiento vs grupo control, en función de la condición experimental y del rango de edad de los sujetos:

Los datos obtenidos en las *variables del primer grupo*: Expresión Externa y Control Externo de la Ira -antes y después de llevar a cabo el programa de intervención ESC-, así como en la variable Expresión Externa de la Ira -grupo de tratamiento vs grupo control- (medidas según la percepción de los participantes), obtienen peores resultados después de llevar a cabo el tratamiento, así como para el grupo que ya ha recibido la intervención específica en comparación con el grupo control, sin que estas diferencias resulten significativas.

Los datos obtenidos en la *variable del segundo grupo*: Inicio Inapropiado de la Comunicación (recogida en cuestionarios cumplimentados por los padres), muestran peores resultados para todo el grupo, después de llevar a cabo el programa de intervención Emocional, Socio, Cognitivo. Del

mismo modo, dicha variable muestra peores resultados para el grupo de tratamiento que para el grupo control, sin que estas diferencias resulten significativas.

Los datos obtenidos en la *variable del cuarto grupo*: Relaciones Interpersonales (información aportada por los sujetos en los cuestionarios), muestran peores resultados para todo el grupo, después de llevar a cabo las sesiones de intervención del programa específico ESC, sin que estas diferencias resulten significativas.

Los datos recogidos en función de la condición experimental (tipo de tratamiento recibido), muestran:

Para las *variables del primer grupo*: Problemas Emocionales, Expresión Externa de la Ira (medida según la información aportada por los participantes del programa), se obtiene un mayor índice después de llevar a cabo el programa de intervención ESC, para el grupo combinado. Así como para la *variable del cuatro grupo*: Problemas de Conducta (según la información recogida en los autoinformes), para dicho grupo. Para la *variable*: Expresión Interna de la Ira (medida según la información aportada por los participantes del programa), se obtiene un menor índice después de llevar a cabo el programa de intervención ESC, para el grupo psicoeducativo, sin que estas diferencias resulten significativas.

Para las *variables del segundo grupo*: Inicio Inapropiado de la Comunicación (recogida en cuestionarios cumplimentados por los padres), muestra peores resultados para los tres grupos, después de llevar a cabo el programa de intervención Emocional, Socio, Cognitivo, sin que estas diferencias resulten significativas.

Para las *variables del cuarto grupo*: Relaciones Interpersonales (información aportada por los sujetos en los cuestionarios), e Integración y Competencia Social (información aportada por los padres), muestran peores resultados para el grupo de tratamiento farmacológico. La *variable*: Problemas de Conducta (información aportada por los sujetos), muestra

peores resultados en los tres grupos, sin que estas diferencias resulten significativas.

Los datos recogidos en función del rango de edad de los sujetos, muestran:

Para las *variables del primer grupo*: Problemas Emocionales, (medida según la información aportada por los participantes del programa), se obtiene un mayor índice después de llevar a cabo el programa de intervención ESC, para el grupo de mayor edad (13-14 años), sin que estas diferencias resulten significativas.

Para las *variables del segundo grupo*: Inicio Inapropiado de la Comunicación (recogida en cuestionarios cumplimentados por los padres), muestra peores resultados para el grupo de menor y mayor edad, después de llevar a cabo el programa de intervención Emocional, Socio, Cognitivo, sin que estas diferencias resulten significativas.

Para las *variables del cuarto grupo*: Relaciones Interpersonales (información aportada por los sujetos en los cuestionarios), muestran una reducción después de llevar a cabo la intervención para el grupo de menor y mayor edad (la diferencia entre ellos resulta significativa). La *variable*: Integración y Competencia Social (información aportada por los padres), muestra peores resultados en el grupo de los pequeños; así como la variable Problemas de Conducta (padres), muestra peores resultados en el grupo de los medianos, sin que estas diferencias resulten significativas.

Al llevar a cabo el análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios que han sido cumplimentados por los propios sujetos que han realizado el programa de intervención ESC, nos ha resultado llamativo el hecho de que los participantes consideren que tienen mayores problemas emocionales y para relacionarse con sus iguales, expresar y controlar sus episodios de ira, así como un mayor índice de conductas desadaptativas en las relaciones con sus iguales, después de llevar a cabo la intervención, especialmente porque tanto sus padres, como su propio desempeño en pruebas psicométricas y tareas de evaluación del propio programa, muestran

mejoras en la mayoría de variables señaladas (problemas emocionales, de regulación, de control de la ira y su desempeño en tareas de expresión y regulación emocional). Por ello, hemos considerado oportuno reunir estas variables para analizarlas de manera específica. Comenzaremos con aquellas variables en las que los sujetos perciben que tienen un peor desempeño, después de llevar a cabo la intervención, a nivel de expresión y regulación de emociones, así como de habilidades sociales y de resolución de conflictos. A continuación, señalaremos aquellas en las que los padres consideran que se produce un peor desempeño, a nivel comunicativo/pragmático y de competencia social.

Como vemos, los sujetos tienen una imagen menos positiva de algunas variables de su propia competencia socio-emocional después de llevar a cabo la intervención. A nuestro juicio, es posible que este hecho se deba a que los sujetos no habían recibido anteriormente sesiones de intervención en este ámbito, y además, ha sido la primera vez que han trabajado en sesiones con modalidad grupal (con compañeros con los que compartían edad y características comunes), permitiéndoles analizar y ser más conscientes de sus propias limitaciones y de las de los compañeros con los que comparten entidad diagnóstica. Esto nos lleva a pensar que, de acuerdo con Hoza et al. (2002); Molina (2013) y Owens et al. (2007), en el momento en que se inició la intervención los sujetos sobreestimaban su competencia en el ámbito emocional y social en relación con su desempeño real; mostrando un sesgo positivo en torno al concepto que tienen de sí mismos, que puede desempeñar una función auto-protectora y adaptativa a corto plazo (ya que les permite afrontar las continuas experiencias de fracaso en el ámbito social), pero que conllevaría el riesgo de afectar a su desarrollo psicosocial futuro, ya que la falta de reconocimiento de sus déficit reduce las posibilidades de tomar conciencia de sus necesidades de mejora, así como de adquirir la suficiente motivación para tratar de compensar sus limitaciones y el empeño por llevar a cabo el tratamiento específico de forma eficaz (Owens y Hoza, 2003). Otros autores, sin embargo, han encontrado puntuaciones significativamente más bajas en las

dimensiones familiar y emocional (Bakker y Rubiales, 2012), del autoconcepto de sujetos con TDAH, con respecto a los controles. Consideramos que, de cara a futuras investigaciones, sería interesante analizar si el hecho de iniciar una terapia específica en el ámbito social y emocional, así como el sentimiento de pertenencia a un grupo, favorece la toma de conciencia de los problemas que estos individuos tienen y el consecuente deseo de trabajar sobre dichas alteraciones.

En consonancia con los resultados que hemos encontrado en función del rango de edad de los sujetos (a mayor edad, percepciones más negativas en torno a sus problemas emocionales y sociales), estudios como los de Houck, Kendall, Miller, Morell y Wiebe (2011), sostienen la hipótesis de que los niños con TDAH que pertenecen a rangos de edad inferiores tienen una imagen de sí mismos más positiva y alejada de la realidad, la cuál va ajustándose a lo largo de su desarrollo (los autores aluden a una inmadurez cognitiva y comportamental, que merma su capacidad de auto-análisis). Molina (2013), apoya la idea de que el autoconcepto de los sujetos diagnosticados con el trastorno se corresponde con el de personas de menor edad, que no padecen el mismo, ya que tienden a evaluar su rendimiento por encima de su desempeño real (Molina y Maglio, 2013).

Con respecto a los resultados obtenidos siguiendo el criterio de condición experimental (tipo de tratamiento recibido), hemos encontrado que existen percepciones más negativas de su propia competencia en variables emocionales (grupo combinado y psicoeducativo) y sociales (para los tres grupos de tratamiento), después de llevar a cabo la intervención. Los trabajos de Molina (2013), y Owens et al. (2007), sugieren que existe una relación entre el sesgo positivo ilusorio y los déficit en el funcionamiento ejecutivo, que se traducen en una anosognosia o incapacidad para percibir y evaluar adecuadamente los propios errores. McQuade et al. (2011), analizaron la relación entre procesos psicológicos, funciones ejecutivas, y sesgo positivo ilusorio, encontrando que procesos alterados, como memoria de trabajo y atención, así como funciones ejecutivas tales como flexibilidad cognitiva, podrían estar relacionados con la configuración de dicho sesgo a

nivel académico y social. De acuerdo con nuestros resultados, la combinación de tratamiento específico (ESC), con tratamiento farmacológico, psicoeducativo y/o combinado, genera una mayor oportunidad a los sujetos con TDAH de establecer una evaluación objetiva de sus limitaciones, sin que ésta se encuentre reñida con el aprendizaje de estrategias para afrontar las mismas (como puede apreciarse al analizar la información de las familias y el desempeño real de los sujetos en las pruebas).

Atendiendo a los resultados encontrados cuando analizamos la información aportada por los padres de los sujetos, respecto a variables comunicativas y sociales, encontramos que después de llevar a cabo la intervención algunos padres consideran que el desempeño de sus hijos en estas variables resulta inferior.

A pesar de haber trabajado de manera específica estrategias socio-comunicativas a lo largo de las sesiones del programa de intervención, no obtenemos los resultados esperados en las variables Inicio Inapropiado de la Comunicación o Comunicación No Verbal, desde el punto de vista de los padres. Dichas variables han sido trabajadas en el programa y, tal y como muestran los resultados, mejoradas después de llevar a cabo el mismo; sin embargo, el entrenamiento se ha realizado mediante tareas tipo “role-playing”, de carácter principalmente conductual (se reforzaba -puntuaba y premiaba-, en función de la puesta en escena que hacían los participantes en situaciones de “saludo” y “conversaciones”), en las que las terapeutas han actuado como guías de su comportamiento, en un ambiente controlado. Sin embargo, los padres de estos sujetos consideran que, en su día a día, la puesta en práctica de dichas habilidades no resulta tan efectiva. Por un lado, consideramos probable el hecho de que, a la hora de generalizar dichas estrategias en sus entornos más próximos, y al carecer de un agente externo que modele su comportamiento, la ejecución de las mismas resulte más deficitaria, además de no contar con la posibilidad de revisar sus errores, tal y como hacíamos durante las sesiones de intervención.

Por otro lado, y debido a que después de cada sesión hemos trabajado con los padres de manera exhaustiva las variables potenciadas con sus hijos (explicando a qué grupo pertenecía –emociones, comunicación, identificación de pensamientos o habilidades sociales/resolución de conflictos), qué déficit muestran los niños en tales ámbitos, cómo potenciar las estrategias aprendidas desde el hogar y qué pautas pueden llevar a cabo para modificar, paliar o instaurar determinados comportamientos), nos planteamos la posibilidad de que las familias, al recibir dicha formación en cada uno de los bloques en los que se ha dividido la intervención, se hayan hecho más conscientes de las propias limitaciones de sus hijos (y a la vez más críticos), de ahí que ahora valoren de manera más objetiva los problemas con los que se encuentran. Otra posibilidad reside en el hecho de que, cuando iniciamos las intervenciones, los problemas que más aludían las familias giraban en torno a los elevados índices de reactividad emocional de sus hijos, lo que hacía difícil la convivencia con padres y hermanos, por lo que nos planteamos que los problemas de tipo socio-comunicativo fueran, en su momento, no tan graves y tenidos en cuenta.

De cualquier modo, queremos hacer referencia al CCC-2, instrumento elegido para recoger información en torno a la pragmática. Dicho cuestionario fue confeccionado por Bishop (1998), para obtener una media rápida de evaluación de niños con posible Trastorno Específico del Lenguaje y problemas principalmente pragmáticos (García y Clemente, 2013); así como revisado y estandarizado (Bishop, 2003), siguiendo la información aportada por los padres, en el Reino Unido, con una muestra representativa de 542 niños y niñas. De ahí que debamos ser cautos con la traducción realizada en cada uno de sus ítems y el consecuente grado de comprensión que tiene cada uno de ellos para los informadores (fue el cuestionario cuyos ítems generó más dudas para las familias, por lo que las terapeutas tuvieron que revisar con ellos algunas de las respuestas dadas); además, en nuestro país existen muy pocos estudios llevados a cabo con el mismo. De entre el reducido número de investigaciones realizadas con este

instrumento, encontramos que Norbury, Nash, Baird y Bishop (2004), señalaron una discriminación no satisfactoria de los déficit en la escala de pragmática entre grupos de niños normotípicos, diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista, Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno Pragmático. Del mismo modo, la investigación realizada por Geurts y Embrechts (2009), que relacionó la información aportada por padres en la escala pragmática con la recabada a través de la prueba Nijmegen, Pragmatics Test (Embrechts, Mugge y Van Bon, 2005); ambos instrumentos diferenciaron de manera adecuada a la población normotípica de aquella que presenta alteraciones en el lenguaje; sin embargo, los investigadores consideran que la sensibilidad general del cuestionario CCC-2 es pobre. Por otro lado, el estudio de Helland, Biringuer, Helland y Heimann (2009), sí obtuvo resultados favorecedores para la detección de niños con y sin problemas de lenguaje, en edades comprendidas entre los 6 y 12 años.

Respecto a las variables Inicio Inapropiado de la Comunicación y Comunicación no Verbal, y de acuerdo con Lavigne (2009), el control ejecutivo del comportamiento constituye el principal factor dañado en el trastorno, los déficit en dicho control impiden que el niño sea capaz de inhibir su conducta (ya sea motora o verbal), y resultan difíciles de modificar debido al papel central que juega en el propio trastorno. Esto nos hace pensar que, probablemente, la inadecuada actividad motriz así como la impulsividad que caracteriza a estos niños afecta de manera negativa a su capacidad para iniciar interacciones con otros, haciendo que actúen antes de lo esperado o sin tener en cuenta las demandas de la situación específica. Del mismo modo, sería interesante analizar si los problemas atencionales influyen en el hecho de que el niño no salude e inicie las conversaciones cuando se espera que lo haga, así como que afecte a la Comunicación no Verbal (especialmente, al contacto visual y a la identificación y empleo adecuado de gestos durante las conversaciones).

7.2.3. Resultados hallados en función de la condición experimental (tipo de tratamiento recibido), para las variables de los cuatro grupos:

Los datos obtenidos en las *variables del primer grupo*, no obtienen diferencias significativas en función de la condición experimental/grupo de tratamiento al que pertenecen los sujetos. Observamos que el grupo de tratamiento farmacológico suele ser el que inicia la fase pretest con mejores resultados en la mayoría de las variables medidas: Problemas Emocionales (padres), Expresión Interna de la Ira, Control Interno de la Ira, Problemas de Autorregulación Emocional, Problemas de Control de la Ira. Sin embargo, el grupo de tratamiento psicoeducativo obtiene la mayor variación (mejoría), después de llevar a cabo la intervención: Problemas Emocionales (padres/niños), Identificación de Emociones (pruebas psicométricas); así como el grupo combinado: Problemas de Regulación Emocional (padres), Problemas de Control de la Ira (padres).

Los datos obtenidos en las *variables del segundo grupo*, no obtienen diferencias significativas en función de la condición experimental/grupo de tratamiento al que pertenecen los sujetos. El grupo de tratamiento farmacológico inicia la fase pretest con mejores resultados en Comunicación No Verbal y Uso del Contexto (padres). El grupo de tratamiento psicoeducativo es el que mayor diferencia obtiene entre la fase inicial y final en las variables Comunicación No Verbal y Uso del Contexto (padres). Mientras que el grupo de tratamiento combinado lo hace en la variable Coherencia en el Discurso (padres).

Los datos obtenidos en la *variable del tercer grupo*: Teoría de la Mente Contextual (medida con las pruebas pasadas a los propios sujetos), muestran diferencias significativas entre grupos en función de la condición experimental, siendo el grupo de tratamiento psicoeducativo el que obtiene una mayor diferencia antes y después de llevar a cabo el programa ESC, seguido del grupo de tratamiento combinado (a pesar de que es el grupo de

tratamiento farmacológico el que inicia el tratamiento con mejor puntuación). Los datos obtenidos en Teoría de la Mente Verbal y Total (medida con las pruebas pasadas a los propios sujetos), muestran mejoras después de llevar a cabo el programa de intervención ESC, para los tres grupos de tratamiento, a pesar de que dichas diferencias no resultan significativas. En ambas variables, el grupo de tratamiento psicoeducativo es el que obtiene una mayor diferencia antes y después de llevar a cabo el programa ESC (del mismo modo, el grupo de tratamiento farmacológico es el que mejor inicia la fase pretest).

Los datos obtenidos en la *variable del cuarto grupo*: Relaciones Sociales (medida con la información aportada por los padres de los sujetos), muestran diferencias significativas entre grupos en función de la condición experimental, siendo el grupo de tratamiento psicoeducativo el que obtiene una mayor ganancia después de llevar a cabo el programa ESC. Los datos obtenidos Relaciones Interpersonales, Integración y Competencia Social, Habilidades Sociales y Problemas con los Compañeros (de acuerdo con la información recogida en los cuestionarios cumplimentados por padres), así como Problemas con los Compañeros (según la percepción de los participantes), muestran mejoras después de llevar a cabo el programa de intervención ESC, para los tres grupos de tratamiento, a pesar de que dichas diferencias no resultan significativas.

En las variables Relaciones Interpersonales, Habilidades Sociales y Problemas con los Compañeros (percepciones sujetos), el grupo psicoeducativo es el que más ganancia obtiene respecto al pretest. En las variables Problemas con los Compañeros (padres) e Integración y Competencia Social, el grupo combinado es el que obtiene más diferencias entre la fase pretest y postest.

En resumen, podemos apreciar que en la mayoría de las variables medidas en los cuatro grupos, el grupo de tratamiento farmacológico obtiene puntuaciones superiores respecto al resto de sujetos en la primera fase de evaluación. Sin embargo, al analizar la variación de resultados antes y después de llevar a cabo el programa ESC, el grupo de tratamiento

psicoeducativo obtiene mayores ganancias entre ambos momentos, seguido del combinado (sin que estas diferencias lleguen a resultar significativas. Esto nos permite justificar, tal y como planteamos a lo largo del capítulo cinco, que el tratamiento con medicación psicoestimulante resulta necesario pero no suficiente de manera aislada, para paliar los síntomas de las personas diagnosticadas con el trastorno, ya que debe combinarse con técnicas cognitivo/conductuales y psicoeducativas, incluyendo aquellas que vayan dirigidas al ámbito socio-emocional, desde una perspectiva multidisciplinar y multimodal (Loro et al., 2009, Lavigne y Romero, 2010; Montañés et al., 2010; Mulas et al., 2012, entre otros).

Los trabajos de Reimherr et al., (2005), y Rösler et al., (2010), sustentan nuestras hipótesis, al comprobar cómo los síntomas emocionales en adultos con TDAH mejoran tras el tratamiento con psicoestimulantes, mientras que los resultados no resultan tan claros con niños y adolescentes. Del mismo modo, la investigación realizada por Lavigne (2009), encontró mejoras en la labilidad emocional de niños diagnosticados con el trastorno después de llevar a cabo un estudio en el que se comparaba la eficacia de diversos tratamientos, diseñando un programa específico de intervención dirigido a potenciar procesos psicológicos y funciones del Sistema Ejecutivo, así como a proporcionar pautas de modificación de conducta y orientar a los padres de los participantes en el manejo de los mismos. Dichas mejoras se produjeron en los sujetos que formaron parte de los grupos que fueron tratados con fármacos, y los resultados fueron aún mejores para el grupo que recibió el tratamiento combinado (mostrando tendencias a la significación, antes y después del tratamiento). Estos datos nos permiten justificar la necesidad de complementar el tratamiento, combinando el uso del fármaco con terapia específica que vaya dirigida tanto al paciente con TDAH como a sus familias; así como dan peso a la necesidad de llevar a cabo investigaciones donde se realicen terapias específicas en estos ámbitos, con el objetivo de comprobar la eficacia de las mismas en las personas que padecen el trastorno.

El hecho de que los sujetos que reciben exclusivamente tratamiento farmacológico obtuvieran puntuaciones más elevadas en el momento de iniciar la intervención, pero no hayan mejorado como el resto de los grupos después de llevar a cabo la misma, nos hace plantearnos si el fármaco, a pesar de reducir los síntomas centrales del trastorno y predisponer a los sujetos para adquirir estrategias adecuadas para adaptarse a su entorno (Roselló et al., 2002; Artigas, 2004; Valdizán, 2004; Loro et al., 2009, entre otros), podría conllevar a un enlentecimiento en su capacidad de aprendizaje y generalización del mismo. A veces, los facultativos pueden mostrar reservas en cuanto a su uso, debido principalmente a preocupaciones como la falta de respuesta, posibles efectos adversos o la pobre adhesión al mismo (Cortese y Roselló, 2017). Por todo ello, probablemente la combinación de tratamientos farmacológicos y psicoeducativos sea la más elegida en este colectivo. Sin embargo, el estudio de Van der Oord, Prins, Oosterlaan y Emmelkamp (2008), mostró que, mientras que el tratamiento con metilfenidato y combinado tenía un efecto de la muestra grande respecto a síntomas de TDAH, las intervenciones psicosociales mostraron un efecto medio. Por ello, concluimos que la combinación de ambos tipos de tratamiento (farmacológico y psicoeducativo), junto con programas específicamente dirigidos al ámbito socioemocional, constituyen la opción más efectiva para paliar síntomas primarios y secundarios de las personas que padecen TDAH, y asegurar mayores oportunidades de adaptación a los diferentes entornos.

7.2.4. Resultados hallados en función del rango de edad, para las variables de los cuatro grupos:

Los datos obtenidos en las *variables del primer grupo*: Identificación de Emociones (medida con las pruebas psicométricas), muestran diferencias significativas entre grupos en función del rango de edad. El grupo de mayor edad muestra un desempeño significativamente mejor en este tipo de tareas, con respecto al grupo de menor edad. Los datos obtenidos en Problemas Emocionales, Problemas de Regulación de la Ira y Problemas de Control de

la Ira (información aportada por padres), muestran mejoras después de llevar a cabo el programa de intervención ESC para los tres grupos, sin que éstas lleguen a tener diferencias significativas entre grupos. El grupo de mayor edad (13-14 años), muestra un menor índice de problemas emocionales (participantes/padres), y para la variable problemas de regulación emocional (padres), seguido del grupo de 10-12 años. El grupo de 10-12 años, muestra un menor nivel de problemas de control de la ira (padres), seguido del grupo de mayor edad.

Los datos obtenidos en la *variable del segundo grupo*: Uso del Contexto, muestra diferencias significativas entre grupos en función del rango de edad de los sujetos, siendo el grupo de 13-14 años el que mejor desempeño presenta en dicha variable con respecto al grupo de 7-9 años. Los datos obtenidos en las variables Comunicación no Verbal, Inicio Inapropiado de la Comunicación y Coherencia en el Discurso, muestran diferencias no significativas entre grupos. El grupo de 13-14 años muestra un mejor desempeño en la variable Comunicación No Verbal y Uso del Contexto, mientras que el grupo 10-12 años lo hace en la variable Coherencia en el Discurso.

Los datos obtenidos en las *variables del tercer grupo*: Teoría de la Mente Verbal y Teoría de la Mente Total (medidas con pruebas psicométricas), muestran diferencias significativas entre grupos en función del rango de edad de los sujetos, siendo el grupo de los mayores el que mejores resultados obtiene con respecto a los pequeños en la variable Teoría de la Mente Verbal. En la variable Teoría de la Mente Total, tanto el grupo de 13-14 años como el de 10-12 años muestran diferencias significativas con respecto al grupo de 7-9 años. En la variable Teoría de la Mente Contextual, el grupo de mayor edad muestra un mejor desempeño con respecto al resto.

Los datos obtenidos en las *variables del cuarto grupo*: Integración y Competencia Social, Relaciones Sociales, Habilidades Sociales (padres), no muestran diferencias significativas entre grupos en función del rango de edad de los sujetos. Sin embargo, en ellas se observa cómo el grupo de

mayor edad obtiene resultados superiores tras llevar a cabo el tratamiento ESC. Al igual que en las variables Problemas de Conducta y Problemas con los Compañeros (información aportada por los participantes). En la variable Problemas con los Compañeros (de acuerdo con la información recogida en los cuestionarios cumplimentados por las familias), el grupo de 10-12 años obtiene un menor índice de problemas, seguido del grupo 13-14 años.

Como vemos, las dificultades que presentan los grupos de edad a nivel emocional y socio-comunicativo, y relacionadas con TOM y habilidades sociales; resultan aún más tangibles en grupos de edad inferior. Como comentamos a lo largo del marco teórico, el TDAH constituye un retraso en el neurodesarrollo, lo que implica que la persona que lo padece esté expuesta a una maduración tardía de los elementos del SE. Este hecho acentúa las posibilidades de encontrar bastantes diferencias, al comparar el desempeño de los sujetos diagnosticados con el trastorno en las variables citadas hasta ahora, con el de sujetos normotípicos de su misma edad.

Recordemos que en torno a los cinco años, un niño sin trastorno ya es capaz de identificar sus propias emociones (primarias), las causas y consecuencias de estas, así como llega a ser consciente de que dichos estados emocionales pueden estar presentes en otras personas, y que tienen sus propias creencias, intenciones y deseos (Cantón et al., 2011; González et al., 2005). A partir de los seis años, las capacidades emocionales y cognitivas cada vez se hacen más sofisticadas, dando paso a la adquisición de habilidades de regulación emocional, desarrollo de las FE, etc. Sin embargo, en el caso del niño con TDAH, tales procesos madurarán de manera tardía, y las oportunidades para aprender y generalizar estrategias de adaptación emocional y social, se verán reducidas. Por ello, algunos estudios aluden a la persistencia de conductas sujetas a la maduración (por ejemplo rabietas), una vez iniciada la etapa escolar, en los niños con TDAH (mientras que éstas suelen desaparecer en sus compañeros que no padecen el trastorno, especialmente cuando han sido bien moldeadas) (Vaquerizo, 2005).

Esto nos permite justificar el hecho de que los sujetos de edad inferior muestren un peor desempeño en cada una de las variables medidas. Los trabajos de Shapiro et al. (1993), y Uekerman et al. (2010), respaldan nuestros resultados, en cuanto a que encontraron que las personas con TDAH presentan más dificultades para identificar emociones a través de caras humanas, así como estados emocionales en otros a través del lenguaje no verbal o la prosodia. En concreto, estos autores coinciden con nuestra hipótesis en torno a que los grupos de menor edad son los que muestran mayores dificultades. En esta misma línea, hicimos referencia a la hipótesis de la inmadurez cognitiva y comportamental, citada por Houck et al. (2011), que justificaba que los niños con TDAH que pertenecen a rangos de edad inferiores tengan una imagen de sí mismos más positiva y alejada de la realidad, la cuál va ajustándose a lo largo de su desarrollo.

CAPÍTULO 8.- CONCLUSIONES

El trabajo de reflexión teórica e investigación presentado a lo largo de estos capítulos, surge con la intención de profundizar en el estudio del TDAH, por tratarse de uno de los trastornos del desarrollo neuropsicológico con mayor prevalencia, 5% (American Psychiatric Association, 2013), entre la población infantil y adolescente; y por ocasionar a la persona que lo padece serias dificultades de adaptación al entorno. El problema del que se parte para llevar a cabo el mismo, gira en torno al reducido número de investigaciones dirigidas a analizar los déficit emocionales y sociales en este colectivo y, especialmente, a determinar las opciones más adecuadas para llevar a cabo su evaluación y tratamiento. Tales déficit se manifiestan en un patrón inadecuado de interacción social, supeditado a las alteraciones en el procesamiento emocional, cognitivo y socio-comunicativo que son coordinados por el SE de estos sujetos; y que se traducen en experiencias de rechazo por parte de sus iguales, teniendo como consecuencia el aumento del riesgo de padecer desajustes emocionales en la infancia, adolescencia y vida adulta.

Por ello, la investigación llevada a cabo tiene dos objetivos fundamentales: en primer lugar, desarrollar un modelo de comprensión y explicación del trastorno que atienda, además de a las alteraciones cognitivas y conductuales, a elementos emocionales y socio-cognitivos; en segundo lugar, diseñar y aplicar un programa de intervención ESC, que mejore la adaptación socio-cognitiva y emocional de las personas con TDAH.

Con respecto al primer objetivo, podemos concluir que:

A pesar de que no existe un modelo universalmente aceptado para justificar el origen del trastorno, en la literatura científica podemos encontrar bastantes propuestas que exploran sus causas a nivel genético, neuroanatómico, neuroquímico y psicológico. Después de revisar

diferentes hipótesis y modelos teóricos, observamos una desatención a las alteraciones socio-emocionales, que se debe, presumiblemente, al elevado número de publicaciones que existen en torno a los déficit cognitivos y a las opciones terapéuticas (principalmente al tratamiento farmacológico); así como a que tales alteraciones se engloban como síntomas secundarios, supeditados a los problemas ejecutivos. Por ello, se han revisado otras propuestas teóricas, que exploran el procesamiento de emociones y sentimientos en sujetos que no padecen el trastorno. Los trabajos revisados pueden ser divididos en tres grupos: i) los que se desarrollan bajo un enfoque principalmente cognitivo -Sonuga (2005), Barkley (2006), Lavigne y Romero (2010)...-; ii) aquellos que aluden a alteraciones emocionales -Nigg y Cassey (2005), Roselló, Berenguer, Baixauli y Miranda (2016)...-; iii) y los modelos centrados en el procesamiento emocional de sujetos sin trastorno -Russell (2003), Damasio (2011)-.

Tras realizar esta revisión, llegamos a la conclusión de que el eje central de los síntomas que caracterizan al TDAH se encuentra en el área frontal cerebral. Sin embargo, y siguiendo las aportaciones de diferentes autores en torno al conexionismo cerebral (Rumelhart y McClelland, 1986; Ramos et al., 2009), tenemos en cuenta que el funcionamiento neuronal se produce dentro de un sistema de trabajo organizado y sistémico, que parte de diversas estructuras conectadas a través de vías de neurotransmisión (y que pueden cambiar gracias a la experiencia de los sujetos) (Aloyzi, 2001). Por ello, cuando aludimos al trastorno resulta inevitable pensar de manera globalizada en la calidad de las interconexiones que se dan entre estructuras corticales y subcorticales. Únicamente de este modo, será posible entender que sus síntomas van más allá de una alteración en elementos cognitivos. Por ello, consideramos que los déficit ejecutivos constituyen síntomas primarios en el trastorno ya que coordinan al resto de funciones afectadas: emocionales y motivacionales. Tales funciones (así como sus estructuras cerebrales y elementos implicados), deben ser incluidas en la definición de Sistema Ejecutivo de la persona con TDAH. Es decir, las alteraciones

que se producen en el SE de estos sujetos son el resultado de una deficiente interacción entre estructuras cerebrales, elementos psicológicos, emocionales y motivacionales. La corteza prefrontal constituye el área asociada a procesos que resultan centrales, por su papel coordinador del resto de funciones, mientras que las estructuras subcorticales asociadas a la identificación emocional o activación hacia incentivos (amígdala, núcleo accumbens, sistema reticular ascendente, etc.), y debido a la ineficiencia de sus conexiones con el área prefrontal, tienen como resultado los problemas de desempeño de las funciones que se les asocian, encontrándose implicadas en los que se denominan como síntomas secundarios.

Por tanto, los problemas emocionales se corresponden, principalmente, con alteraciones que se dan en el circuito frontoamigdalino (Nigg y Cassey, 2005). Las señales que llegan a la corteza prefrontal desde el núcleo accumbens están implicadas en la capacidad de evocar estímulos positivos (relacionados con recompensas), mientras que las señales que llegan desde la sección ventral de la amígdala en torno a estímulos negativos lo estarían con comportamientos de evitación (señales de que no se va a producir tal recompensa). Estas señales deberían ser detectadas y evaluadas, antes de planificar y ejecutar la cadena de comportamientos dirigida a alcanzar objetivos. Cuando la información emocional implica la no consecución de metas, las conexiones de la corteza prefrontal con regiones subcorticales deben regular los efectos que produce tal información en el comportamiento del sujeto (proceso alterado en el trastorno).

Los déficit de regulación en las personas con TDAH se agudizan cuando comienzan las interacciones con iguales (ya que, generalmente, las relaciones entre el niño y el adulto resultan asimétricas, el mayor es capaz de actuar como guía o modelador del comportamiento del pequeño), aunque los problemas de base son anteriores al momento evolutivo en el que aparecen dichas alteraciones. Siguiendo las aportaciones de Russell (2003) y Damasio (2011), el procesamiento

emocional se nutre de procesamiento cognitivo, en cuanto a que este último permite a la persona generar representaciones mentales de los estados emocionales vividos, influidos por la valoración subjetiva que realiza de dichas señales afectivas y de sus circunstancias. Por ello, las alteraciones que se producen en los individuos que padecen el trastorno resultan tangibles en el momento en que éstos deben identificar y otorgar significado, por sí mismos, a las señales afectivas, debido a la incapacidad de percibir y generar representaciones mentales adecuadas de episodios emocionales presentes y pasados, lo que, consecuentemente, afecta a la calidad de sus relaciones con otros. En resumen, como consecuencia de los déficit que se producen en los componentes del SE de las personas con TDAH, éstas manifiestan problemas para activar los mecanismos ejecutivos necesarios para inhibir su conducta, identificar y evaluar señales emocionales, asociarlas a experiencias pasadas, establecer planes de respuesta y evaluar las consecuencias a corto y largo plazo. Con lo cual, en situaciones de interacción social negativas o de conflicto personal, tales dificultades harán que estos sujetos estén condenados a cometer errores.

Con respecto al segundo objetivo:

En la primera parte de nuestro estudio hemos podido apreciar que la intervención remediadora para las personas con TDAH ha sufrido cambios en función de la concepción que se tiene sobre el origen y características del trastorno, por lo que los diferentes procedimientos de intervención se han multiplicado en los últimos años. En la actualidad, pueden agruparse en tratamientos farmacológicos, tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales, y finalmente, tratamientos psicoeducativos. Estas propuestas suelen presentarse agrupadas y reciben la denominación de tratamientos combinados. La eficacia de cada una varía dependiendo de a qué variables del trastorno se dirijan. Sin embargo, la mayor parte de investigadores y terapeutas consideran que los tratamientos combinados -farmacológico y psicoeducativo- son los

más eficaces, por abordar un mayor número de variables y escenarios (hogar, escuela...).

A pesar de todas las opciones terapéuticas abordadas de manera individual o combinada; los familiares, maestros y profesores, así como coetáneos de las personas con TDAH suelen aludir, con frecuencia, a problemas relacionados con labilidad emocional, dificultades para hacer y mantener amigos, problemas de comunicación en escenarios sociales, etc. La presencia de estas alteraciones en el entorno diario del niño y adolescente hacen necesaria una atención específica a variables emocionales, sociales y comunicativas, que vaya más allá de la evaluación y tratamiento de los síntomas nucleares: inatención, hiperactividad e impulsividad. Por ello, y después de comprobar que la atención a estas variables desde el ámbito de la investigación e intervención resulta limitada, diseñamos y aplicamos el programa ESC, en una muestra de sujetos diagnosticados con el trastorno y sus familias. Después de llevar a cabo el mismo y de manera generalizada, podemos concluir que:

Los déficit ejecutivos que padecen los individuos con TDAH pueden condicionar resultados positivos en variables del dominio socio-emocional, por lo que el empleo de programas que combinen el entrenamiento en diferentes componentes del SE, podrían ayudar a potenciar tanto el trabajo coordinado de estos elementos, como las habilidades sociales y emocionales de estos sujetos (McQuade et al., 2011). La implementación del programa de intervención ha contribuido a potenciar procesos de identificación, expresión y regulación de emociones, habilidades pragmáticas y mentalistas, así como sociales y de resolución de conflictos; en los sujetos diagnosticados con TDAH en edad escolar y en los primeros cursos de Educación Secundaria. En consonancia con las aportaciones de Miranda et al. (2000, 2008), la inclusión de los padres de estos sujetos en el proceso de intervención aumenta las posibilidades de favorecer la adaptación de los niños y adolescentes a su entorno, gracias al conocimiento adquirido por las

familias en torno a las características del propio trastorno, así como a la formación y entrenamiento en pautas para el manejo de los problemas que presentan sus hijos. Además de ejercer el rol de informadores clave para contrastar la información recogida en las variables medidas.

De manera específica, y en cuanto a los grupos de variables que hemos potenciado y medido, podemos concluir que:

Como señalamos a lo largo del capítulo cuatro, las personas con TDAH presentan dificultades para adaptarse a situaciones en las que se requiere de la capacidad para identificar, estimar la valencia, expresar y controlar las propias emociones, así como para inhibir respuestas inadecuadas. Una parte fundamental de nuestro programa de intervención se centra en otorgar a los sujetos un número suficiente de habilidades de identificación y expresión/regulación de emociones que les permitan desenvolverse de manera óptima en su entorno social. Además, dichas alteraciones se agravan por la disfunción que estos sujetos experimentan en el proceso de motivación hacia los incentivos, que depende directamente de los circuitos cerebrales de recompensa (ya que ambos circuitos –emocional y motivacional-, neuroanatómicos y neuroquímicos, se solapan), y que suele desembocar en la manifestación de reacciones emocionales negativas ante la imposición de tiempos de demora o las alteraciones para discernir entre recompensas presentes y futuras (Sonuga, 2004; Nigg y Casey, 2005).

Coincidiendo con Shapiro et al. (1993), y Uekerman et al. (2010), los sujetos que padecen el trastorno presentan problemas para identificar estados emocionales en otros, especialmente cuando estos son negativos (Kitchens et al., 1999; Maedgen y Carlson, 2000; Jensen y Rosén, 2004; Bauermeister et al., 2005; y de Wemeier et al., 2010). Su patrón de interacción se caracteriza por una expresión emocional desajustada, carácter irritable, episodios frecuentes de ira y problemas de autorregulación (Wender et al., 1985; Wender et al., 1993; Reimherr et al., 2005; Wehmeier et al., 2010), incluso después de ser tratados con tratamiento farmacológico, y que (a pesar de que tales síntomas se

acentúan especialmente a edades tempranas), pueden perdurar hasta la edad adulta. Desde nuestro punto de vista, y en función de los datos encontrados, consideramos que las dificultades a la hora de identificar, expresar y regular emociones se deben a un desarrollo tardío de habilidades de procesamiento emocional, supeditado a los déficit ejecutivos que resultan centrales en el trastorno y que, con una intervención específica, multicomponente e iniciada a edades tempranas (desde el momento en que se diagnostican síntomas propios del trastorno y con carácter preventivo), se ven ciertamente mejorados.

En relación con las Habilidades Socio-Comunicativas, hemos analizado diversos trabajos de investigación que sostienen que los problemas comunicativos del TDAH se deben, por un lado, a las alteraciones que se producen en el trabajo coordinado del Sistema Ejecutivo (Ygual y Miranda, 2004), que inciden de manera directa en la estructuración y coherencia del discurso de los niños; así como a la inmadurez en el razonamiento socio/cognitivo (Cohen et al., 2000), -consecuente también a déficit ejecutivos- que afecta al componente pragmático del lenguaje. Cuando los individuos con TDAH deben enfrentarse a tareas que requieren de funciones como la planificación o la organización de respuestas verbales o de secuencias de hechos para formar historias, se produce un decremento de su producción verbal (Miranda et al., 2004). Esto afecta a sus relaciones interpersonales y a su capacidad de adaptación social, ya que algunas de las causas que los compañeros de clase de niños con TDAH argumentan para justificar la posición que les han dado en los sociogramas, están relacionadas con la impulsividad verbal -no les dejan hablar, interrumpen en las conversaciones- (García et al., 2006).

Sin embargo, creemos que es importante destacar cómo el tratamiento cognitivo-conductual ESC, ha provocado mejorías en las habilidades pragmáticas de los niños, tanto a nivel de coherencia en su discurso como en el uso que realizan del contexto para llevar a cabo conversaciones; así como en habilidades socio-comunicativas de

identificación y planificación de pasos en saludos y conversaciones. Sin embargo, y de acuerdo con la investigación llevada a cabo por Lavigne (2009), el control ejecutivo del comportamiento constituye el déficit principal del TDAH por la función coordinadora que ejerce sobre los elementos del SE, lo que afecta a la capacidad de inhibición de la conducta motora y/o verbal, y cuya rehabilitación resulta más compleja debido al papel central que juega en el propio trastorno. Esto nos hace pensar que, tanto la ineficiente actividad motriz como la impulsividad que caracteriza a estos sujetos, incide negativamente en sus habilidades para iniciar interacciones con otros (así como para controlar estados emocionales muy intensos), haciendo que actúen antes de lo esperado o sin tener en cuenta las demandas de la situación específica en la que se encuentran inmersos, así como las consecuencias de su propio comportamiento.

Respecto a los déficit en Habilidades Mentalistas, y de acuerdo con la revisión bibliográfica que hemos llevado a cabo, podemos afirmar que, a pesar de que éstos no resultan signos de alarma en las primeras etapas del desarrollo evolutivo de los sujetos con TDAH (Perner et al., 2002; Miranda et al., 2013); en los primeros cursos de la Educación Primaria sí que encontramos un peor desempeño en las tareas de TOM (que mejora en rangos de edad superiores). Lo que consideramos que resulta, por un lado, una consecuencia de los propios déficit en el SE de estos sujetos; y por otro lado, de los problemas en el establecimiento de relaciones sociales y el consecuente rechazo social que experimentan a lo largo del tiempo, hecho que reduce sus oportunidades de aprendizaje de las competencias mentales en contextos cotidianos (Sinzing et al., 2008; Miranda et al., 2013). Como hemos comentado a en el capítulo siete, los programas de intervención dirigidos a potenciar habilidades mentalistas y otros elementos del SE, mediante el empleo de estrategias de autocontrol y autorregulación así como del uso de autoinstrucciones en situaciones de interacción con otros, favorecen de manera significativa el número y puesta en práctica de estrategias de esta índole en las personas con TDAH, y consecuentemente, mejoran la calidad de sus relaciones

interpersonales.

Por último, y en relación con las Habilidades Sociales y de Resolución de Conflictos; uno de los principales motivos que nos impulsó a llevar a cabo este estudio gira en torno a las dificultades que las personas con TDAH presentan en el ámbito social, como consecuencia de bajas tasas de autocontrol y autorregulación emocional y de contar con un número limitado de habilidades sociales y de resolución de conflictos, que tienen como consecuencia un desempeño ineficiente en situaciones de interacción. Todo ello, de acuerdo a los diferentes estudios, propicia que se den mayores tasas de conductas disruptivas, agresivas, oposicionistas, etc., (Fernández et al., 2011; Pardos et al., 2009). Los compañeros de sujetos con TDAH manifiestan quejas a causa de las dificultades interpersonales de éstos, ya que suelen requerir de supervisión continua, presentan conductas impulsivas e intrusivas y no son capaces de apreciar el impacto de las mismas en el entorno social (García et. al., 2006; Solanto et. al., 2014), suelen ser hostiles con sus iguales y poco capaces de manejar conflictos, lo que les lleva a ser rechazados (Henker et al, 1992; Hinshaw y Melnick, 1995; Hoza et al. 2005). Sin embargo, como puede apreciarse en los resultados obtenidos después de llevar a cabo el tratamiento específico ESC, encontramos una mejora significativa en la mayoría de las variables trabajadas a nivel social, aumentando la posibilidad de que se establezca un adecuado patrón de interacción en los niños y adolescentes con TDAH (habilidades sociales); así como que se reduzcan los posibles factores mitigadores de su capacidad para afrontar problemas con iguales (resolución de conflictos).

Hemos de destacar que, en algunas de las variables emocionales y sociales medidas en nuestra investigación, encontramos que los sujetos tienen una imagen menos positiva de su propia competencia socio-emocional después de llevar a cabo la intervención. Lo que nos hace plantearnos que, de acuerdo con *Hoza et al. (2002); Molina (2013) y Owens et al. (2007)*, antes de llevar a cabo el tratamiento ESC existe un

sesgo positivo ilusorio en torno a la imagen que los participantes tienen de sí mismos, que se traduce en una sobreestimación de su competencia en el ámbito emocional y social en relación con su desempeño real, especialmente en rangos de edad inferior. En consonancia con los trabajos de Houck et al. (2011), es probable que este grupo tenga una imagen de sí mismos más positiva y alejada de la realidad como consecuencia de la propia inmadurez cognitiva y comportamental que conlleva el trastorno (la cuál va ajustándose a lo largo de su desarrollo, de ahí que los mayores sean más conscientes de sus limitaciones después de trabajar sobre las mismas), y que implica que su autoconcepto se corresponda con el de sujetos de menor edad (Molina, 2013). Además, estos datos se repiten cuando llevamos a cabo el análisis en función de la condición experimental de los sujetos, especialmente en los grupos de tratamiento psicoeducativo y combinado. De acuerdo con Molina (2013), y Owens et al. (2007), consideramos que los déficit en el SE condicionan la capacidad para percibir y evaluar adecuadamente sus propios errores, aumentando el riesgo de consolidar ese sesgo positivo en torno a su autoconcepto. Sin embargo, y de acuerdo con nuestros resultados, la combinación de tratamiento específico (ESC), con tratamiento farmacológico, psicoeducativo y/o combinado, genera una mayor oportunidad a los sujetos con TDAH de establecer una evaluación objetiva de sus propias limitaciones, a la vez que favorece la adquisición de habilidades para compensar las mismas, en el ámbito emocional y social.

Finalmente, podemos apreciar que en la mayoría de las variables medidas, el grupo de tratamiento farmacológico inicia la fase pretest con mejores resultados que el resto. Sin embargo, al realizar el análisis antes y después de llevar a cabo el programa ESC, el grupo de tratamiento psicoeducativo obtiene mayores ganancias, seguido del combinado. Por ello, y tal y como planteamos a lo largo del capítulo cinco, llegamos a la conclusión de que el tratamiento farmacológico resulta necesario pero no suficiente para paliar los síntomas de las personas con TDAH, ya que debe combinarse con técnicas cognitivo/conductuales y psicoeducativas,

incluyendo aquellas que vayan dirigidas al ámbito socio-emocional, desde una perspectiva multidisciplinar y multimodal (Loro et al., 2009, Lavigne y Romero, 2010; Montañés et al., 2010; Mulas et al., 2012). Como comentamos en el capítulo siete, los sujetos que reciben tratamiento farmacológico obtienen puntuaciones más elevadas en el momento de iniciar la intervención, pero no mejoran como el resto de grupos después de llevar a cabo la misma, lo que nos lleva a pensar que, aunque la medicación reduce los síntomas centrales del trastorno y predispone a los sujetos para adquirir estrategias adecuadas para adaptarse a su entorno (Roselló et al., 2002; Artigas, 2004; Valdizán, 2004; Loro et al., 2009, entre otros), existe la posibilidad de que incida en el enlentecimiento de su capacidad de aprendizaje.

Estos hechos apoyan la hipótesis en torno a la que hemos reflexionado a lo largo del marco teórico: probablemente, la disfunción de las vías de neurotransmisores implicadas en procesos cognitivos, emocionales y motivacionales, constituyen la base del trastorno (Pardos et al., 2009), por lo que el tratamiento con medicación psicoestimulante a reducir de forma considerable sus síntomas categoriales (inatención, hiperactividad, impulsividad), y junto con la terapia psicoeducativa, reduce problemas asociados (aprendizaje, problemas de conducta, etc.) (Escobar et al., 2005; Miranda et al., 2000; Valdizán, 2004). Sin embargo, la creación (e inclusión en los paquetes de intervención clásicos), de programas de entrenamiento en habilidades sociales, reconocimiento y ajuste emocional, así como comportamientos verbales y no verbales en situaciones de comunicación, resultan necesarios para asegurar la adecuada adaptación de las personas con TDAH a los diferentes contextos en los que se desenvuelve.

Después de llevar a cabo este trabajo de investigación, consideramos que resulta necesario aludir a algunas de las limitaciones encontradas, así como esbozar una aproximación a futuros trabajos de investigación que permitan solapar las mismas y abrir nuevas vías de reflexión y análisis en torno al propio trastorno:

1. En primer lugar, el acceso a la muestra ha resultado una labor compleja, como consecuencia de las características de los propios sujetos y de los criterios de inclusión y exclusión pre-establecidos; de ahí que no hayamos podido llevar a cabo un muestreo aleatorio. Por ello, consideramos que en futuros estudios sería interesante ampliar el número de sujetos diagnosticados con el trastorno que van a formar parte de la investigación, tanto para realizar el análisis de datos con todo el grupo de intervención, como para aumentar el número de participantes que se han formado los subgrupos: edad y tipo de tratamiento recibido. De este modo, aseguraríamos la generalización de resultados, y la fiabilidad de los mismos.
2. Sería interesante comparar el rendimiento de los sujetos diagnosticados con TDAH con los de un grupo control formado por sujetos con desarrollo típico. Nuestra investigación ha supuesto la potenciación de variables que se encuentran alteradas en el SE de personas con TDAH; sin embargo, resultaría adecuado poder comparar estos resultados con los de población que no padece el trastorno, y que comparta con ellos características como edad, sexo... Estos datos nos darían una referencia en torno a cómo dista el desempeño de individuos con TDAH en el ámbito socioemocional, respecto a la población general, antes y después de llevar a cabo la intervención; lo que favorecería, por un lado, el desarrollo y mejora de estrategias de evaluación e intervención; y por otro, el conocimiento de aquellos déficit que deben seguir siendo estudiados en este colectivo y que abrirían paso a nuevas líneas de investigación.
3. Previamente al proceso de selección de la muestra, se establecieron criterios de inclusión y exclusión con el fin

de controlar el mayor número de variables contaminantes; por ejemplo, comorbilidad o trastornos asociados. Sin embargo, los sujetos que han participado en nuestra investigación ya contaban con un diagnóstico realizado por profesionales del ámbito educativo (orientador escolar), o clínico (profesionales de centros especializados –psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras...-). Sería interesante, en futuros estudios, llevar a cabo el proceso de selección desde la fase de evaluación del propio trastorno, con el fin de asegurar el control de dichas variables, así como incluir grupos que presenten trastornos comórbidos (Trastornos de Conducta, Trastornos del Espectro Autista...), que nos permitan comparar su rendimiento y establecer fenotipos en función de las etiquetas diagnósticas.

4. En cuanto a los instrumentos de evaluación y recogida de información, hemos observado que algunos de los cuestionarios (Staxy-na, CCC-2), presentan un formato poco claro en cuanto a cómo se plantean y puntúan cada uno de sus ítems (tanto para los participantes como para sus familias), lo que aumenta el riesgo de que la información recogida aparezca sesgada en mayor o menor medida. Por ello, y a pesar de haber empleado otros recursos para poder contrastar los resultados (prueba de evaluación ad hoc, información recogida en pruebas psicométricas y cuestionarios –SENA, BASC-), creemos que en futuros estudios sería interesante emplear nuevos instrumentos de recogida de información, así como llevar a cabo un análisis pormenorizado de tareas en algunas de estas pruebas: NEPSY-II (reconocimiento de emociones), con el fin de obtener un mayor conocimiento en torno a qué emociones son las que resultan más complejas para ser procesadas y manejadas por sujetos con TDAH, así como

para aportar a investigadores y profesionales, un mayor número de estrategias que aseguren una completa evaluación y un adecuado tratamiento de los déficit. Además, sería interesante incluir, como parte de la muestra o como informadores; a maestros, profesores y compañeros de clase de los sujetos con TDAH, que a través de cuestionarios o sociogramas, arrojen datos en torno al desempeño de este colectivo en otros ambientes sociales, y que no han podido ser medidos en nuestra investigación.

5. Por último, y con el objetivo analizar los efectos del tratamiento, así como de asegurar si las estrategias aprendidas han sido integradas y generalizadas de manera autónoma en diferentes contextos, resultaría interesante llevar a cabo un seguimiento de los sujetos a lo largo del tiempo, mediante una evaluación de cada una de las variables medidas en los cuatro grupos, bajo un enfoque longitudinal. Del mismo modo, y en función de los datos encontrados, consideramos adecuado llevar a cabo una revisión del propio programa de intervención ESC, con el objeto de mejorar aquellas tareas en las que los resultados obtenidos hayan sido menos favorecedores para los sujetos, así como complementar e integrar el programa en los paquetes de tratamiento clásicos (cognitivo-conductuales, psicoeducativos), orientados principalmente a solventar déficit puramente cognitivos y dotar a las personas con TDAH de un número suficiente de estrategias que potencien sus procesos de aprendizaje y adaptación al entorno.

Por último, nos gustaría terminar este trabajo de investigación aludiendo a la importancia que tienen cada una de las variables estudiadas

en la configuración del bienestar psicológico de las personas con TDAH. Cuando comenzamos la misma, observábamos cierto “vacío” en el trabajo realizado por investigadores y clínicos en el ámbito emocional y social, y, aunque en los últimos años se está tomando una mayor conciencia en torno a su importancia y necesidad de actuación; en nuestra práctica profesional observamos cada día el malestar de niños y adolescentes diagnosticados con el trastorno (y de sus familias), a raíz de las consecuencias asociadas a sus problemas de regulación, así como al rechazo social al que suelen enfrentarse. A lo que se suma el déficit en técnicas de manejo de dichos problemas por parte de las escuelas, y el sentimiento de desprotección al que los padres de estos sujetos suelen aludir, especialmente cuando no son ellos los que supervisan el desenvolvimiento de sus hijos en ambientes sociales.

Esto nos hace plantearnos las carencias que todavía existen en torno a la formación de profesionales que conviven con el trastorno, y a la falta de actuaciones que se realizan con carácter preventivo. Creemos que aún queda mucho camino por recorrer, y esperamos que el estudio llevado a cabo con sumo esfuerzo y dedicación, contribuya, junto con las aportaciones de otros autores, a la conceptualización y consenso en torno al TDAH, así como al establecimiento de directrices comunes para su evaluación, diagnóstico y tratamiento.

CAPÍTULO 9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, L., Ruiz, R., Moreno, F., Sirera, A., Cornesse, M., Delgado, I., y Etchepareborda, M. (2011). Entrenamiento de funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (1), 77-83.
- Acosta, M. T. (2007). Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. *Revista de Neurología*, 44 (Supl. 2), S37-S41.
- Albert, J., Fernández, A., Martín, D., López, S., Fernández, A. L., Calleja, B., ... Recio, M. (2016). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: correlatos neuropsicológicos y clínicos. *Revista de Neurología*, 63 (2), 71-78.
- Albert, J., López, S., Fernández, A., y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47(1), 39-45.
- Allegri, R. F. y Harris, P. (1999). La corteza prefrontal en los mecanismos atencionales y la memoria. En J. Chirivella, *Specific Neuropsychological Syndromes* Conferencia llevada a cabo en el Congreso *First International Congress on Neuropsychology*. Internet.
- Aloyzy, D. (2001). A reconceptualization of learning disabilities via a self-organizing systems paradigm. *Journal of Learning Disabilities*, 34(1), 79-94.
- Álvarez, D., Menéndez, S., González, P., y Rodríguez, C. (2012). Hiperactividad-impulsividad y déficit de atención como predictores de participación en situaciones de violencia escolar. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(2), 185-202.
- Álvaro, L. C. (2015). El cerebro social: bases neurobiológicas de interés clínico. *Revista de Neurología*, 61(10), 458-470.
- Al-Yagon, M. (2016). Perceived Close Relationships With Parents, Teachers, and Peers: Predictors of Social, Emotional, and Behavioral

Features in Adolescents With LD or Comorbid LD and ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 1-19.

Ambrona, T., López Pérez, B., y Márquez González, M. (2012). Eficacia de un programa de educación emocional breve para incrementar la competencia emocional de niños de educación primaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 23(1), 39-49.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publications.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-TR)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publications.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publications.

American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publications.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publications.

Andrade, B. F., Brodeur, D. A., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., McGee, R. (2009). Selective and Sustained Attention as Predictors of Social Problems in Children With Typical and Disordered Attention Abilities. *Journal of Attention Disorders*, 12 (4), 341-352.

Andrade, B. F., Waschbusch, D. A., Doucet, A., King, S., MacKinnon, M., McGrath, P. J. ... Corkum, P. (2012). Social Information Processing of Positive and Negative Hypotetical Events in Children With ADHD and Conduct Problems and Control. *Journal of Attention Disorders*, 16 (6), 491-504.

Arco, J. A., Fernández, F., y Hinojo, F. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414.

- Arnau, J. (1997). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Cataluña: Universidad Obrera de Cataluña.
- Arnau, J. (2003). *Diseños de Investigación Aplicados*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Artigas, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 36 (Supl. 1), S68-S78.
- Artigas, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38(supl 1), S117-23.
- Artigas, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49(11), S587-93.
- Artigas, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Revista de Neurología*, 52(Supl 1), S59-S69.
- Ato, E., González, C., Carranza, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20 (1), 69-79.
- Baddeley, A. D. (1982). *Your memory: A user's guide*. New York, NY: Macmillan.
- Baddeley, A. (1996). Exploring the central executive. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology: Section A*, 49(1), 5-28.
- Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in cognitive sciences*, 4(11), 417-423.
- Baddeley, A. D., y Hitch, G. J. (1994). Developments in the concept of working memory. *Neuropsychology*, 8(4), 485.
- Baird, A., Dewar, B. K., Critchley, H., Gilbert, S. J., Dolan, R. J., y Cipolotti, L. (2006). Cognitive functioning after medial frontal lobe damage including the anterior cingulate cortex: a preliminary investigation. *Brain and cognition*, 60(2), 166-175.
- Bakker, L., y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(1).

- Banaschewski, T., Jennen, C., Brandeis, D., Buitelaar, J., Kuntsi, J., Poustka, L., ... Asherson, P. (2012). Neuropsychological correlates of emotional lability in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1139-1148.
- Bandura, A., y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. España: Alianza Editorial.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (Vol. 1). New York, NY: Guilford Press.
- Beauchamp, M., y Anderson, V. (2010). Social an integrative framework for the development of social skills. *Psychological bulletin*, 136(1), 39.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., y Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1), 7-15.
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., y Damasio, A. R. (1997). Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*, 275(5304), 1293-1295.
- Berenguer, C., Roselló, B., Miranda, A., Baixauli, I. y Palomero, B. (2016). Funciones ejecutivas y motivación de niños con trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology 1* (1), 103-112.
- Bishop, D. V. (2004). *The Children's Communication Checklist: CCC-2*. Londres: Harcourt Assessment.
- Brotman, M. A., Brendan, A., Guyer, A. E., Lunsford, J. R., Horsey, S. E., Reissing, M. M., ... Leibenluft, E. (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, T. E. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Elsevier España.

- Buck, R. (1991). Temperament, social skills, and the communication of emotion. En *Personality, Social Skills, and Psychopathology* (pp. 85-105). Springer.
- Buendía, L., Colás, P., y Hernández, F. (1997). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Buendía, L., Colás, M. P., y Hernández, F. (2009). *Competencias científicas para la realización de una tesis doctoral*. Barcelona: Davinci Continental, S. L.
- Buhrmester, D., Whalen, C. K., Henker, B., MacDonald, V., y Hinshaw, S. P. (1992). Prosocial behavior in hyperactive boys: Effects of stimulant medication and comparison with normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(1), 103-121.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V. E. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
- Camprodón, E., Duño, L., Batlle, S., Estrada, X., Aceña, M., Marrón, M. ... Ribas-Fitó, N. (2013). El tiempo cognitivo lento: revisión de un constructo. *Revista de Psicopatología Clínica* 18 (2), 151-168.
- Cantón, J., Cortés, M. R., y Cantón, D. (2011). *Desarrollo Socioafectivo y de la Personalidad*. España: Alianza Editorial.
- Capdevila, C., Artigas, J. y Obiols, J. E. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología* 42 (Supl 2), S127-S134.
- Casado, C. (Ed.) (1997). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid, España: Edigrafos.
- Casey, B. J., Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Schubert, A. B., ... Sarfatti, S. E. (1997). Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 36(3), 374-383.

- Castellanos, F. X., y Acosta, M. T. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de neurología*, 38(1), 131-136.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Berquin, P. C., Walter, J. M., Sharp, W., Tran, T., et al. (2001). Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58, 289-295.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L. y Hamburguer, S. D. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616.
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J. S., Milham, M. P., Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive Dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences* 10 (3), 177-123.
- Castellanos, F. X., y Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 617-628.
- Catalá-Barceló, J. (2002). Papel de los ganglios basales en la monitorización de las funciones de los lóbulos frontales. *Revista de neurología*, 34(4), 371-377.
- Chiang, H. L., y Gau, S. S. (2014). Impact of executive functions on school and peer functions in youths with ADHD. *Research in developmental disabilities*, 35(5), 963-972.
- Clark, D. (2002). *Investigacion Cuantitativa en Psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. México, D. F.: Oxford.
- Cobos, P., Gavino, A., y Berrocal, C. (2012). Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas. En *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Cohen, N. J., Vallance, D. D., Barwick, M., Im, N., Menna, R., Horodezky, N. B., y Isaacson, L. (2000). The interface between ADHD and language impairment: An examination of language, achievement, and cognitive processing. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(3), 353-362.

- Cole, P., Martin, S., y Dennis, A. (2004). Emotion Regulation as a scientific construct Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Conners, C. K. (1994). Conners Rating Scales. En *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 550-578). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M. P., y Castellanos, F. X. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1038-1055.
- Cortese, S., y Rosello-Miranda, R. (2017). Treatments for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: what is the evidence base to date? *Revista de neurologia*, 64(s01), S3.
- Crick, N. R. y Dodge, K. A. (1994). A Review and Reformulation of Social Information-Processing Mechanisms in Children's Social Adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (1). 74-101.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes: la razón de las emociones*. España: Andrés Bello.
- Damasio, A. (2011). *El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Destino.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D., y Aluja, A. (2005). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en niños y adolescentes (STAXY-NA)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.U.
- Díez, A., Figueroa, F., Gamazo, P., Soutullo, C. (2006). Comorbilidad de TDAH y enfermedad bipolar en niños y adolescents: retos en el diagnóstico y tratamiento. En F. J. Quintero, J. Correas, y F. J. Quintero (Eds). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida* (pp. 167-176). Madrid: Ergón.
- Díez, R., Mulas, F. y Forsberg, H (2006). Alteraciones de los patrones de los marcadores de la dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42 (Supl. 2), S19-S23.
- Dolan, R. J. (2002). Emotion, cognition, and behavior. *Science*, 298, 1191-1194.

- Duque, J. E., Hernán, O. y Devia, A. (2004). El lóbulo insular. *Acta Neurológica Colombiana*, 20 (2), 90-92.
- Eisemberg, N., Spinrad, T. L., y Eggum, N. D. (2004). Emotion-Related Self-Regulation and its relation to children's Maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525.
- Embrechts, M., Mugge, A., y van Bon, W. H. J. (2005). *Nijmeegse Pragmatiektest*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Ernst, M., Nelson, E. E., Jazbec, S., McClure, E. B., Monk, C. S., Leibenluft, E., ... Pine, D. S. (2005). Amygdala and nucleus accumbens in responses to receipt and omission of gains in adults and adolescents. *Neuroimage*, 25(4), 1279-1291.
- Escobar, R., Soutullo, C., San Sebastián, J., Fernández, E., Julián, I., y Lahortiga, F. (2005). Seguridad y eficacia de la atomoxetina en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH): fase inicial durante 10 semanas en estudio de prevención de recaídas en una muestra española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(1), 26-32.
- Eshel, N., Nelson, E. E., Blair, R. J., Pine, D. S., y Ernst, M. (2007). Neural substrates of choice selection in adults and adolescents: development of the ventrolateral prefrontal and anterior cingulate cortices. *Neuropsychologia*, 45(6), 1270-1279.
- Estévez, A., García, C., y Junqué, C. (1997). La atención: una compleja función cerebral. *Revista de Neurología*, 25(148), 1989-1997.
- Etchepareborda, M. C., y Abad-Mas, L. (2001). Sustrato biológico y evaluación de la atención. *Revista de Neurología Clínica*, 2(1), 113-124.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., y Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological psychiatry*, 48(1), 9-20.
- Fernández-Berrocal, P., Pacheco, N. E. (2005). La Inteligencia Emocional y la Educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 19 (3), 63-93.

- Fernández, A., Fernández, D., López, S., García, C., Muñoz, B., Pardos, A., ... Muñoz, 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 (base). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(6), 339-348.
- Fernández, I., Santamaría, P., Sánchez, F., Carrasco, M. A., y Del Barrio, V. (2015). *SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.U.
- Ferrando, M. T. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: factores etiológicos y endofenotipos. *Revista de Neurología*, 42 (Supl. 2) S9-S11.
- Flanagan, D. P. y Kaufman A. S. (2006). *Claves para la evaluación con el WISC-IV*. Madrid, España. TEA Ediciones.
- Gallardo, B. (2008). Las huellas lingüísticas de la teoría de la mente: intersubjetividad y enunciación en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46 (Supl. 1), S29-S35.
- García, I. (2013). *El uso paterno del CCC-2 como predictor de dos subtipos de trastornos específicos del lenguaje* (trabajo fin de máster). Universidad Jaume I. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología.
- García, M. I. (2001). Mecanismos atencionales y síndromes neuropsicológicos. *Revista de Neurología*, 32 (5), 463-467.
- García, A. y Enseñat, A. (2015). ¿Es la corteza prefrontal el centro del universo? *Revista de Neurología*, 61 (8), 372-376.
- García, C., Prados, B., Calleja, B., Muñoz, N., y Fernández, A. (2012). Habilidades sociales y de liderazgo en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: relación con las capacidades cognitivo-atencionales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 136-46.
- García, R., Presentación, M., Sieghentaler, R., y Miranda, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Revista de neurología*, 42(2), 13-17.

- Gavino, A. (Coord.) (2012). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid, España. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya).
- Geurts, H., y Embrechts, M. (2010). Pragmatics in pre-schoolers with language impairments. *International journal of language y communication disorders*, 45(4), 436-447.
- Goldberg, E. (2002). *El cerebro ejecutivo: lóbulos frontales y mente civilizada*. Barcelona: Crítica.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional, porque es más importante que el cociente intelectual*. Buenos Aires: Vergara.
- González, A. M., Barajas, C., y FernándezMolina, M. (2005). La comprensión de creencias falsas y de sentidos no literales en adolescentes adoptados. *Psicothema*, 17(1), 43-48.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., y Santamaría, P. (2004). *BASC: Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.U.
- González, C. y Navarro, I. (Coord.) (2013). *El TDAH desde la multidisciplinaridad*. España: CEE Limencop.
- Graziano, P. A., Geffken, G. R., Lall, A. S. (2011). Heterogeneity in the Pharmacological Treatment of Children With ADHD: Cognitive, Behavioral, and Social Functioning Differences. *Journal of Attention Disorder*, 15 (5), 382-391.
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R., y Reid, A. M. (2013). Differentiating co-occurring behavior problems in children with ADHD: patterns of emotional reactivity and executive functioning. *Journal of attention disorders*, 17(3), 249-260.
- Grenell, M. M., Glass, C. R., y Katz, K. S. (1987). Hyperactive children and peer interaction: Knowledge and performance of social skills. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(1), 1-13.
- Gresham, F. M., y Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating Scale (SSRS)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

- Group, M. C. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Harter, S. (1998). The development of self-representations. In W. Damon y N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology* (5th. ed., Vol. 3, pp. 553–617). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc, xxiv.
- Helland, W. A., Biringier, E., Helland, T., y Heimann, M. (2012). Exploring language profiles for children with ADHD and children with Asperger syndrome. *Journal of Attention Disorders*, 16(1), 34-43.
- Hernáez, P., Tirapu, J., Iglesias, L., Luna, P. (2010). Participación en la regulación del afecto, la emoción y la conducta. *Revista de Neurología*, 51 (10). 597-609.
- Hernández, S., Mulas, F., y Mattos, L. (2005). Contribución del cerebelo a los procesos cognitivos. *Revista de Neurología*, 40(1), 40.
- Herrero, P., Jesús, M., 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.
- Hinshaw, S., y Melnick, S. M. (1995). Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and psychopathology*, 7(04), 627-647.
- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., y Wiebe, G. (2011). Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of pediatric nursing*, 26(3), 239-247.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S., Bukowski, W., Gold, J. A., ... Elliott, G. R. (2005). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 74-86.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S., y Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 268.

- Hutchins, T. L., Prelock, P. A., Morris, H., Benner, J., LaVigne, T., y Hoza, B. (2016). Explicit vs. applied theory of mind competence: A comparison of typically developing males, males with ASD, and males with ADHD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 21, 94-108.
- Iribarren, M., Jiménez, M., Ferré, F., y Rubio, G. (2009). *Manual de Habilidades de Afrontamiento para pacientes con impulsividad y diagnóstico dual: programa estructurado de entrenamiento para drogodependencia e impulsividad*. Madrid: Ediciones Mapa.
- Jensen, S. A., y Rosen, L. A. (2004). Emotional reactivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 8(2), 53-61.
- Jódar, M. (2004). Funciones cognitivas del lóbulo frontal. *Revista de neurología*, 39(2), 178-182.
- John, K. (2001). Measuring Children's Social Functioning. *Child Psychology y Psychiatry Review*, 6 (4), 181-188.
- Johnson, R. C., y Rosen, L. A. (2000). Sports behavior of ADHD children. *Journal of Attention Disorders*, 4(3), 150-160.
- Junqué, C., y Barroso, J. (2009). *Manual de Neuropsicología*. Madrid: Síntesis.
- Kain, W., y Perner, J. (2003). Do children with ADHD not need their frontal lobes for theory of mind? A review of brain imaging and neuropsychological studies. *The social brain: Evolution and pathology*, 197-230.
- Kelly, J. A. (2004). *Entrenamiento de las habilidades sociales* (8ª edición.). Nueva York: Desclée de Brouwer.
- Kitchens, S. A., Rosén, L. A., y Braaten, E. B. (1999). Differences in anger, aggression, depression, and anxiety between ADHD and non-ADHD children. *Journal of Attention Disorders*, 3(2), 77-83.
- Kopp, C. B. (2008). Self-regulatory processes. En *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (pp. 102-116). Oxford: Academic Press.

- Korkman, M., Kirk, U., y Kemp, S. (2014). *NEPSY-II*. Madrid: Pearson.
- Krathwohl, D. R. (1993). *Methods of educational and social science research: An integrated approach*. New York, NY: Longman/Addison Wesley Longman.
- Lavigne, R. (2009). *Comparación de tratamiento farmacológico, intervención psicoeducativa y tratamiento combinado en niños con TDAH: la importancia del Sistema Ejecutivo y sus Funciones* (tesis doctoral). Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Málaga, Málaga.
- Lavigne, R., y Romero, J. F. (2010a). *El TDAH: ¿ Qué es?, ¿ Qué lo causa?, ¿ Cómo evaluarlo y tratarlo*. Madrid: Pirámide.
- Lavigne, R., y Romero, J. F. (2010b). Modelo teórico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad I: definición operativa. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1303-1338.
- LeDoux, J. (1996). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Milano: 1992, 1998.
- Leonard, M. A., Milich, R., y Lorch, E. P. (2011). The role of pragmatic language use in mediating the relation between hyperactivity and inattention and social skills problems. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54(2), 567-579.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. J., y Ortiz, M. J. (2001). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- López, A., Rodríguez, C., y Gavino, A. (2012). Paquetes de técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés. En *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- López, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Saéz, M. C., y López, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28(3), 780-788.
- López, S., Albert, J., Fernández, A., y Carretié, L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología*, 3(2), 17-29.

- López, D. I., Valdovinos, A., Méndez, M. y Mendoza, V. (2009). El sistema límbico y las emociones: empatía en humanos y primates. *Psicología iberoamericana*, 17 (2), 60-69.
- Lora, J., y Moreno, I. (2008). Perfil social de los subtipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 317-329.
- Loro, M., García, N., Miernau, I., y Quintero, J. (2015). Protocolo de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5153-5156.
- Loro, M., Quintero, J., García, N., Jiménez, B., Pando, F., Varela, P., ... Correas, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49(5), 257-264.
- Luque, D. J., Romero, J. F. (2002). *Trastornos del desarrollo y adaptación curricular*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.
- Maedgen, J., y Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of clinical child psychology*, 29(1), 30-42.
- McQuade, J. D., Hoza, B., Murray-Close, D., Waschbusch, D. A., y Owens, J. S. (2011). Changes in self-perceptions in children with ADHD: A longitudinal study of depressive symptoms and attributional style. *Behavior Therapy*, 42(2), 170-182.
- McQuade, J. D., Tomb, M., Hoza, B., Waschbusch, D. A., Hurt, E. A., y Vaughn, A. J. (2011). Cognitive deficits and positively biased self-perceptions in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2), 307-319.
- Manga, D., y Ramos, F. (2011). El legado de Luria y la neuropsicología escolar. *Universidad de León-Universidad de Salamanca*, 3(1), 1-13.
- Martel, M. M. (2009). Research Review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1042-1051.

- Martorell, J. L., y Prieto, J. L. (2007). *Introducción a la Psicología*. España: UNED: Editorial Centro de.
- Mateo, V. F. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 4 (10), 623-642.
- Mediavilla, (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Revista de neurología*, 36 (6). 555-565.
- Méndez, F. X., Llavona, M. L., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2013). *Programa Fortius: Fortaleza Psicológica y Prevención de las Dificultades Emocionales*. Madrid: Pirámide.
- Mendoza, E., y Garzón, M. (2012). ¿Puede el CCC-2 diferenciar perfiles pragmáticos? *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 11, 37-55.
- Miller, N. E., y Dollard, J. (1941). *Social learning and imitation*. New Haven, CT, US: Yale University Press.
- Miranda, A., Baixauli, I., Colomer, C. y Roselló, B. (2013). Autismo y trastorno por déficit de atención/hiperactividad: convergencia y divergencia en el funcionamiento ejecutivo y la teoría de la mente. *Revista de Neurología*, 57 (supl. 1), S177-S184.
- Miranda, A., Berenguer, C., Baixauli, I., Roselló, B., y Palomero, B. (2016). Funciones ejecutivas y motivación de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(16), 103-112.
- Miranda, A., Grau, D., Melià De Alba, A., y Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias por hijos con Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46, 43-45.
- Miranda, A., y Soriano, M. (2010). Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Informació psicológica*, (100), 100-114.
- Miranda, A., Soriano, M., Presentación, M., y Gargallo, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit

- de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203-16.
- Miranda, A., Ygual, A., y Rosel, J. (2004). Complejidad gramatical y mecanismos de cohesión en la pragmática comunicativa de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38(Supl 1), S111-6.
- Molina, M. F. (2013). Revisión del avance en el estudio las autopercepciones de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Neuropsicología Latinoamericana*, 5(3), 16-24.
- Monjas, M. I. (2007). *Cómo promover la convivencia. Programa de asertividad y habilidades sociales (PAHS)*. Madrid: CEPE.
- Montañés, F., Gastaminza, X., Catalá, M. A., Ruiz, F., Ruiz, P. M., Herreros, O., ... Mojarro, D. (2010). Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 51, 633-7.
- Montiel-Nava, C., Peña, J. A., López, M., Salas, M., Zurga, J. R., Montiel-Barbero, I., ... Cardozo, J. J. (2002). Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Revista de Neurología*, 35(11), 1019-24.
- Montiel, C., Peña, J. A., Espina, G., Ferrer, M. E., López, A., Puertas, S., y Cardozo, J. J. (2002). Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Revista de Neurología*, 35(3), 201-5.
- Morgado, I. (2007). *Emociones e Inteligencia Social: Las claves para una alianza entre los sentimientos y la razón*. España: Ariel.
- Mulas, F., Díaz, R., y Forssberg, H. (2006). Alteraciones de los patrones de los marcadores de la dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de neurología*, 42(2), 19-23.
- Mulas, F., Gandía, R., Roca, P., Etchepareborda, M. C., y Abad, L. (2012). Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. *Revista de Neurología*, 54(Supl 3), S41-53.

- Mulas, F., Mattos, L., de la Osa, A. y Gandía, R. (2007). Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad a favor del origen orgánico. *Revista de Neurología*, 44 (Supl. 3), S47-S49.
- Mulas, F. y Morant, A. (2006). Abordaje farmacológico de los trastornos por Déficit de atención con hiperactividad. Recuperado de <http://www.uninet.edu/union99/congress/conf/npd/06Mulas.html>.
- Naranjo, F. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33 (2), 153-170.
- Nigg, J. T. y Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*, (17), 785-806.
- Nijmeijer, J., Minderaa, R., Buitelaar, J., Mulligan, A., Hartman, C., y Hoekstra, P. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 692-708.
- Nilsen, E. S., Mangal, L., y MacDonald, K. (2013). Referential communication in children with ADHD: challenges in the role of a listener. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(2), 590-603.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 6(4), 172-180.
- Norbury, C., Nash, M., Baird, G., y Bishop, D. V. (2004). Using a parental checklist to identify diagnostic groups in children with communication impairment: a validation of the Children's Communication Checklist—2. *International Journal of Language y Communication Disorders*, 39(3), 345-364.
- Norman, D. A., y Shallice, T. (1986). *Attention to action*. US: Springer.
- Olivera, A., Martí, J. J. y Arango, O. E. (2016). ¿Estrellas o constelaciones? Implicaciones de los estudios cognitivos para el modelo dimensional de la emoción. *Escritos de Psicología*, 9 (2), 31-41.

- O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orjales, I., y Polaino, A. (1994). Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de psicología general y aplicada*, 47(4), 461–466.
- Orjales, I. y Polaino, A. (2002). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid, España: Editorial CEPE.
- Orozco, N. y Zuluaga, J. B. (2015). Teoría de la mente en niños y niñas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Tesis psicológica*, 10 (2), 134-148.
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., y Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical child and family psychology review*, 10(4), 335-351.
- Owens, J. S., y Hoza, B. (2003). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the positive illusory bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 680-691.
- Papaeliou, C. F., Maniadaki, K., y Kakouros, E. (2015). Association between story recall and other language abilities in schoolchildren with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(1), 53-62.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (1999). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Palmero, F. (1996). Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de psicología*, 12(1), 61-68.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. Méjico: Mc Graw Hill.
- Papazian, O., Alfonso, I. y Luzondo, R. J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42 (Supl. 3), S45-S50.

- Pardos, A., Fernández, A., y Martín, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), S107-S111.
- Pelham, W. E., y Bender, M. E. (1982). Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. *Advances in Learning y Behavioral Disabilities*, 1, 365-436.
- Perea, M. V. y Ladera, V. (2004). El tálamo: aspectos neurofuncionales. *Revista de Neurología*, 38 (7). 687-693.
- Pérez, C. M. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica ADHD in the Psychological Clinical Practice. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (Coord.) (2011). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Perner, J., Kain, W., y Barchfeld, P. (2002). Executive control and higher-order theory of mind in children at risk of ADHD. *Infant and Child Development*, 11(2), 141-158.
- Pineda, W. F. y Puentes, P. (2013). Estudio ex post facto de la teoría de la mente en niños escolarizados diagnosticados con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Tesis psicológica*, 8 (2), 144-161.
- Pistoia, M., Abad, L., y Etchepareborda, M. C. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 38(1), 149-155.
- Posner, M. I., y Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual review of neuroscience*, 13(1), 25-42.
- Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain sciences*, 1(04), 515-526.
- 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, M., 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.
- Ramos, V., Piqueras, J. A., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emoción y cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia psicológica*, 27 (2), 227-237.
- Rapport, L. J., Friedman, S. L., Tzelepis, A., y Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 16(1), 102.
- Rebollo, M. A., y Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 42(2), S3-S7.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., ... Soni, P. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological psychiatry*, 58(2), 125-131.
- Rigau, E., García, C. y Artigas, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología*, 42 (Supl. 2), S83-S88.
- Rinsky, J. R., y Hinshaw, S. P. (2011). Linkages between childhood executive functioning and adolescent social functioning and psychopathology in girls with ADHD. *Child Neuropsychology*, 17(4), 368-390.
- Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima, e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE.
- Rodríguez, C., y Gavino, A. (2012). Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas y el control de las cogniciones. En *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, F. J., y Grossi, F. J. (1991). Reflexiones en torno a un marco de estudio de las diferencias individuales: perspectiva de la individualidad. *Psicothema*, 3(1), 153-164.
- Romero, J. F. (1990). Las relaciones sociales de los niños con dificultades de aprendizaje. En *Desarrollo Psicológico y Educación III. Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar*. Madrid: Alianza Editorial.

- Roselló, B., y Berenguer, C. (2016). Componentes del funcionamiento ejecutivo en niños con TDAH y niños con TEA de alto funcionamiento. En *Psicología y Educación: Presente y Futuro*. (pp. 673-681). Alicante: ACIPE.
- Roselló, B., Berenger, C., Baixauli, I. y Miranda, A. (2016). Modelo integrador de la adaptación social de los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 62 (Supl. 1), S85-S91.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, M., 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.
- Roselló, B., Pitarch, I., y Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 34(1), 82-90.
- Rösler, M., Retz, W., Fischer, R., Ose, C., Alm, B., Deckert, J., ... Ammer, R. (2010). Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(5), 709-718.
- Royce, J. R., y Powell, A. (1983). *Theory of personality and individual differences: factors, systems, and processes*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rumelhart, D. E., McClelland, J. L., y PDP Research Group. (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructures of cognition. Volume 1: Foundations*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110(1), 145.
- Salkind, N. J. (1997). *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Salvador, M. (2000). *Programa de Desarrollo Emocional 1*. Málaga: Aljibe.
- Salvador, M. (2000). *Programa de Desarrollo Emocional 2*. Málaga: Aljibe.

- Sánchez, R. y Narbona, J. (2004). El sistema ejecutivo y las lesiones frontales en el niño. *Revista de Neurología*, 39 (2), 188-191.
- Sánchez, D. y Robles, M. A. (Coord.) (2013). *Transformando problemas en oportunidades: evaluación e intervención psicosocial y educativa en la infancia y adolescencia*. Jaén, España: Gráficas “La Paz” de Torredonjimeno.
- Santos, J. L. y Bausela, E. (2007). Propuesta psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños/as con TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 7 (1), 110-124.
- Schachter, H., Phan, B., King, J. A., Langford, S., y Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 165(11), 1475-1488.
- Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 24(1), 7-12.
- Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological psychiatry*, 57(11), 1248-1255.
- Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368.
- Shaffer, D. (2007). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Méjico: Thomson.
- Shapiro, E. G., Hughes, S. J., August, G. J., y Bloomquist, M. L. (1993). Processing of emotional information in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 9(3-4), 207-224.
- Shiels, K., y Hawk, L. W. (2010). Self-regulation in ADHD: The role of error processing. *Clinical psychology review*, 30(8), 951-961.
- Siegenthaler, R., Presentación, M. J., Colomer, C. y Miranda, A. (2013).

Análisis de factores moduladores de la intervención psicosocial en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 56 (Supl. 1), S585- S592.

- Sierra, R. (2005). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*. Madrid, España: Thomson Editores.
- Singh, S. D., Ellis, C. R., Winton, A. S., Singh, N. N., Leung, J. P., y Oswald, D. P. (1998). Recognition of facial expressions of emotion by children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification*, 22(2), 128-142.
- Sinzing, J., Morsch, D., Bruning, N., Schmidt, M. H., y Lehmkuhl, G. (2008). Inhibition, flexibility, working memory and planning in autism spectrum disorders with and without comorbid ADHD symptoms. *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(4), 1-12.
- Skuse (2003). Fear Recognition and the Neural Basis of Social Cognition. *Child and Adolescent Mental Health*, 8 (2), 50-60.
- Solanto, M., Pope, S., Tryon, W., y Stepak, B. (2009). Social functioning in predominantly inattentive and combined subtypes of children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 13(1), 27-35.
- Solanto, M. V. (2000). Clinical Psychopharmacology of AD/HD: implications for animal models. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 24, 27-30.
- Soliva, J. C., y Vilarroya, O. (2009). Aportaciones de la resonancia magnética estructural al esclarecimiento de la neurobiología del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: hacia la identificación de un fenotipo neuroanatómico. *Revista de Neurología*, 48(11), 592-598.
- Sonuga, E. J. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593-604.
- Sonuga, E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11), 1231-1238.

- Tannock, R., Purvis, K. L., y Schachar, R. J. (1993). Narrative abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder and normal peers. *Journal of abnormal child psychology*, 21(1), 103-117.
- Tejada, J. (1997). *El proceso de investigación científica*. Barcelona: Fundación “La Caixa.”
- Thommen, E., Cartier-Nelles, A., Guidoux, A., y Wiesendanger, S. (2014). Les particularités cognitives dans le trouble du spectre de l'autisme: la théorie de l'esprit et les fonctions exécutives. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 165(8), 290-297.
- Thompson, R. A., y Meyer, S. (2007). The socialization of emotion regulation in the family. En *Handbook of emotion regulation* (pp. 249-268). New York: Guildford.
- Tirapu, J. y Muñoz, J. M. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 41 (8), 475-484.
- Tirapu, J., Ríos, M., y Maestú, F. (2008). *Manual de neuropsicología*. Barcelona: Viguera Ediciones.
- Torterolo, P., y Vanini, G. (2010). Nuevos conceptos sobre la generación y el mantenimiento de la vigilia. *Revista de Neurología*, 50(12), 747-758.
- Tseng, W. L., y Gau, S. S. (2013). Executive function as a mediator in the link between attention-deficit/hyperactivity disorder and social problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(9), 996-1004.
- Tuchman, R. F. (2001). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de neurología*, 33(3), 210-215.
- Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel, M., Schimmelmann, B. G., Hebebrand, J., Daum, I., ... Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 34(5), 734-743.
- Ullan, J. (2012). *Neuroanatomía*. Méjico: José Ullán Serrano.

- Valdizán, J. R. (2004). Evaluación diagnóstica y bases terapéuticas del metilfenidato de liberación inmediata en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de neurología*, 38(6), 501-506.
- Vallés, A. (1999). *Desarrollando la inteligencia emocional*. Madrid, España: Gráfica Naciones.
- Vallés, A. (2005). *Habilidades sociales, autoestima y solución de problemas*. Madrid, España: Gráfica Naciones.
- 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(5), 783-800.
- Vaquerizo, J. (2008). Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. *Revista de Neurología*, 46 (Supl. 1), S37-S41.
- Vaquerizo, J., Estévez, F. y Díaz, I. (2006). Revisión del modelo de alerta e intervención psicolingüística en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42 (Supl. 2), S53-S61.
- Vaquerizo, J., Estévez, F. y Pozo, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 41 (Supl. 1), S83-S89.
- Verdejo, A., y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235.
- Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Washington, J. y Aushay, C. (2012). *Estadística aplicada a la educación con actividades de aprendizaje*. Alemania: Editorial académica española.
- 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(3), 209-217.
- Wender, P. H., Reimherr, F. W., y Wood, D. R. (1993). Attention Deficit

Disorder (Minimal Brain Dysfunction) in Adults: A Replication Study of Diagnosis and Drug Treatment. *Archives of general psychiatry*, 28(4), 449-456.

Wender, P. H., Wood, D. R., Reimherr, F. W., y Ward, M. (1983). An open trial of pargyline in the treatment of attention deficit disorder, residual type. *Psychiatry research*, 9(4), 329-336.

Ygual, A. y Miranda, A. (2004). Alteraciones del relato: los niños con TDAH. *Revista Arbor CLXVIII*, 669, 189-203.